



PRÉFECTURE DE LA REGION AQUITAINE
PREFECTURE DE LA GIRONDE



Recueil des Actes Administratifs

Le texte intégral, les annexes ou tableaux non inclus des actes insérés dans le présent recueil peuvent être consultés et obtenus, sur demande, auprès des directions ou mairies dont ils émanent.

Il est important d'en noter les références précises (objet, date et service émetteur).

Extrait de la circulaire du ministre de l'Intérieur du 15 juin 1989 :

“...L’insertion d’un texte administratif au recueil par voie d’extraits selon la théorie dite “des mentions essentielles” élaborée par le juge administratif peut être adoptée...”

N⁰ 02 – Volume II – Février/Mars 2008

ISSN 1253-7292

Recueil des Actes Administratifs

N° 02 – Volume II – Février/Mars 2008

Sommaire



AFFAIRES MARITIMES

ARRÊTÉ DU 05.02.2008	11
Compétitions et manifestations de voile sur le lac de Lacanau entre le 16 février et le 15 novembre 2008	11
DÉCISION DU 07.02.2008	15
Montant des redevances domaniales applicables aux différents usages du domaine public fluvial confié à Voies navigables de France et de son domaine privé	15

AFFAIRES SANITAIRES & SOCIALES

DÉCISION MODIFICATIVE DU 28.08.2007	27
Autorisation de poursuite d'exploitation d'une installation de chirurgie esthétique	27
DÉCISION DU 02.10.2007	28
Autorisation d'exploitation d'un second scanographe au Centre Hospitalier de Libourne (33).....	28
DÉCISION DU 02.10.2007	29
Autorisation d'exploitation de gamma-caméra – avec remplacement de l'appareil - sur le site de la clinique Bordeaux Nord Aquitaine à la S.A. Société Nouvelle Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine à Bordeaux (33).....	29
DÉCISION DU 02.10.2007	30
Renouvellement d'autorisation d'exploitation Gamma caméra à scintillation Sopha Médical Vision DST XL sur le site du Groupe Hospitalier Pellegrin au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (33)	30
DÉCISION DU 02.10.2007	31
Renouvellement d'autorisation d'exploitation de l'appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sur le site de la polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine pour la S.A. Société Nouvelle Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine à Bordeaux (33).....	31
DÉCISION DU 02.10.2007	32
Demande d'autorisation d'exploitation d'un appareil d'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) pour le Centre Hospitalier Louis Pasteur de Langon (33).....	32
DÉCISION DU 02.10.2007	33
Autorisation d'exploitation de l'appareil d'imagerie par résonance magnétique(IRM) sur le site du Groupe Hospitalier Pellegrin pour le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (33).....	33
DÉCISION DU 02.10.2007	34
Autorisation d'exploitation d'un appareil d'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) pour le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (33)	34
DÉCISION DU 02.10.2007	35
Autorisation d'exploitation d'un scanographe à vocation cardiologique sur le site du Groupe Hospitalier Sud pour le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (33).....	35
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	36
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 du Réseau ASIF - Numéro d'identification : n°960 720 449	36
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	45
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 du Réseau ASPAM - Numéro d'identification : n°960 720 407	45
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	53
Décision conjointe modificative n°8 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 11 décembre 2003 du Réseau RCA - Numéro d'identification : n°960 720 027	53
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	60
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 13 octobre 2006 du Réseau ASAIS ICARE - Numéro d'identification : n°960 720 381	60

DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	66
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 1er juin 2006 du Réseau RE3A - Numéro d'identification : n°960 720 332.....	66
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	72
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 1er juin 2006 du Réseau REPOP - Numéro d'identification : n°960 720 357	72
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	80
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 12 décembre 2006 du Réseau Santé Langage - Numéro d'identification : n°960 720 464.....	80
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	86
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 du Réseau soins palliatifs Béarn & Soule - Numéro d'identification : n°960 720 415	86
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	93
Décision conjointe modificative n°3 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 1er décembre 2005 du Réseau DIAPASON - Numéro d'identification : n°960 720 290.....	93
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	101
Décision conjointe modificative n°3 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 1er juin 2006 du Réseau HLA 33 - Numéro d'identification : n°960 720 340	101
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	107
Décision conjointe modificative n°3 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 juin 2005 du programme Télésanté Aquitaine - Numéro d'identification : n°960 720 217.....	107
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	112
Décision conjointe modificative n°3 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 1er décembre 2005 du Réseau VIH 24 - Numéro d'identification : n°960 720 316.....	112
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	116
Décision conjointe modificative n°4 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 10 octobre 2005 du Réseau AIME 47 - Numéro d'identification : n°960 720 258	116
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	122
Décision conjointe modificative n°4 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau gérontologique Aliénor - Numéro d'identification : n°960 720 191	122
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	130
Décision conjointe modificative n°4 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau DABANTA - Numéro d'identification : n°960 720 142	130
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	136
Décision conjointe modificative n°4 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau gérontologique Gaves et Bidouze - Numéro d'identification : n°960 720 209.....	136
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	146
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 juin 2005 du Réseau Palliador - Numéro d'identification : n°960 720 225	146
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	152
Décision conjointe modificative n°4 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 28 juillet 2004 du Réseau SIRANO - Numéro d'identification : n°960 720 035.....	152
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	156
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 14 décembre 2005 du Réseau AGIR 33 - Numéro d'identification : n°960 720 308.....	156
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	162
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 avril 2004 du Réseau gérontologique Pays de Bessède - Numéro d'identification : n°960 720 183	162
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	170
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 26 octobre 2005 du Réseau RABAN - Numéro d'identification : n°960 720 282.....	170
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	177
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau R3V, PBL - Numéro d'identification : n°960 720 159.....	177
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	182
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 avril 2004 du Réseau ROSA - Numéro d'identification : n°960 720 050.....	182
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	189
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau Tuberculose Gironde - Numéro d'identification : n°960 720 167	189

DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	193
Décision conjointe modificative n°6 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau Gironde VIH - Numéro d'identification : n°960 720 175.....	193
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	199
Décision conjointe modificative n°3 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 juillet 2006 du Réseau Santé Social Haute Gironde - Numéro d'identification : n°960 720 399	199
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	204
Décision conjointe modificative n°7 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 11 décembre 2003 du Réseau Santé VIH Côte Basque - Numéro d'identification : n°960 720 068.....	204
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	210
Décision conjointe modificative n°8 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 11 décembre 2003 du Réseau RENAPSUD - Numéro d'identification : n°960 720 084.....	210
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	215
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 du Réseau l'Estey - Numéro d'identification : n°960 720 431	215
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	223
Décision conjointe modificative n°4 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 10 octobre 2005 du Réseau RESAPSAD - Numéro d'identification : n°960 720 274	223
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 26.10.2007	229
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 du Réseau Pallissy - Numéro d'identification : n°960 720 423	229
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 29.10.2007	238
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 10 octobre 2005 du Réseau AIME 47 - Numéro d'identification : n°960 720 258	238
DÉCISION DU 13.11.2007	242
Autorisation de création d'une structure d'hospitalisation de jour de médecine au sein du Centre hospitalier de Blaye (33).....	242
DÉCISION DU 13.11.2007	243
Autorisation de création d'une clinique ouverte en Oto-rhyno-laryngologie et Ophtalmologie au sein du Centre hospitalier de Blaye (33).....	243
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	244
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau gérontologique Aliénor - Numéro d'identification : n°960 720 191	244
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	248
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 11 décembre 2003 du Réseau Périnat Aquitaine - Numéro d'identification : n°960 720 076.....	248
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	253
Décision conjointe modificative n°4 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 14 décembre 2005 du Réseau RRIA - Numéro d'identification : n°960 720 324	253
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	258
Décision conjointe modificative n°4 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 juin 2005 du Réseau RABS - Numéro d'identification : n°960 720 233	258
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	263
Décision conjointe modificative n°4 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 28 juillet 2004 du Réseau RADC - Numéro d'identification : n°960 720 134.....	263
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	268
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 du Réseau PERINAT 40 - Numéro d'identification : n°960 720 456.....	268
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	273
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 du Réseau RAN - Numéro d'identification : n°960 720 480	273
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	278
Décision conjointe modificative n°2 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 30 juin 2006 du Réseau REZOPAU - Numéro d'identification : n°960 720 373	278
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	285
Décision conjointe modificative n°3 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 novembre 2005 du Réseau AQUISEP - numéro d'identification : n°960 720 092.....	285
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	289
Décision conjointe modificative n°3 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 novembre 2005 du Réseau AQUISEP - Numéro d'identification : n°960 720 092.....	289

DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	294
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau DABANTA - Numéro d'identification : n°960 720 142	294
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	298
Décision conjointe modificative n°5 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau gérontologique Gaves et Bidouze - Numéro d'identification : n°960 720 209.....	298
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	302
Décision conjointe modificative n°7 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau Gironde VIH - Numéro d'identification : n°960 720 175.....	302
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	306
Décision conjointe modificative n°6 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau R3V, PBL - Numéro d'identification : n°960 720 159.....	306
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	310
Décision conjointe modificative n°6 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau Tuberculose Gironde - Numéro d'identification : n°960 720 167	310
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.11.2007	313
Décision conjointe modificative n°6 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 avril 2004 du Réseau Gérontologique Pays de Bessède - Numéro d'identification : n°960 720 183	313
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 23.11.2007	317
Décision conjointe modificative n°6 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 22 avril 2004 du Réseau ROSA - Numéro d'identification : n°960 720 050.....	317
DÉCISION CONJOINTE DU 29.11.2007	318
Autorisation de financement relative au Réseau Santé Rural du Haut Entre Deux Mers - Numéro d'identification : 960 720 472.....	318
DÉCISION DU 04.12.2007	328
Création d'un centre de rééducation fonctionnelle Avicenne à Libourne « Activité de soins de rééducation et réadaptation fonctionnelle » pour le S.A.S. Centre de Rééducation Avicenne à Cambo les Bains (64).....	328
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 10.12.2007	329
Décision conjointe modificative n°4 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 juin 2005 du programme Télésanté Aquitaine - Numéro d'identification : n°960 720 217.....	329
DÉCISION CONJOINTE DU 10.12.2007	334
Décision conjointe d'autorisation de financement relative au Réseau MNEMOSYNE - Numéro d'identification : n°960 720 522	334
DÉCISION CONJOINTE DU 10.12.2007	343
Décision conjointe d'autorisation de financement relative au Réseau RELISPAL - Numéro d'identification : n°960 720 555	343
DÉCISION CONJOINTE DU 10.12.2007	355
Décision conjointe d'autorisation de financement relative au Réseau PALLIA 24 - Numéro d'identification : n°960 720 530	355
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 10.12.2007	367
Décision conjointe modificative n°6 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 juin 2005 du Réseau Palliador - Numéro d'identification : n°960 720 225	367
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 14.12.2007	374
Décision conjointe modificative n°6 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 14 décembre 2005 du Réseau AGIR 33 - Numéro d'identification : n°960 720 308.....	374
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 17.12.2007	380
Décision conjointe modificative n°6 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau DABANTA - Numéro d'identification : n°960 720 142	380
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.12.2007	387
Décision conjointe modificative n°6 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau gérontologique Aliénor - Numéro d'identification : n°960 720 191	387
DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE DU 20.12.2007	391
Décision conjointe modificative n°6 à la décision conjointe d'autorisation de financement en date du 20 décembre 2004 du Réseau gérontologique Gaves et Bidouze - Numéro d'identification : n°960 720 209.....	391
ARRÊTÉ MODIFICATIF DU 15.01.2008	395
Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de la Région Aquitaine	395
ARRÊTÉ MODIFICATIF DU 04.02.2008	398
Membres du Conseil régional de la qualité et de la coordination des soins	398
ARRÊTÉ DU 05.02.2008	398
Recettes, dépenses prévisionnelles et tarification des prestations pour l'exercice budgétaire 2007 de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Château Maucamps à Macau - N° finess : 33 079 924 8	398

ARRÊTÉ DU 05.02.2008	400
Renouvellement implicite d'autorisation d'activité de soins de chirurgie exercée sous forme ambulatoire (SA Polyclinique Bordeaux-Caudéran à Bordeaux)	400
ARRÊTÉ DU 05.02.2008	401
Renouvellement implicite d'autorisation d'activité de soins de néonatalogie (SA Nouvelle Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine à Bordeaux).....	401
ARRÊTÉ DU 07.02.2008	401
Montant des ressources d'assurance maladie dû à la Clinique Médicale « Les Fontaines de Monjous » (n° Finess 330780370) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007	401
DÉCISION DU 12.02.2008	403
Renouvellement d'autorisation délivré dans le cadre des articles L. 2142-1, R. 2142-1, L. 6122-9 et L. 6122-10 du code de la santé publique au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux à Talence (33) : activité de soins d'assistance médicale à la procréation (activités cliniques) au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin à Bordeaux (33)	403
DÉCISION DU 12.02.2008	404
Renouvellement d'autorisation délivré dans le cadre des articles L. 2142-1, R. 2142-1, L. 6122-9 et L. 6122-10 du code de la santé publique au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux à Talence (33) : activité de soins d'assistance médicale à la procréation (activités biologiques) au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin à Bordeaux (33).....	404
DÉCISION DU 12.02.2008	406
Autorisation délivrée dans le cadre des articles L. 2142-1, R. 2142-1 et L. 6122-1 du code de la santé publique au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux à Talence (33) : Extension d'activité de soins d'assistance médicale à la procréation (biologique) au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin à Bordeaux (33)	406
DÉCISION DU 12.02.2008	407
Décision délivrée dans le cadre des articles L. 2142-1, R. 2142-1 et L. 6122-1 du code de la santé publique au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux à Talence (33) : Extension d'activité de soins d'assistance médicale à la procréation (clinique et biologique) au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin à Bordeaux (33).....	407
DÉCISION DU 12.02.2008	408
Renouvellement d'autorisation délivré dans le cadre des articles L. 2142-1, R. 2142-1, L. 6122-9 et L. 6122-10 du code de la santé publique à SELAFA Biooffice 17 allées de Tourny à Bordeaux (33) : activité de soins d'assistance médicale à la procréation (biologiques) au sein du Laboratoire installé au sein de la Polyclinique Jean Villar à Bruges (33).....	408
DÉCISION DU 12.02.2008	410
Décision délivrée dans le cadre des articles L. 2142-1, R. 2142-1, et L.6122-1 du code de la santé publique à SELAFA Biooffice 17 allées de Tourny à Bordeaux (33) : activité de soins d'assistance médicale à la procréation (biologique) au sein du Laboratoire installé au sein de la Polyclinique Jean Villar à Bruges (33).....	410
DÉCISION DU 12.02.2008	411
Renouvellement d'autorisation délivré dans le cadre des articles L. 2142-1, R. 2142-1, L. 6122-9 et L. 6122-10 du code de la santé publique à la SA Aquitaine Santé – Avenue Maryse Bastié – 33523 – BRUGES CEDEX : activité de soins d'assistance médicale à la procréation (activités cliniques) au sein de la Polyclinique Jean Vilar à Bruges (33).....	411
DÉCISION DU 12.02.2008	412
Renouvellement d'autorisation délivré dans le cadre des articles L. 2131-1, R. 2131-5-5, L. 6122-9 et L. 6122-10 du code de la santé publique au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (33) : activité de soins “diagnostic prénatal” au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin à Bordeaux (33)	412
DÉCISION DU 12.02.2008	414
Autorisation délivrée dans le cadre des articles L. 2131-1 et L. 6122-1 du code de la santé publique au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (33) : activité de soins “diagnostic prénatal”, analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels au sein du Groupe Hospitalier Sud – Site du Haut-Lévêque à Pessac (33).	414
DÉCISION DU 12.02.2008	415
Renouvellement d'autorisation délivré dans le cadre des articles L. 2131-1, R. 2131-5-5, L. 6122-9 et L. 6122-10 du code de la santé publique à la SELAFA BIOFFICE à BORDEAUX : activité de soins “diagnostic prénatal” au sein du Laboratoire d'analyses de biologie médicale - 17 allées deTourny à Bordeaux (33).....	415
ARRÊTÉ DU 14.02.2008	416
Bilan quantifié de l'offre de soins pour les équipements lourds.....	416
ARRÊTÉ DU 14.02.2008	420
Bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	420
ARRÊTÉ DU 14.02.2008	422
Montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier de Bazas (n° Finess 330781212) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007	422
ARRÊTÉ DU 14.02.2008	423
Montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier de Blaye (n° Finess 330781220) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007.....	423
ARRÊTÉ DU 14.02.2008	425
Montant des ressources d'assurance maladie dû à la Clinique Mutualiste du Médoc (n° Finess 330780495) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007	425

ARRÊTÉ DU 14.02.2008	426
Montant des ressources d'assurance maladie dû à la Clinique Mutualiste de Pessac (n° Finess 330780529) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007	426
ARRÊTÉ DU 14.02.2008	428
Montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier de Sainte Foy La Grande (n° Finess 330781261) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007	428
ARRÊTÉ DU 18.02.2008	429
Montant des ressources d'assurance maladie dû au CMC WALLERSTEIN (n° Finess 330780537) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007.....	429
ARRÊTÉ DU 18.02.2008	431
Montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier de La Réole (n° Finess 330781246) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007	431
ARRÊTÉ DU 18.02.2008	432
Montant des ressources d'assurance maladie dû à l'Hôpital Suburbain du Bouscat (n° Finess 330000332) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007	432
ARRÊTÉ DU 18.02.2008	434
Montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier d'Arcachon (n° Finess 330781204) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007	434
ARRÊTÉ DU 18.02.2008	436
Montant des ressources d'assurance maladie dû à la MSP BAGATELLE (n° Finess 330000340) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007.....	436
ARRÊTÉ DU 18.02.2008	438
Montant des ressources d'assurance maladie dû au CLCC Institut Bergonié (n° Finess 330000662) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007.....	438
ARRÊTÉ DU 19.02.2008	439
Renouvellement implicite d'autorisation d'activité de soins de chirurgie exercée sous forme ambulatoire accordé au Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan.....	439
ARRÊTÉ DU 19.02.2008	440
Montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier de Libourne (n° Finess 330781253) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007	440
ARRÊTÉ DU 21.02.2008	441
Montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (n° Finess 330781196) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007.....	441
ARRÊTÉ DU 21.02.2008	443
Montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier de Langon (n° Finess 330781238) au titre de l'activité déclarée pour le mois de décembre 2007	443
ARRÊTÉ DU 22.02.2008	445
Arrêté préfectoral n°LR02 autorisant un lieu de recherches biomédicales.....	445

A G R I C U L T U R E & F O R Ê T

DÉCISION DU 21.11.2007	446
Acte réglementaire ayant pour finalité de faciliter les formalités d'embauche des employeurs et relatif à la dématérialisation des attestations de salaires et des attestations de reprise de travail pour les employeurs qui le souhaitent	446
DÉCISION DU 25.01.2008	447
Acte réglementaire relatif à un traitement de données à caractère personnel concernant la consultation via internet des droits des assurés du régime agricole à titre expérimental par les établissements hospitaliers	447
DÉCISION DU 12.02.2008	448
Traitement de données à caractère personnel concernant la transmission de données issues de la DUE et du TESA à l'ANPE, à AGRICA et à la Direction des études et des répertoires statistiques de la CCMSA	448
ARRÊTÉ DU 25.02.2008	450
Définition des conditions d'éligibilité appliquées en Aquitaine dans le traitement des dossiers de demande de subvention au titre du plan végétal pour l'environnement pour l'année 2008.....	450
ARRÊTÉ DU 29.02.2008	464
Extension d'un avenant à la convention collective de travail concernant les travaux d'aménagement et d'entretien forestiers des départements de la Gironde, des Landes et de Lot-et-Garonne (IDCC n°8723)	464
AVIS DU 06.03.2008	465
Délimitation de l'aire de production des vins A.O.C. Barsac, Sauternes et Bordeaux - Dépôt définitif des plans en mairie de Barsac	465

DÉLÉGATIONS DE SIGNATURE

DÉCISION DU 29.02.2008	466
Décision d'intérim relative à l'organisation de l'Inspection du travail des transports dans le département de Gironde	466

ENVIRONNEMENT

ARRÊTÉ DU 05.02.2008	467
Autorisation pour l'exploitation du système d'assainissement de la commune de Sauveterre-de-Guyenne	467
ARRÊTÉ DU 08.02.2008	476
Autorisant et déclarant d'utilité publique le prélèvement d'eau à partir du forage F3 sur la commune de Préchac	476
ARRÊTÉ DU 25.02.2008	486
Mise en demeure de la commune de Belin Beliet pour la mise aux normes de son système d'assainissement (article L. 216-1 du code de l'environnement)	486
ARRÊTÉ DU 28.02.2008	488
Demande de renouvellement de l'autorisation temporaire de travaux hydrauliques pour la pose d'une canalisation de gaz DN 900 entre Captieux et Mouliets-et-Villemartin	488

HÔPITAUX

ARRÊTÉ DU 28.01.2008	490
Coefficient de transition de l'Institut Bergonié - N° Finess 330000662	490
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	491
Coefficient de transition du Centre Hospitalier d'Arcachon - N° Finess 330781204	491
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	492
Coefficient de transition du Centre Hospitalier du Bouscat - N° Finess 330000332	492
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	493
Coefficient de transition du Centre Hospitalier La Réole - N° Finess 330781246	493
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	494
Coefficient de transition du Centre Hospitalier de Langon - N° Finess 330781238	494
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	495
Coefficient de transition du Centre Hospitalier de Libourne - N° Finess 330781253	495
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	496
Coefficient de transition du Centre Hospitalier Sainte Foy La Grande - N° Finess 330781261	496
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	497
Coefficient de transition de la Clinique Mutualiste de Pessac - N° Finess 330780529	497
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	498
Coefficient de transition de la Clinique du Médoc - N° Finess 330780495	498
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	499
Coefficient de transition de l'Hôpital de Bazas - N° Finess 330781212	499
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	500
Coefficient de transition du Centre Hospitalier de Bordeaux - N° Finess 330781196	500
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	501
Coefficient de transition de la MSP BAGATELLE - N° Finess 330000340	501
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	502
Coefficient de transition de la Clinique de WALLERSTEIN - N° Finess 330780537	502
ARRÊTÉ DU 28.01.2008	503
Coefficient de transition de l'Hôpital de Blaye - N° Finess 330781220	503
ARRÊTÉ MODIFICATIF DU 01.02.2008	504
Composition du conseil d'administration du Centre Hospitalier de Sainte-Foy-La-Grande	504
ARRÊTÉ MODIFICATIF DU 01.02.2008	505
Composition du conseil d'administration de l'Hôpital local de Monségur	505
ARRÊTÉ MODIFICATIF DU 01.02.2008	506
Composition du conseil d'administration du centre de soins de Podensac	506
ARRÊTÉ MODIFICATIF DU 19.02.2008	507
Composition du conseil d'administration du Centre Hospitalier de Blaye	507

IMPÔTS / FISCALITÉ

ARRÊTÉ DU 25.02.2008	508
Dissolution de la régie de recettes instituée auprès du centre des impôts foncier de Bordeaux III relevant de la Direction des services fiscaux de la Gironde.....	508

SERVICES VÉTÉRINAIRES

ARRÊTÉ DU 30.11.2007	509
Mise sous surveillance de l'exploitation de Monsieur ARNAUD Alain - 44 Augereau - 33710 Pugnac pour non-respect des conditions d'introduction en zone indemne de ruminants issus d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine.....	509
ARRÊTÉ DU 30.11.2007	511
Mise sous surveillance de l'exploitation de Madame ARNAUD Gilberte - Cassillac - 33710 Pugnac pour non-respect des conditions d'introduction en zone indemne de ruminants issus d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine.....	511
ARRÊTÉ DU 01.02.2008	513
Abrogation du mandat sanitaire attribué au docteur vétérinaire SACAL Michel - 325 route de Bouilh 33240 Saint André de Cubzac.....	513
ARRÊTÉ DU 04.02.2008	514
Abrogation du mandat sanitaire attribué au docteur vétérinaire VANDAIS Yves - Lotissement le Couderc - 24680 Gardonne.....	514
ARRÊTÉ DU 04.02.2008	514
Abrogation du mandat sanitaire attribué au docteur vétérinaire FEVRIER Pierre - 2 rue François Mitterrand - 33230 Coutras.....	514
ARRÊTÉ DU 06.02.2008	515
Abrogation du mandat sanitaire attribué au docteur vétérinaire CEZARD Thomas - 18 rue de Dompierre - 17000 La Rochelle.....	515
ARRÊTÉ DU 06.02.2008	516
Abrogation du mandat sanitaire attribué au docteur vétérinaire BOUKHALFA Hilal - Rue Peyd'Avant - 33400 Talence.....	516
ARRÊTÉ DU 06.02.2008	516
Mandat sanitaire au docteur vétérinaire TANE Elisabeth - 8 boulevard Godard - 33000 Bordeaux.....	516
ARRÊTÉ DU 13.02.2008	517
Mandat sanitaire au docteur vétérinaire ALBERT Nicolas - 12 rue du Graveron - 33220 Port Sainte Foy.....	517
ARRÊTÉ DU 18.02.2008	518
Mandat sanitaire au docteur vétérinaire ROUSSELLE Claire - 4 allée de la Petite Grange - 17130 Montendre.....	518
ARRÊTÉ DU 19.02.2008	519
Autorisation de détention d'animaux d'espèces non domestiques au sein d'un élevage d'agrément attribué à Madame DUSTATA Marie-Hélène - 78 cours Aristide Briand - 33000 Bordeaux.....	519
ARRÊTÉ DU 26.02.2008	521
Mise sous surveillance de l'exploitation de Monsieur EYMAS Alain - Lieu-dit : L'Odonnière - 33820 Saint Caprais de Blaye (EDE N° 33 380 066) pour suspicion de fièvre catarrhale ovine.....	521
ARRÊTÉ DU 26.02.2008	522
Levée de la surveillance de l'exploitation de Monsieur ARNAUD Alain - 44 Augereau - 33710 Pugnac - pour non-respect des conditions d'introduction en zone indemne de ruminants issus d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine.....	522
ARRÊTÉ DU 26.02.2008	523
Levée de la surveillance de l'exploitation de Madame ARNAUD Gilberte - Cassillac - 33710 Pugnac pour non-respect des conditions d'introduction en zone indemne de ruminants issus d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine.....	523
ARRÊTÉ DU 29.02.2008	524
Mandat sanitaire au docteur vétérinaire KUHN Bilitis - 30 les Voinauds - 33820 Saint Aubin de Blaye.....	524
ARRÊTÉ DU 29.02.2008	525
Arrêté préfectoral octroyant à Monsieur HART Peter le certificat de capacité relatif à l'exercice des activités liées aux animaux de compagnie.....	525
ARRÊTÉ DU 29.02.2008	526
Arrêté préfectoral octroyant à Monsieur MORENO Yohan le certificat de capacité relatif à l'exercice des activités liées aux animaux de compagnie.....	526

T R A N S P O R T S

DÉCISION DU 28.02.2008	528
Déclassement du domaine public ferroviaire d'un terrain nu sis à Pineuilh (Gironde)	528
DÉCISION DU 28.02.2008	529
Déclassement du domaine public ferroviaire de deux terrains nus sis à Le Verdon sur Mer (Gironde)	529

T R A V A I L – E M P L O I

ARRÊTÉ DU 26.11.2007	530
Agrément Qualité «DOMICILE PLUS FACILE»	530
ARRÊTÉ DU 01.02.2008	531
Agrément Simple «ADOMPLUS»	531
ARRÊTÉ DU 04.02.2008	532
Agrément Qualité «Association de services à domicile des résidents des Jardins d'Arcadie »	532
ARRÊTÉ DU 12.02.2008	534
Habilitation Chèque Conseil	534
ARRÊTÉ DU 19.02.2008	537
Agrément Simple «EGERIA»	537
AVENANT DU 19.02.2008	538
Avenant à l'arrêté d'Agrément Qualité «DOMICILE PLUS FACILE»	538
ARRÊTÉ DU 19.02.2008	539
Agrément Simple « MAJORDOME 33»	539
AVENANT DU 20.02.2008	540
Avenant à l'arrêté d'agrément qualité «Association Autonomie Aquitaine»	540
ARRÊTÉ DU 26.02.2008	541
Agrément Simple «DU SOL AU PLAFOND»	541
ARRÊTÉ DU 26.02.2008	542
Agrément Simple «Les SERVICES de SOPHIE»	542

U R B A N I S M E

ARRÊTÉ DU 12.02.2008	544
Autorisation de pénétrer dans les propriétés privées dans le cadre de la suppression des passages à niveau préoccupants : n°4 sur la commune de Le Teich, n° 62 sur la commune de Saint Macaire, n° 64 sur la commune de Le Pian sur Garonne et rétablissements des communications avec les Routes Départementales n°650, n°672 et n° 672 ^E 4	544

V O I R I E

ARRÊTÉ DU 12.02.2008	546
Prorogation de la Déclaration d'Utilité Publique du projet d'aménagement de sécurité de la RN 215 dans la section Picot / Salaunes sur le territoire des communes de Saint-Médard-en-Jalles, Saint-Aubin-de-Médoc et Salaunes	546
ARRÊTÉ DU 28.02.2008	547
Déclassement dans le domaine privé communal d'une partie de la voie communale n° 4 dite « chemin de Mios » au lieu-dit Croix d'Hins sur la commune de Marcheprime	547



DIRECTION DEPARTEMENTALE
DE L'EQUIPEMENT DE LA GIRONDE

Service Maritime et Eau

Subdivision Hydraulique

Arrêté du 05.02.2008

**COMPÉTITIONS ET MANIFESTATIONS DE VOILE SUR LE LAC DE LACANAU ENTRE LE 16 FÉVRIER ET
LE 15 NOVEMBRE 2008**

LE PREFET DE LA REGION AQUITAINE,
PREFET DE LA GIRONDE,
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR,

Vu la demande en date du 15 décembre 2007 par laquelle Monsieur Didier SOULIES, président du CLUB de VOILE LACANAU GUYENNE, sollicite l'autorisation d'effectuer sur le lac de LACANAU une série de compétitions et de manifestations sportives de voile entre le 16 février 2008 et le 15 novembre 2008,

Vu le dossier annexé à la demande,

Vu le décret 73-912 du 21 septembre 1973, portant règlement général de police de la navigation intérieure,

Vu la loi 84-610 du 16 juillet 1984, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives,

Vu l'arrêté préfectoral du 3 juillet 1997, portant règlement particulier de police de la navigation sur le lac de LACANAU dans le département de la Gironde et notamment l'article X relatif aux manifestations nautiques, ainsi que l'article XI précisant les conditions de restrictions temporaires à la navigation,

Vu l'arrêté préfectoral en date du 3 septembre 2007 donnant délégation de signature au Directeur Départemental de l'Équipement en matière de Police de la Navigation et de délivrance des autorisations de manifestations nautiques,

Vu l'avis de Monsieur le Sous-Préfet de LESPARRE en date du 4 février 2008,

Vu l'avis de Monsieur le Maire de LACANAU en date du 11 janvier 2008,

Vu l'avis du Commandant de Compagnie de Gendarmerie de LESPARRE MEDOC en date du 4 janvier 2008,

Vu l'avis du Directeur Régional de la Jeunesse et des Sports en date du 15 janvier 2008,

Vu l'avis du Directeur Départemental des Services Incendie et Secours en date du 28 janvier 2008,

Vu que le CLUB de VOILE LACANAU GUYENNE est assuré en matière de responsabilité civile par la police d'assurance N° 112 024 350, auprès de la compagnie d'assurances MMA,

CONSIDERANT la nécessité d'assurer une harmonieuse cohabitation entre les différents usagers du lac de LACANAU,

SUR PROPOSITION du Directeur Départemental de l'Équipement,

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER - A la demande de son responsable Monsieur Didier SOULIES, le CLUB de VOILE LACANAU GUYENNE, Club House de La Grande-Escoure à LACANAU, est autorisé à organiser entre le 16 février 2008 et le 15 novembre 2008, du lever au coucher du soleil, sur le lac de LACANAU une série d'entraînements, de compétitions et de manifestations nautiques décrites dans un tableau et localisées sur un schéma annexés au présent arrêté.

ARTICLE 2 - Les compétitions et les manifestations de voile définies à l'article I ci-dessus s'effectueront dans le respect de la réglementation de la Fédération Française de Voile en matière de compétitions, hors des bandes de rive de 300 mètres et en dehors des deux zones de ski nautique, dans des zones matérialisées par des bouées fixes ou spécifiques à chaque compétition et manifestation nautique. Ces bouées spécifiques seront mises en place par l'organisateur et seront déposées par lui, dès la fin des entraînements, des compétitions et des manifestations nautiques.

Afin de permettre la circulation de toutes embarcations entre la partie Nord et la partie Sud du lac, entre les bandes de rives ou les zones d'activités nautiques et les zones de compétitions et de manifestations autorisées par le présent arrêté, deux bandes de 100 mètres de largeur devront être matérialisées sur les cotés Est et Ouest du lac par le CLUB de VOILE LACANAU GUYENNE.

Ces deux bandes ne devront pas être utilisées pour les compétitions et manifestations du CLUB de VOILE LACANAU GUYENNE.

ARTICLE 3 - En application des articles X et XI du règlement particulier de navigation du plan d'eau et aux dates précisées dans le tableau annexé au présent arrêté, la baignade, la navigation ou le stationnement de toutes embarcations et de tous engins nautiques, ainsi que la plongée subaquatique sont formellement interdits dans les zones de compétitions et de manifestations nautiques.

Cette interdiction ne concerne pas les embarcations ou engins nautiques participants aux épreuves ou affectés à la surveillance, à la sécurité ou aux secours. Ceux-ci devront toutefois se tenir hors des zones d'évolution de compétitions et de manifestations nautiques en dehors de toutes interventions de secours ou d'urgence ou de nécessités pour la bonne tenue des compétitions et des manifestations nautiques.

La manifestation du 2 août 2008 se déroulant de nuit, est autorisée par dérogation à l'article I ci-dessus. En conséquence, toutes les embarcations ou engins nautiques participant aux épreuves ou affectés à la surveillance, à la sécurité ou aux secours devront posséder et utiliser la signalisation de nuit prévue aux articles 3.12 et 3.13 du règlement général de police de la navigation intérieure, chacun en fonction de sa catégorie.

ARTICLE 4 - Par convention les termes de « participants » ou « concurrents » désignent toutes personnes ayant pris place à bord des embarcations, des bateaux ou des engins nautiques de toutes natures, engagées dans le cadre des compétitions et des manifestations nautiques visées à l'article I ci-dessus.

Les non licenciés devront posséder un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la voile et devront savoir nager conformément à l'arrêté du 9 février 1998.

L'organisateur devra prévoir sur place à terre, pendant toute la durée des épreuves nautiques, un poste couvert de premiers secours géré en permanence par une équipe de deux secouristes.

Si le nombre de participants est supérieur à 300, l'organisateur doit faire diriger le poste de premiers secours par un médecin qui sera aidé par une équipe complémentaire de deux secouristes.

Chaque équipe sera composée de secouristes titulaires du Certificat de Formation aux Activités de Premiers Secours en Equipe (CFAPSE). Ce poste devra être équipé au minimum de trousse de soins d'urgence, de brancards, de colliers cervicaux, de matelas immobilisateurs et de matériel d'oxygénothérapie.

L'organisateur devra disposer, pendant toute la durée des épreuves à proximité des zones de compétitions et de manifestations nautiques, d'embarcations rapides de secours d'urgence et de sécurité équipées de matériel de premiers soins avec à leur bord un coéquipier en sus du pilote. Ces embarcations devront être régulièrement réparties au plus près des zones ou du parcours de compétitions et de manifestations nautiques, à raison d'une embarcation de secours d'urgence et de sécurité par tranche de 15 bateaux ou planches à voile concourants ou inscrits.

Les bateaux affectés au comité de course, à l'organisation, ou au jury, pourront tenir lieu de bateaux de secours d'urgence et de sécurité, sous réserve qu'ils respectent les mêmes règles d'équipement et de répartition régulière que ces derniers.

L'organisateur devra disposer de liaisons radiophoniques de même fréquence entre la terre et chaque embarcation de sécurité, de secours et de surveillance, ainsi que d'un poste téléphonique installé à terre dans le poste de premiers secours, afin de pouvoir donner rapidement l'alerte aux services d'urgence. Afin de permettre des actions de secours avec des embarcations ne faisant pas partie de la manifestation, il est préconisé l'utilisation de postes de radio fonctionnant sur la bande de fréquence VHF Marine, permettant le cas échéant des transmissions sur une fréquence unique.

L'organisateur assurera la surveillance pendant toute la durée des épreuves et devra disposer de moyens suffisants pour assurer la sécurité sur l'eau et à terre.

L'organisateur devra prévoir sur place à terre, pendant toute la durée de présence du public, un dispositif prévisionnel de secours. Le dimensionnement et le fonctionnement de ce dernier devront se faire conformément aux dispositions précisées dans l'arrêté du 7 novembre 2006 (cf [http://www.interieur.gouv.fr/misill/sections/a l interieur/defense et securite civiles/autres acteurs/associations-securite-civile/missions-securite-civile/d-dps/view](http://www.interieur.gouv.fr/misill/sections/a%20l%20interieur/defense%20et%20securite%20civiles/autres%20acteurs/associations-securite-civile/missions-securite-civile/d-dps/view)).

La police municipale, à bord de l'embarcation affectée à la sécurité sur le lac, devra être à même de répondre à tout appel, et d'intervenir en tant que de besoin, pour assurer la sécurité générale et concilier la cohabitation des concurrents et des autres usagers du plan d'eau.

L'organisateur devra informer dès le début des épreuves, la gendarmerie, les pompiers, le SAMU ainsi que le poste de secours municipal si celui-ci est opérationnel. Il devra également prévenir l'hôpital et l'antenne d'ambulances la plus proche avant le début de chaque journée de compétitions et de manifestations nautiques et prévenir immédiatement lors de tout accident, ces services en composant le 112 (numéro de téléphone d'urgence unique européen) ou le 18 et le 15, ainsi que l'autorité municipale.

Les compétitions et les manifestations nautiques autorisées par le présent arrêté devront être impérativement interrompues, à l'occasion de tout événement survenant, pouvant nuire à la sécurité des participants, des spectateurs, du public et de tous les autres usagers du plan d'eau.

A terre, des accès au plan d'eau devront être dégagés en permanence, durant les compétitions et les manifestations nautiques, à hauteur du poste de premiers secours. L'organisateur devra matérialiser correctement les accès par une signalisation et un balisage adaptés, afin de permettre l'approche et l'intervention rapide des véhicules terrestres de secours depuis les voies publiques. Ces accès seront interdits à tous véhicules autres que les véhicules de secours, ainsi qu'aux spectateurs et au public.

L'organisateur tiendra à la disposition des services d'urgence une carte indiquant notamment la situation du poste de secours et des lieux ou des zones où se trouvent les moyens de surveillance et de secours affectés aux compétitions et manifestations nautiques.

En cas d'accident et de demande d'intervention des services publics d'urgence, il devra être précisé lors de l'alerte :

- la nécessité ou non d'une assistance nautique au moyen d'une embarcation de sauvetage du Service Départemental d'Incendie et de Secours, le lieu le plus approprié de mise à l'eau et la nature des secours à effectuer.
- le lieu de rencontre avec les véhicules de secours publics (VSAB, SMUR, etc...) si la ou les personnes secourues sont prises en charge par des moyens nautiques autres que ceux des services d'urgence.

L'organisateur tiendra à la disposition des concurrents, des informations sur les conditions météorologiques, ainsi que sur tous dangers particuliers existants ou susceptibles de survenir ou d'évoluer, notamment en fonction du niveau des eaux du lac et des variations météorologiques.

L'organisateur prendra toutes les mesures appropriées pour la sécurité du public en ce qui concerne les évolutions des bateaux et planches à voile engagés dans les manifestations nautiques, tant sur le plan d'eau qu'aux points de départ et d'arrivée.

L'organisateur doit souscrire une assurance couvrant sa responsabilité civile, celle de ses préposés et celle des concurrents, conformément aux dispositions du code du sport Article L-331.9.

ARTICLE 5 - L'organisateur devra assurer la plus large publicité du présent arrêté auprès, des participants, des personnes chargées par ses soins de la sécurité, ainsi que du public.

Monsieur le Maire de LACANAU devra assurer la diffusion du présent arrêté, ainsi que son affichage prévu dans les conditions de l'article XIII du règlement particulier de la navigation sur ce plan d'eau, notamment dans toutes les zones de stationnement, d'appontement et de mise à l'eau sur le territoire de la commune.

ARTICLE 6 - Une ampliation sera adressée à :

- Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture,
- Monsieur le Sous-Préfet de LEPARRE,
- Monsieur le Maire de LACANAU,
- Monsieur le Directeur Départemental de la Jeunesse et des Sports,
- Monsieur le Directeur Départemental des Services Incendie et Secours,
- Monsieur le Commandant de la Compagnie de Gendarmerie de Lesparre,
- Monsieur le Commandant du Groupement de Gendarmerie de la Gironde,
- Monsieur le Président du CLUB de VOILE LACANAU GUYENNE,

qui sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à BORDEAUX, le 5 février 2008

Pour le PREFET et par délégation,
L'Ingénieur d'Arrondissement,
Jean OYARZABAL



*MONTANT DES REDEVANCES DOMANIALES APPLICABLES AUX DIFFÉRENTS USAGES DU DOMAINE
PUBLIC FLUVIAL CONFIE À VOIES NAVIGABLES DE FRANCE ET DE SON DOMAINE PRIVÉ*

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE VOIES NAVIGABLES DE
FRANCE,

Vu l'article 124 de la loi de finances pour 1991, modifiée, n°90-1168 du 29 décembre 1990 ;

Vu le décret n° 60-1441 du 26 décembre 1960 modifié portant statut de Voies navigables de France ;

Vu le décret n° 91-796 du 20 août 1991, modifié, relatif au domaine confié à Voies navigables de France par l'article 124 de la loi de finances pour 1991 ;

Vu le décret n° 91-797 du 20 août 1991, modifié, relatif aux recettes instituées au profit de Voies navigables de France par l'article 124 de la loi de finances pour 1991 ;

Vu la délibération du conseil d'administration du 1^{er} octobre 2003 portant délégation de pouvoir du conseil d'administration au président,

Vu la décision du 26 avril 2007 portant délégation de signature du président au directeur général,

DECIDE

Article 1

Le montant des redevances domaniales applicables à compter du 1^{er} janvier 2008 aux différents usages du domaine public fluvial confié à Voies navigables de France et de son domaine privé est fixé selon le barème joint à la présente décision.

Article 2

Cette décision sera publiée au recueil des actes administratifs des préfectures des départements concernés par l'application de ces redevances et au bulletin officiel des actes de Voies navigables de France.

Fait à Béthune, le 7 février 2008

Pour le Directeur Général
et par délégation
Le Directeur Général Adjoint
Patrick LAMBERT

Fiche	Objet	Usage	Classification	Intérêt	Unité	Redevance 2008 en €		
2	Terrain à bâtir Terrain nu	Non commercial et commercial	Zones rurales		m ² /an	0,29		
			Petites villes (population < 15 000 habitants)		m ² /an	0,75		
			Villes moyennes (entre 15 000 et 50 000 habitants)		m ² /an	1,50		
			Grandes villes (population > 50 000 habitants)		m ² /an	3,00		
			Grandes agglomérations ou villes intégrées en grandes agglomérations		m ² /an	6,00		
			Canal du Rhône à Sète		m ² /an	2,12 à 3,19		
			Port Rambaud (Lyon)		m ² /an	3,72 à 12,59		
3	Terrain à usage commercial	Terrain à bâtir	Zones rurales	Peu dynamique	m ² /an	0,29		
				Moyennement dynamique	m ² /an	0,74		
				Très dynamique	m ² /an	1,48		
			Petites villes (population < 15 000 habitants)	Peu ou moyennement dynamique	m ² /an	0,74		
				Très dynamique	m ² /an	1,48		
			Villes moyennes (entre 15 000 et 50 000 habitants)				m ² /an	1,48
			Grandes villes (population > 50 000 habitants)				m ² /an	2,96
			Grandes agglomérations ou villes intégrées en grandes agglomérations				m ² /an	5,94
	Terrasse	Commercial	Paris		m ² /mois	17,13		
			Banlieue parisienne		m ² /mois	12,85		

	Manifestation évènementielle	Elément bâti	Autre qu'association à but non lucratif ou qu'une collectivité locale	m ² /jour	0,48 à 1,96
--	-------------------------------------	--------------	---	----------------------	--------------------

4	Terrain	Site d'activités	Port Rambaud (Lyon)		m ² /an	3,90 à 12,74
	Aire de stockage	Site d'activités	Zones rurales		m ² /an	0,21 à 1,07
			Petites villes (population < 15 000 habitants)	Peu ou moyennement dynamique	m ² /an	0,42
				Très dynamique	m ² /an	1,07
			Villes moyennes (entre 15 000 et 50 000 habitants)		m ² /an	1,07
			Grandes villes (population > 50 000 habitants)		m ² /an	2,11
			Grandes agglomérations ou villes intégrées en grandes agglomérations		m ² /an	3,17
	Equipement industriel lourd	Site d'activités			engin/an	529,70
	Bâtiments d'activités Bâtiments à usage commercial	Entrepôts	Zones rurales		m ² /an	2,11 à 10,59
			Petites villes (population < 15 000 habitants)	Peu ou moyennement dynamique	m ² /an	4,24
				Très dynamique	m ² /an	10,59
			Villes moyennes (entre 15 000 et 50 000 habitants)		m ² /an	10,59
			Grandes villes (population > 50 000 habitants)		m ² /an	21,19
			Grandes agglomérations ou villes intégrées en grandes agglomérations		m ² /an	31,78
Port Rambaud (Lyon)			m ² /an	18,65 à 51,79		
Bureaux	Port Rambaud (Lyon)		m ² /an	41,43 à 82,85		

5	Terrain	Equipements publics et de loisirs	Zones rurales		m ² /an	0,11 à 0,42
			Petites villes d'une population < 15 000 habitants	Touristique ou attractif	m ² /an	0,63

			Grandes agglomérations ou villes intégrées en grandes agglomérations	Très touristique ou très attractif	m ² /an	1,07
Place de stationnement privée	Aires de stationnement	Zones rurales ou petites villes			u/an	39,39 à 118,18
		Villes moyennes			u/an	118,18 à 237,57
		Périphérie de grandes villes			u/an	237,57 à 355,76
		Grandes villes			u/an	355,76 à 593,34
Emplacement souterrain	Parking	Communauté Urbaine de Lyon			u/an	138,36
Bungalow	Faible caractère touristique ou de loisirs				m ² /an	50,84
	Moyen caractère touristique ou de loisirs				m ² /an	101,71
	Fort caractère touristique ou de loisirs				m ² /an	203,41
Jardin	Agrément ou potager				m ² /an	0,11 à 0,85

7	Issue	Droitsdevoirie	Portail			u/an	84,76	
			Portillon			u/5ans	52,97	
			Escalier, passerelle			u/5ans	52,97	
	Permis de stationnement					m ² /semaine	0,21 à 1,99	
	Enseigne, pré-enseigne	Affichage publicitaire	Ordinaire	Surface < ou = 1 m ²			u/an	21,19
				1 m ² < surface < 3 m ²			u/an	63,57
			Lumineuse ou à message variable	Surface < ou = 1 m ²			u/an	31,78
				1 m ² < surface < 3 m ²			u/an	105,93
			Caractère temporaire	Surface < ou = 1 m ²			u/an	10,59
				1 m ² < surface < 3 m ²			u/an	31,78
	Panneau publicitaire	Affichage publicitaire	Zones rurales			u/an	428,23	
			Petites villes (population < 15 000 habitants)			u/an	856,43	
			Villes moyennes (entre 15 000 et 50 000 habitants)			u/an	1 712,88	
Grandes villes (population > 50 000 habitants)				u/an	2 141,09			

		Grandes agglomérations ou villes intégrées en grandes agglomérations		u/an	2 569,31
Activités temporaires	Commerces ambulants	stationnement/jour			10,59
		stationnement/semaine			21,19
		stationnement/mois			63,57
	Expositions-ventes	u/semaine			21,19
		u/mois			63,57
Distributeurs automatiques			u/an	303,08	
Manifestation protocole CNOSF	Plan d'eau (R1)	Forfait/an incluant 3 manifestations maxi (de longueur de 3,9 km) avec interruption de navigation > 2 h < 4 h + toute manifestation sans interruption ou interruption < 2 heures			102,53
		Par manifestation supplémentaire			102,53
		Par longueur de 3,9 km supplémentaire			102,53
	Partie terrestre (R2)	Surface < 1 000 m ²	Accès gratuit	u/jour	52,97
			Accès payant	u/jour	105,94
		1 000 m ² < surface < 1 ha	Accès gratuit	u/jour	105,94
			Accès payant	u/jour	211,89
		Surface > 1 ha	Accès gratuit	u/jour	135,04
			Accès payant	u/jour	423,78
Manifestation	Plan d'eau (R1)	Interruption de navigation < 2 h	Parcours < 3,9 km	La première u/jour	102,53
				La ou les suivante(s) u/jour	51,28
			Parcours > 3,9 km	La première u/jour	205,06
				La ou les suivante(s) u/jour	102,53
		Interruption de navigation > 2 h	Parcours < 3,9 km	La première u/jour	205,06
				La ou les suivante(s) u/jour	102,53
			Parcours > 3,9 km	La première u/jour	205,06
				La ou les suivante(s) u/jour	102,53

	Partie terrestre (R2)	Surface < 1 000 m ²	Accès gratuit	u/jour	105,93	
			Accès payant	u/jour	211,89	
		1 000 m ² < surface < 1 ha	Accès gratuit	u/jour	211,89	
			Accès payant	u/jour	423,78	
		Surface > 1 ha	Accès gratuit	u/jour	270,07	
			Accès payant	u/jour	847,54	
	Travaux (occupation)	Chantier, échafaudage	Sans interruption de navigation		m ² /an	11,18
			Avec interruption de navigation		m ² /heure	211,89

8	Stationnement d'embarcation	Barque	Tarif normal		u/3 ans	95,36	
			Zone touristique ou pêche		u/3 ans	158,92	
	Déduction	Bateau-logement	Territoire bassin de la Seine		m ² /mois	0,26	
	Stationnement d'embarcation	Embarcation	Hors Ile-de-France	Zone rurale		m ² /mois	0,37
				Petites villes (population < 15 000 habitants)		m ² /mois	0,54
			Territoire hors bassin de la Seine	Villes moyennes (entre 15 000 et 50 000 habitants) ou touristique		m ² /mois	0,83
				Grandes villes (population > 50 000 habitants) ou très touristique		m ² /mois	1,25
			Hors Ile-de-France	Zone rurale		m ² /mois	0,35
				Petites villes (population < 15 000 habitants)		m ² /mois	0,50
			Territoire Bassin de la Seine	Villes moyennes (entre 15 000 et 50 000 habitants) ou touristique		m ² /mois	0,79
				Grandes villes (population > 50 000 habitants) ou très touristique		m ² /mois	1,18

	Stationnement d'embarcation	Embarcation	Ile-de-France	Autres secteurs	m ² /mois	0,97		
				Confluent Seine-Marne-Juvisy Saint-Ouen-Gennevilliers-Pont de Chatou Centres villes moyennes hors petite couronne	m ² /mois	1,21		
				Pont national-Pont de Neuilly	m ² /mois	1,50		
				Pont du Garigliano-Asnières	m ² /mois	1,90		
				Pont du Garigliano-Clichy	m ² /mois	2,36		
				Pont d'Austerlitz-Pont national Pont de Bir-Hakeim-Pont du Garigliano	m ² /mois	2,96		
				Pont d'Austerlitz-Passerelle Solférino Pont des Invalides-Pont de Bir- Hakeim	m ² /mois	3,70		
				Passerelle Solférino-Pont des Invalides	m ² /mois	4,64		
				Equipement d'emplacement	Hors Ile-de-France	Minimum	u/mois	31,37
						Maximum	u/mois	83,64
	Ile-de-France	Port de Bois-de-Boulogne	u/mois		279,30			
		Port de Sèvres	u/mois		139,63			
		Port d'Alfortville	u/mois		263,01			
		Port des Champs-Élysées	u/mois		336,46			
		Port de Choisy-let-Roi	u/mois		173,70			
		Port de Conti	u/mois		100,89			
		Port de Levallois-Perret	u/mois		209,09			
		Port de Puteaux	u/mois		258,19			
	Port de Villeneuve-le-Roi	u/mois	168,00					
	Paquebot-fluvial	Escale avec nuitée	La Sône du PK 0,000 à 216,000	Longueur < 50 m	stationnement/jour	44,11		
50 m < longueur < 90 m				stationnement/jour	75,57			
Longueur > 90 m				stationnement/jour	125,99			

		Le Rhône du PK 0,000 à 324,000	Longueur < 50 m	stationnement/jour	44,11
			50 m < longueur < 90 m	stationnement/jour	75,57
			Longueur > 90 m	stationnement/jour	125,99
		Journée supplémentaire		forfait/jour	22,68

9	Plan d'eau	Plaisance	Zones rurales	ou zone faiblement touristique ou d'activité faible	m ² /an	0,21
			Petites villes (population < 15 000 habitants)		m ² /an	0,42
			Villes moyennes (entre 15 000 et 50 000 habitants)	ou zone moyennement touristique ou d'activité moyenne	m ² /an	0,63
			Grandes villes (population > 50 000 habitants)		m ² /an	0,85
			Grandes agglomérations ou villes intégrées en grandes agglomérations	ou zone très touristique ou d'activité intense	m ² /an	1,07
			Canal du Rhône à Sète		m ² /an	10,63
		Activités économiques	Zones rurales	ou zone faiblement touristique ou d'activité faible	m ² /an	0,42
			Petites villes (population < 15 000 habitants)		m ² /an	0,85
			Villes moyennes (entre 15 000 et 50 000 habitants)	ou zone moyennement touristique ou d'activité moyenne	m ² /an	1,27
			Grandes villes (population > 50 000 habitants)		m ² /an	1,70
			Grandes agglomérations ou villes intégrées en grandes agglomérations	ou zone très touristique ou d'activité intense	m ² /an	2,11
	Accostage	Halte nautique			m/an	cf. fiche 9 page 6
	Terre-plein				m/an	cf. fiche 5 page 3
	Pieux, fiches, bouées, corps morts	Equipements d'amarrage			u/an	52,97
Bollards, anneaux, croisillonx, ducs d'Albe	u/an				105,93	

Estacades, embarcadères, appontements, plates-formes, pontons flottant, pontons fixes, passerelles	Equipements Ouvrages d'accostage	Plaisance	Zone faiblement touristique ou d'activité faible	m ² /an	6,36	
			Zone moyennement touristique ou d'activité moyenne	m ² /an	10,59	
			Zone très touristique ou d'activité intense	m ² /an	25,42	
		Activités économiques	Zone faiblement touristique ou d'activité faible	m ² /an	10,59	
			Zone moyennement touristique ou d'activité moyenne	m ² /an	16,96	
			Zone très touristique ou d'activité intense	m ² /an	31,78	
	Paisance	Canal du Rhône à Sète		m ² /an	25,51	
	Murs de quai	Equipements Ouvrages d'accostage	Plaisance	Zone faiblement touristique ou d'activité faible	m ² /an	5,29
				Zone moyennement touristique ou d'activité moyenne	m ² /an	8,47
Zone très touristique ou d'activité intense				m ² /an	21,19	
Activités économiques			Zone faiblement touristique ou d'activité faible	m ² /an	8,47	
			Zone moyennement touristique ou d'activité moyenne	m ² /an	21,19	
			Zone très touristique ou d'activité intense	m ² /an	42,39	
Mise à l'eau (surface moyenne 5 à 15 m²)	Prix forfaitaire par tranche de 10 m ²		Plaisance	10 m ² /3 ans	52,97	
			Activités économiques	10 m ² /3 ans	105,92	
Installations diverses (ex : lavoirs dimensions 15 m x 3 m)	Installations équipées avec abris		Plaisance	U/an	158,92	
	Installations rudimentaires		Activités économiques	U/an	63,57	
Ponton fixe	Activités halieutiques			U/an	13,87	
Darse ou coupure de berge				u/an	63,57	

	Cabane fixe ou flottante	Chasse ou pêche	Zone à faible intérêt	m ² /an	4,24
			Zone à intérêt moyen	m ² /an	8,47
			Zone à fort intérêt	m ² /an	21,19
	Ponton fixe sans cabane	Pêche	Zone à faible intérêt piscicole ou touristique	m ² /an	6,36
			Zone à intérêt piscicole ou touristique moyen	m ² /an	10,59
			Zone à fort intérêt piscicole ou touristique	m ² /an	25,42
			Marnage	Gironde et Dordogne	m ² /an
	Ponton fixe avec cabane	Pêche	Zone à faible intérêt piscicole ou touristique	m ² /an	8,47
			Zone à intérêt piscicole ou touristique moyen	m ² /an	12,72
			Zone à fort intérêt piscicole ou touristique	m ² /an	31,78

10	Canalisation passage aérien	Eau gestion indirecte	Dimension < 100 mm	m/an	0,74	
			100 mm < ou = dimension < 200 mm	m/an	1,48	
			Dimension > ou = 200 mm	m/an	2,22	
		Assainissement, canalisations industrielles et autres	Dimension < 250 mm	m/an	0,74	
			250 mm < ou = dimension < 500 mm	m/an	1,48	
			Dimension > 500 mm	m/an	2,22	
		Réseau enterré et sous-fluvial	Gaz de ville	Dimension < 80 mm	m/an	1,07
				Dimension > ou = 80 mm	m/an	2,11
				Câble enterré	m/an	2,11
				Canalisation Gaz de France	m/an	0,00
				Poste de détente Gaz de France	m/an	0,00
				Traversées sous-fluviales à l'exclusion des réseaux de télécommunications	forfait	529,70
	Réseau aérien	Réseau électrique	Haute tension	ml/an	0,21	
			Moyenne tension	ml/an	0,07	
			Basse tension	ml/an	0,04	
				Télécommunications	m/an	1,07
	Supports réseau	Poteaux		u/an	42,39	
		Pylônes		u/an	211,89	

		Armoires techniques, petites installations (locaux ou petites armoires)		u/an	21,19	
		Bornes		u/an	2,11	
		Cabines Téléphoniques		u/an	105,93	
	Antenne	Emprise	Zones rurales		m ² /an	5,16
			Zones périurbaines		m ² /an	10,34
			Zones urbaines agglomérées		m ² /an	20,68
		Hauteur	Zones rurales		m/an	51,69
			Zones périurbaines		m/an	103,39
			Zones urbaines agglomérées		m/an	206,80
	Implantation d'un réseau de fibre optique au km	Fibre optique (fourreau de 50 mm de diamètre)	Départements 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95		km/an	778,66
			Autres départements	Linéaire < 1 km	km/an	537,98
				1 km < linéaire < ou = 100 km	km/an	322,79
Linéaire > 100 km				km/an	215,19	
Armoires, shelter préfabriqué		m ² /an	20,74			
Traversée sous-fluviale (TSF) Fourreau de 200mm de diamètre Linéaire < à 1 km - tous départements confondus		km/an	999,00			

DEROGATION TARIFAIRE	Badge rechargeable		u	10,34
	Borne d'eau		m ³	6,21
	Borne d'électricité		kwh	0,42

Tarifs applicables pour les étangs de Stock, de Mittersheim et de Gondrexange

DEROGATION TARIFAIRE	Amarrage	Bateaux de plaisance	Collectifs commerciaux ou non et privés	sur bouées, pieux ou corps mort	u	180,07
				sur embarcadères	u	74,13
	Appontement	Collectifs non commerciaux		m ²	8,47	
		Collectifs commerciaux		m ²	16,94	
		Privés		m ²	21,17	
	Mise à l'eau	Collectifs non commerciaux		m ²	0,42	

		Collectifs commerciaux	m ²	0,84
		Privés	m ²	1,06
	Terrain nu	Collectifs non commerciaux	m ²	0,42
		Collectifs commerciaux	m ²	0,84
		Privés	m ²	1,06
	Terrain surmonté d'une construction (emprise des bâtiments)	Collectifs non commerciaux	m ²	1,26
		Collectifs commerciaux	m ²	2,53
		Privés	m ²	3,15



DIRECTION
DEPARTEMENTALE DES
AFFAIRES SANITAIRES ET
SOCIALES DE LA
GIRONDE

Service Politique Sanitaire et
Médico-sociale

Décision modificative du 28.08.2007

*AUTORISATION DE POURSUITE D'EXPLOITATION D'UNE
INSTALLATION DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE*

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU le code de la santé publique, et notamment les articles L.6322-1 à L.6322-3 et les articles R.6322-1 à R.6322-29 et D.6322-30 à D.6322-48 ;

VU la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, notamment son article 52 - II ;

VU le décret n° 2005-776 du 11 juillet 2005 relatif aux conditions d'autorisation des installations de chirurgie esthétique, en ses articles 2, 3 et 4 ;

VU la demande présentée par le centre de chirurgie esthétique des Quinconces, 2 place des Quinconces 33000 - BORDEAUX pour le transfert de l'exploitation de son activité de chirurgie esthétique dans les locaux de la clinique esthétique Aquitaine située 49, boulevard Georges Pompidou 33000 BORDEAUX,

VU la décision préfectorale en date du 22 mai 2006 autorisant l'exploitation d'une installation de chirurgie esthétique au centre de chirurgie esthétique des Quinconces,

Considérant que le dossier fait apparaître que l'installation satisfait aux conditions d'autorisation et aux conditions techniques de fonctionnement fixées par le code susvisé, et qu'elle répond ainsi aux conditions particulières prévues par l'article 2 du décret susvisé ,

DECIDE

Article 1^{er}. L'activité de chirurgie esthétique autorisée par décision préfectorale du 22 mai 2006 est transférée à la clinique esthétique Aquitaine située 49, boulevard Georges Pompidou 33000 BORDEAUX.

Article 2. La mise en service des installations sur le nouveau site est subordonnée au résultat positif de la visite de conformité et s'accompagnera de la fermeture corrélative de l'activité située 2, place des Quinconces - 33000 BORDEAUX.

Article 3. La durée de validité de l'autorisation visée à l'article 1^{er} est fixée à 5 ans à partir du jour où est constaté le résultat positif de la visite de conformité prévue à l'article L 6122-1 du Code de la Santé Publique.

Article 4. Le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde et le Secrétaire Général de la Préfecture sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Fait à Bordeaux, le 28 Août 2007
Pour le préfet,
Le sous préfet, Directeur de cabinet
Thierry ROGELET



*AUTORISATION D'EXPLOITATION D'UN SECOND SCANOGRAPHE AU
CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE (33)*

LA COMMISSION EXECUTIVE DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44.

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 et du 20 mars 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 30 avril 2007, présentée par le Centre Hospitalier de Libourne (33505) – 112 rue de la Marne B.P. 199 - en vue d'obtenir l'autorisation d'exploiter un second scanographe au sein du service d'imagerie médicale de l'établissement hospitalier,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 21 septembre 2007,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation d'exploiter un second scanographe **est accordée** au Centre Hospitalier de Libourne (33505) – 112 rue de la Marne – B.P. 199.

N° Finess de l'entité juridique : 33 078 125 3

ARTICLE 2 – La durée de validité de cette autorisation est fixée à 5 ans, à compter de la date de mise en œuvre de la présente décision.

ARTICLE 3 – Une visite de conformité a lieu dans le délai d'un mois après que le titulaire de l'autorisation a signifié au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation qu'il est en mesure de mettre en service ses installations,

ARTICLE 4 – La mise en service de l'appareil ne pourra intervenir que lorsque les résultats du contrôle effectué par la Direction Générale de Sûreté Nucléaire et de Radioprotection auront montré que l'installation satisfait aux règles de sécurité

ARTICLE 5 - L'autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

ARTICLE 6 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 7 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 2 octobre 2007

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



**AUTORISATION D'EXPLOITATION DE GAMMA-CAMÉRA – AVEC
REPLACEMENT DE L'APPAREIL - SUR LE SITE DE LA CLINIQUE
BORDEAUX NORD AQUITAINE À LA S.A. SOCIÉTÉ NOUVELLE
POLYCLINIQUE BORDEAUX NORD AQUITAINE À BORDEAUX (33)**

Service Offre de Soins

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44.

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 et du 20 mars 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 30 avril 2007, présentée par la SA Société Nouvelle Clinique Bordeaux Nord Aquitaine – 15 à 33 rue Claude Boucher – 33200 Bordeaux en vue d'obtenir le renouvellement d'autorisation d'exploitation de la gamma caméra DST XLi, autorisée le 16 janvier 1998 et dont la visite de conformité a été effectuée le 22 février 1999,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 21 septembre 2007,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Le renouvellement d'autorisation d'exploitation d'une gamma caméra, avec changement d'appareil, sur le site de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, **est accordé** à la SA Société Nouvelle Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine – 15 à 33 rue Claude Boucher à Bordeaux (33200).

N° Finess de l'entité juridique : 33 078 035 4

ARTICLE 2 - La présente autorisation est subordonnée à la mise hors service de l'ancien équipement.

ARTICLE 3 – La durée de validité de cette autorisation est fixée à 5 ans, à compter de la date de mise en œuvre de la présente décision.

ARTICLE 4 – Une visite de conformité a lieu dans le délai d'un mois après que le titulaire de l'autorisation a signifié au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation qu'il est en mesure de mettre en service ses installations,

ARTICLE 5 – La mise en service de l'appareil ne pourra intervenir que lorsque les résultats du contrôle effectué par la Direction Générale de Sécurité Nucléaire et de Radioprotection auront montré que l'installation satisfait aux règles de sécurité

ARTICLE 6 - L'autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

ARTICLE 7 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 8 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 2 octobre 2007

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



**RENOUVELLEMENT D'AUTORISATION D'EXPLOITATION GAMMA
CAMÉRA À SCINTILLATION SOPHA MÉDICAL VISION DST XL SUR
LE SITE DU GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN AU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX (33)**

Service Offre de Soins

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44.

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 et du 20 mars 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 30 avril 2007, présentée par le Centre Hospitalier Universitaire – 12 rue Dubernat – 33404 Talence Cedex en vue d'obtenir le renouvellement d'autorisation d'exploitation de la caméra à scintillation Sopha Médical Vision DST XL autorisée le 30 décembre 1999, au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 21 septembre 2007,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation d'exploiter la caméra à scintillation Sopha Médical Vision DST XL sur le site du Groupe Hospitalier Pellegrin **est renouvelée** au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux - 12 rue Dubernat – 33404 Talence.

N° Finess de l'entité juridique : 33 078 119 6

ARTICLE 2 – La durée de validité de cette autorisation est fixée à 5 ans, à compter du 30 juin 2007

ARTICLE 3 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 4 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 2 octobre 2007

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



**RENOUVELLEMENT D'AUTORISATION D'EXPLOITATION DE
L'APPAREIL D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)
SUR LE SITE DE LA POLYCLINIQUE BORDEAUX NORD AQUITAINE
POUR LA S.A. SOCIÉTÉ NOUVELLE POLYCLINIQUE BORDEAUX
NORD AQUITAINE À BORDEAUX (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44.

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 et du 20 mars 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 30 avril 2007, présentée par la SA Société Nouvelle Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine – 15 à 33 rue Claude Boucher – 33200 Bordeaux en vue d'obtenir le renouvellement d'autorisation d'exploitation, avec changement de matériel, de l'appareil d'imagerie par résonance magnétique, autorisé le 6 juillet 1999 et dont la visite de conformité a été effectuée le 11 avril 2000,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 21 septembre 2007,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Le renouvellement d'autorisation d'exploitation d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique, assorti du changement de l'équipement, sur le site de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, **est accordé** à la SA Société Nouvelle Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine – 15 à 33 rue Claude Boucher à Bordeaux (33200).

N° Finess de l'entité juridique : 33 078 035 4

ARTICLE 2 - La présente autorisation est subordonnée à la mise hors service de l'ancien équipement.

ARTICLE 3 – La durée de validité de cette autorisation est fixée à 5 ans, à compter de la date de mise en œuvre de la présente décision.

ARTICLE 4 – Une visite de conformité a lieu dans le délai d'un mois après que le titulaire de l'autorisation a signifié au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation qu'il est en mesure de mettre en service ses installations,

ARTICLE 5 - L'autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

ARTICLE 6 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 7 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 2 octobre 2007

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



**DEMANDE D'AUTORISATION D'EXPLOITATION D'UN APPAREIL
D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) POUR LE
CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR DE LANGON (33)**

Service Offre de Soins

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44.

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 et du 20 mars 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 30 avril 2007, présentée par le Centre Hospitalier Louis Pasteur à LANGON (33164) – rue Paul Langevin – B.P. 116 - en vue d'obtenir l'autorisation d'exploiter un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM),

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 21 septembre 2007,

DE C I D E

ARTICLE PREMIER - L'autorisation d'exploiter un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de 1,5 tesla **est accordée** au Centre Hospitalier Louis Pasteur à LANGON (33164) – rue Paul Langevin – B.P. 116.

N° Finess de l'entité juridique : 33 078 123 8

ARTICLE 2 – La durée de validité de cette autorisation est fixée à 5 ans, à compter de la date de mise en œuvre de la présente décision.

ARTICLE 3 – Une visite de conformité a lieu dans le délai d'un mois après que le titulaire de l'autorisation a signifié au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation qu'il est en mesure de mettre en service ses installations,

ARTICLE 4 - L'autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

ARTICLE 5 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 6 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 2 octobre 2007

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



**AUTORISATION D'EXPLOITATION DE L'APPAREIL D'IMAGERIE PAR
RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) SUR LE SITE DU GROUPE
HOSPITALIER PELLEGRIN POUR LE CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44.

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 et du 20 mars 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 30 avril 2007, présentée par le Centre Hospitalier Universitaire - 12 rue Dubernat – 33404 Talence en vue d'obtenir le renouvellement d'autorisation d'exploitation de l'appareil d'imagerie par résonance magnétique, autorisé sous régime expérimental le 1^{er} février 1996 et installé en juillet 1998, au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 21 septembre 2007,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation d'exploiter l'appareil d'imagerie par résonance magnétique, sur le site du Groupe Hospitalier Pellegrin, **est renouvelée** au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux - 12 rue Dubernat – 33404 Talence.

N° Finess de l'entité juridique : 33 078 119 6

ARTICLE 2 – La durée de validité de cette autorisation est fixée à 5 ans, à compter du 30 juillet 2005.

ARTICLE 3 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 4 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 2 octobre 2007

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



**AUTORISATION D'EXPLOITATION D'UN APPAREIL D'IMAGERIE PAR
RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) POUR LE CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44.

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 et du 20 mars 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 30 avril 2007, présentée par le Centre Hospitalier Universitaire - 12 rue Dubernat – 33404 Talence en vue d'obtenir l'autorisation d'exploiter un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) à vocation pédiatrique au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 21 septembre 2007,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation d'exploiter un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de 1,5 tesla, à vocation pédiatrique, sur le site du Groupe Hospitalier Pellegrin, **est accordée** au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux - 12 rue Dubernat – 33404 Talence.

N° Finess de l'entité juridique : 33 078 119 6

ARTICLE 2 – La durée de validité de cette autorisation est fixée à 5 ans, à compter de la date de mise en œuvre de la présente décision.

ARTICLE 3 – Une visite de conformité a lieu dans le délai d'un mois après que le titulaire de l'autorisation a signifié au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation qu'il est en mesure de mettre en service ses installations,

ARTICLE 4 - L'autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

ARTICLE 5 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 6 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 2 octobre 2007

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



**AUTORISATION D'EXPLOITATION D'UN SCANOGRAPHE À VOCATION
CARDIOLOGIQUE SUR LE SITE DU GROUPE HOSPITALIER SUD POUR
LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX (33)**

Service Offre de Soins

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44.

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 et du 20 mars 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 30 avril 2007, présentée par le Centre Hospitalier Universitaire – 12 rue Dubernat – 33404 Talence en vue d'obtenir l'autorisation d'exploiter un scanographe à vocation cardiologique au sein du Groupe Hospitalier Sud,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 21 septembre 2007,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation d'exploiter un scanographe à vocation cardiologique sur le site du Groupe Hospitalier Sud **est accordée** au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux - 12 rue Dubernat – 33404 Talence.

N° Finess de l'entité juridique : 33 078 119 6

ARTICLE 2 – La durée de validité de cette autorisation est fixée à 5 ans, à compter de la date de mise en œuvre de la présente décision.

ARTICLE 3 – Une visite de conformité a lieu dans le délai d'un mois après que le titulaire de l'autorisation a signifié au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation qu'il est en mesure de mettre en service ses installations,

ARTICLE 4 – La mise en service de l'appareil ne pourra intervenir que lorsque les résultats du contrôle effectué par la Direction Générale de Sûreté Nucléaire et de Radioprotection auront montré que l'installation satisfait aux règles de sécurité

ARTICLE 5 - L'autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

ARTICLE 6 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 7 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 2 octobre 2007

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 22 DÉCEMBRE 2006 DU RÉSEAU ASIF - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 449***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau ASIF - N°960 720 449 prise le 22 décembre 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau ASIF (N°960 720 449) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Maison du Pays - 33490 SAINT MACAIRE

Représenté par : Aude GUEPIN - Présidente de l'Association ACPA Anne Guinard

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 449 en date du 22 décembre 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau ASIF (N°960 720 449) bénéficie d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 196 391 euros qui s'impute à hauteur de 203 597 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007), montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation est fixée à hauteur de 196 391 euros selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « **Objet et conditions du financement** » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau ASIF (N°960 720 449) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
COORDINATION							
Coordination	Participation à la coordination et au suivi des patients au domicile en lien avec l'équipe mobile	Forfait de prise en charge pour les différents Intervenants	Médecin traitant et IDE non coordonnateurs de la prise en charge à domicile, Kinésithérapeute et Pharmacien effecteur au domicile et participant aux réunions	Au Réseau	40 € par Professionnel de santé et par mois	30 patients	7 200 €
Réunion post-décès	Réunion de régulation « débriefing » des Intervenants du patient ; indemnisation pour la participation de 3 Professionnels de santé (PS) par réunion	Forfait	Médecin et Paramédicaux (3 PS)	Au Réseau	40 € par Professionnel soit 120 € par réunion (3 PS indemnisés par réunion)	15	1 800 €
Coordination de la prise en charge à domicile	Organisation et supervision de la prise en charge du patient par le Coordinateur désigné	Forfait de coordination	Médecin traitant ou Infirmier du patient désigné comme Coordinateur	Au Réseau	80 € par patient et par mois	30 patients	4 800 €

Assistance téléphonique auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Conseils téléphoniques réalisés auprès des Intervenants de l'Equipe du domicile	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	40 € par patient	30 patients	1 200 €
Participation aux groupes de travail et à la vie du Réseau	12 réunions pour l'année 2007 seulement	Forfait	Professionnels de santé libéraux	Au Réseau	50 € par réunion	5	3 000 €

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
FORMATION							
Formation des Professionnels de santé (PS)	Réunions de formation des Professionnels de santé effecteurs soit lors de leur adhésion ou soit lors de formation à des situations particulières relevant des soins palliatifs 3 Réunions par an de 2 heures Organisée par la coordination médico-administrative et les Référents territoriaux	Indemnisation	Médecin libéral	Au Réseau	90 € par réunion soit 270€ par an	25 PS	6 750 €
			Infirmier libéral		52 € par réunion soit 156 € par an	15 PS	2 340 €
			Kinésithérapeute libéral		64 € par réunion, soit 192 € par an	5 PS	960 €
Formation des Référents libéraux	Formation professionnelle des Référents (actualisation des connaissances et des pratiques) pour une durée de 3 heures et une périodicité d'une fois par an	Indemnisation	Médecin libéral	Au Réseau	135 € par an et par Référent	4 Référents Médecins	540 €
			Infirmier libéral		78 € par an et par Référent	4 Référents Infirmiers	312 €

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
INTERVENTIONS A DOMICILE							
Intervention à domicile du Référent territorial pour l'inclusion du patient	Intervention à domicile du Référent à la demande expresse de l'équipe du domicile et en présence d'au moins un membre de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge et du suivi du patient	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par réunion d'inclusion	30 patients	2 280 €
Intervention à domicile du Référent territorial pour le suivi du patient	Intervention à domicile du Référent en présence d'au moins un membre de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge et du suivi du patient	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par intervention (avec 2 interventions en moyenne par patient)	30 patients	4 560 €
SOINS EXCEPTIONNELS							
Soins exceptionnels	Soins particuliers de confort du malade dispensés par un Intervenant (ex ; ergothérapeute, massages de confort, ..) 2 interventions par patient	Indemnisation pour 1 professionnel de santé pour un acte non référencé	Soignants	Au Réseau	50 € par intervention d'1 h soit 100 € par patient	30 patients	3 000 €

ARTICLE 7.3 - DÉROGATIONS AUX RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
AIDE EXCEPTIONNELLE							
Aide financière exceptionnelle	Prestation destinée à compenser les dépenses liées au non remboursement de certains médicaments et produits après épuisement de toutes les aides possibles, notamment les aides sociales habituelles (FASS) ou en complémentarité	Indemnisation de compensation Forfait par patient	Patient dont la situation économique ne permettrait pas le maintien à domicile	Au Réseau	100 € par mois	10	2 000 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Janvier 2008	64 262 €
Avril 2008	71 468 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

RESEAU : ASIF N° 960 720 449

BUDGET Décision conjointe modificative n° 2

					Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606110- Eau					300	300
606120- EDF et GAZ					700	700
606300- Entretien et petit équipement					450	450
606400- Fournitures administratives					2 600	2 600
TOTAL GROUPE 1					4 050	4 050
Services extérieurs						
612500- Crédit-bail mobilier					3 600	3 600
613000- Locations					8 400	8 400
614000- Charges locatives					500	500
615600- Maintenance					400	400
616000- Assurances					300	300
618000- Documentation, divers					300	300
TOTAL GROUPE 2					13 500	13 500
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable					4 000	4 000
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					3 229	3 229
623000- Publicité, publications, relations publiques					5 000	5 000
625100- Voyages et déplacements					13 000	13 000
625700- Réceptions					2 000	2 000
633000 Formation continue et permanente					2 500	2 500
626000- Frais postaux et de télécommunication					3 500	3 500
TOTAL GROUPE 3					33 229	33 229
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales	taxes s/salaires		
- coordinateur administratif (10 mois en 2007)	0,5				20 834	25 000
- secrétariat	0,5				8 363	10 336
TOTAL GROUPE 4					29 197	35 336
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					79 976	86 115

					Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008	
2. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	salaires bruts	charges sociales	taxes s/salaires			
Sous-famille 1 : coordination							
- masse salariale							
médecin coordinateur (10 mois en 2007)	0,5				43 334	52 000	
IDE (3 mois en 2007)	1	7781	3190	407	11 378	45 509	
psychologue (8 mois en 2007)	0,5	16240	7163	994	15 961	25 305	
assistante sociale (5 mois en 2007)	0,25	4144	879	176	5 000	12 360	
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination							
622611 Coordination					7 200	14 400	
622612 Réunions post décès					1 800	3 600	
622613 Coordination de la prise en charge (Coordinateur)					4 800	9 600	
622614 Assistance téléphonique auprès des intervenants du domicile (référénts territoriaux de proximité)					1 200	2 400	
622615 Groupes de travail et vie du Réseau					3 000	-	
TOTAL SOUS FAMILLE 1					93 673	165 174	
Sous-famille 2 : soins							
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins							
622621 Intervention à domicile du Référént territorial l'inclusion					-	-	
le suivi					2 280	4 560	
622622 Soins exceptionnels					4 560	9 120	
622623 Aide financière exceptionnelle					3 000	6 000	
TOTAL SOUS FAMILLE 2					11 840	23 680	
Sous-famille 3 : formation							
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation							
622631 Formation des PS (Médecins)					6 750	6 750	
622632 Formation des PS (IDE)					2 340	2 340	
622633 Formation des PS (Kinésithérapeutes)					960	960	
622634 Formation des Référénts (Médecins)					540	540	
622635 Formation des Référénts (IDE)					312	312	
TOTAL SOUS FAMILLE 3					10 902	10 902	
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					116 415	199 756	
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)		(1)	(2)	(3)	196 391	285 871	
Produits constatés d'avance à décaisser					-	- 7 206	
Montant total des Versements DRDR 2007						203 597	
Montant total des Versements FIQCS						-	278 665

BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	DRDR Dotation 2006	autofinancement
Ordinateurs	5 946	4 500	1 446
Videoprojecteur	999	999	0
Logiciels	2 500	971	1 529
1 disque dur externe de sauvegarde	200	200	0
Imprimante-scanner	1 000	1 000	0
clés USB	80	80	0
Onduleurs	440	440	0
Câbles divers	100	100	0
Logiciel base de données	15 000	15 000	0
Téléphonie	600	600	0
Bureaux et fauteuils	2 500	2 000	500
tables modulables et chaises	1 500	1 500	0
armoires	2 000	2 000	0
tableau blanc et paper board	200	200	0
1 écran	262	262	0
TOTAL	33327	29852	3475

Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007

Frais Directs et Indirects	Année 2006
Fédération de Réseaux de prise en charge des Soins Palliatifs	15 000
Total	15 000



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 22 DÉCEMBRE 2006 DU RÉSEAU ASPAM - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 407***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau ASPAM - N°960 720 407 prise le 22 décembre 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement :

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau ASPAM (N°960 720 407) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Centre Hospitalier de Mont de Marsan
Service de Soins palliatifs
avenue Pierre de Coubertin - 40000 MONT DE MARSAN

Représenté par : Maryse GARRABOS - Présidente de l'Association ASPAM

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 407 en date du 22 décembre 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau ASPAM (N°960 720 407) bénéficie d'une autorisation de financement de 204 406 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 4 juin 2007 ainsi que des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 2 272 euros au lieu de 88 734 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 71 462 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 204 406 euros qui s'impute à hauteur de :

- 148 667 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

L'autorisation de financement d'un montant global de 204 406 euros s'impute à hauteur de :

- 148 667 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau ASPAM (N°960 720 407) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Coordination	Participation à la coordination et au suivi des patients en au domicile du patient en lien avec l'équipe mobile	Forfait de prise en charge pour les intervenants	Médecin traitant (non coordinateur de la prise en charge à domicile), IDE, MK et pharmacien effecteur au domicile et participant aux réunions	Au réseau	40€ par professionnel de santé libéral (3 PS indemnisés par réunion)	50 patients en 2007 = 12 000 € 75 patients en 2008 = 18 000€ 75 patients en 2009 = 18 000€	12 000 €
Réunion post-décès	Réunion de régulation « débriefing » des intervenants du patient ; indemnisation pour la participation de 3 Professionnels de santé libéraux	Forfait	Médecin et paramédicaux ; (3 PS)	Au réseau	40€ par professionnel de santé libéral (3 PSL indemnisés par réunion)	25 en 2007 = 3 000€ 50 en 2008 = 6 000€ 40 en 2009 = 4 800€	3 000 €

Coordination de la prise en charge à domicile	Organisation et supervision de la prise en charge du patient par le coordinateur désigné	Forfait de coordination	Médecin traitant ou infirmier du patient désigné comme coordinateur	Au réseau	80€ par patient et par mois soit 160€ par patient	50 patients en 2007 = 8 000 € 75 patients en 2008 = 12 000 € 75 patients en 2009 = 12 000 €	8 000 €
Assistance téléphonique auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Conseils téléphoniques réalisés auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au réseau	40€ par patient	50 patients en 2007 = 2 000€ 75 patients en 2008 = 3 000€ 75 patients en 2009 = 3 000 €	2 000 €
Participation aux groupes de travail et à la vie du Réseau	12 réunions pour l'année 2007 seulement	Forfait	Professionnels de santé libéraux	Au réseau	50 € par patient	5	3 000 €

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
FORMATION							
Professionnels de santé	Réunions de formation des Professionnels de santé effecteurs soit lors de leur adhésion ou formation à des situations particulières relavant des soins palliatifs. Réunion de 3h, 1 par semestre Organisée par la coordination médico-administrative et les référents territoriaux	Indemnisation	Médecin libéral généraliste	Au réseau	135€ par réunion soit 270 € par an	10	2007 et 2008 = 2 700 € 2009 = 1 350 €
			Infirmier libéral		78€ par réunion 156 € par an	10	2007, 2008 = 1 560 € 2009 = 780 €
			Kinésithérapeute libéral		96€ par réunion 192€ par an	10	2006 = 960 € 2007, 2008 = 1 920 € 2009 = 960 €
Formation des Référents libéraux	Formation professionnelle des Référents (actualisation des connaissances et des pratiques) pour une durée de 3 heures et une périodicité d'une fois par an	Indemnisation	Médecin libéral	Au réseau	135 € par an et par Référent	6 Référents médecins	Coût annuel 2007 = 810 € Coût annuel 2008 = 810 €
			Infirmier libéral		78 € par an et par Référent	6 Référents infirmiers	Coût annuel = 468 €

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
INTERVENTION A DOMICILE							

Intervention à domicile du Référent territorial pour l'inclusion du patient	Participation du Référent territorial à la réunion d'inclusion du patient en présence de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par réunion d'inclusion	50 patients en 2007 75 patients en 2008	Pour 2007 = 3 800 € Pour 2008 = 5 700 €
Intervention à domicile du Référent territorial pour le suivi du patient	Intervention à domicile du Référent sur demande expresse de l'équipe du domicile et en présence d'au moins un membre de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge et du suivi du patient	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par intervention (avec 2 interventions en moyenne par patient)	50 patients en 2007 75 patients en 2008	Pour 2007 = 7 600 € Pour 2008 = 11 400 €

SOINS EXCEPTIONNELS

Soins exceptionnels	Soins particuliers de confort du malade dispensés par un Intervenant (ex ; ergothérapeute, massages de confort, orthophoniste) 2 interventions par patient	Indemnisation pour 1 professionnel de santé pour un acte non référencé	PS libéraux	Au Réseau	50 € par intervention d'1 h soit 100 € par patient	50 patients en 2007 = 5 000 € 75 en 2008 = 7 500 € 75 en 2009 = 7 500 €	Coût total = 5 000 €
---------------------	--	--	-------------	-----------	--	---	----------------------

ARTICLE 7.3 - DÉROGATIONS AUX RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
AIDE EXCEPTIONNELLE							
Aide financière exceptionnelle	Aide financière pour les patients après épuisement de toutes les aides possibles ou en complémentarité	Forfait/patient	Patient	Au Réseau	100 € maximum par mois	3 en 2006 = 600 € 12 en 2007 = 2 400 € 30 en 2008 = 6 000 € 25 en 2009 = 5 000 €	2 400 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Janvier 2008	54 918 €
Avril 2008	70 641 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

NOM du RESEAU : ASPAM
BUDGET DCM N°2 - 2007

					Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606110- Eau					100	150
606120- EDF et GAZ					800	1500
606300- Entretien et petit équipement					250	250
606400- Fournitures administratives					3 000	3500
606600- Carburants						
606800- Autres fournitures						
TOTAL GROUPE 1					4 150	5 400
Services extérieurs						
611000- Sous-traitance générale						
612200- Crédit-bail immobilier						
612500- Crédit-bail mobilier					3000	3000
613000- Locations					8 400	8 400
614000- Charges locatives					500	500
615200- Entretien sur biens Immobiliers						
615500- Entretien sur biens mobiliers					800	1 300
615600- Maintenance					400	400
616000- Assurances					600	600
618000- Documentation, divers					300	300
TOTAL GROUPE 2					14000	14500
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable					4000	4060
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					3500	3600
623000- Publicité, publications, relations publiques					2 500	1 500
625100- Voyages et déplacements					6 000	6 000
625600- Missions						
625700- Réceptions					300	300
633000 Formation continue et permanente					2 500	2 500
626000- Frais postaux et de télécommunication					2 000	2 000
TOTAL GROUPE 3					20 600	19 960
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires		
- coordinateur administratif	0,5	25567	10767	2444	20 374	20 374
- secrétariat	0,25				5 018	10 035
TOTAL GROUPE 4					25 392	30 409
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					64 342	70 269

2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires		
Sous-famille 1 : coordination						
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)						
médecin coordinateur (pour 2007 : 8 mois)						
IDE	0,5	42217	17760	4709	37 734	56 808
psychologue	1	31123	12760	1626	26 547	45 509
assistante sociale	0,5	16240	7163	994	14 231	24 397
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination	0,25	6696	2685	344	7 294	9 725
622611 Coordination					12 000	18 000
622612 Réunions post décès					3 000	4 800
622613 Coordination de la prise en charge (Coordinateur)					8 000	12 000
622614 Assistance téléphonique auprès des intervenants du domicile (référénts territoriaux de proximité)					2 000	3 000
622616 Réunions d'inclusion (référénts territoriaux de proximité)						
622617 Réunions post décès (référénts territoriaux de proximité)						
622615 Groupes de travail et vie du Réseau					3 000	0
TOTAL SOUS FAMILLE 1					113 806	174 239
Sous-famille 2 : soins						
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)						
à renseigner (une ligne par salarié)						
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins						
622621 Intervention à domicile du Référént pour l'inclusion					3 800	5 700
622621 Intervention à domicile du référent pour le suivi des patients					7 600	11 400
622622 Soins exceptionnels					5 000	7 500
622623 Aide financière exceptionnelle					2 400	6 000
TOTAL SOUS FAMILLE 2					18 800	30 600
Sous-famille 3 : formation						
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation						
622631 Formation des PS (Médecins)					2 700	2 700
622632 Formation des PS (IDE)					1 560	1 560
622633 Formation des PS (Kinésithérapeutes)					1 920	1 920
622634 Formation des Référénts (Médecins)					620	890
622635 Formation des Référénts (IDE)					468	468
- 625130- frais déplacement formations						
- 623330- frais de congrès sur formations						
- 622630- frais divers d'indemnisation formation						
TOTAL SOUS FAMILLE 3					7 458	7 458
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					140 064	212 297
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+)	(1)	(2)	(3)		204 406	282 566

Investissement	0
Produits constatés d'avance à décaisser	71 462 / 15 723
INVESTISSEMENTS	
Montant total des Versements DRDR 2007	148 667
Montant total des Versements FIQCS	0 / 266 843
Dotation aux Fonds dédiés (FARSPA)	15 000

BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

Liste des matériels à financer 2007	coût estimé	DRDR 2006
Mobilier de Bureau, aménagement des locaux	13 786	13786
Matériel informatique :		
Ordinateurs	5 946	4500
Vidéo-projecteur + écran	1 200	1200
Disques externes, clés USB, onduleurs, câbles+ imprimants	620	890
logiciels, licences	3 000	3000
Logiciel base de données	15 000	15000
TOTAL	39 552	38366



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°8 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 11 DÉCEMBRE 2003 DU RÉSEAU RCA - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 027***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau RCA - N°960 720 027 prise le 11 décembre 2003 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 7 juillet 2004, 18 mars 2005, 26 octobre 2005, 19 décembre 2005, 18 juillet 2006, 22 décembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau RCA (N°960 720 027) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 229 cours de l'Argonne - 33076 BORDEAUX CEDEX

Représenté par : Simone MATHOULIN PELLISSIER - Directeur du GIP RCA

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 027 en date du 11 décembre 2003 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1.2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau RCA (N°960 720 027) bénéficie d'une autorisation de financement au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 13 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 30/03/2007 et des éléments comptables s'y référant en date des 18/09/2007 et 11/10/2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 1 337 256 euros au lieu de 1 576 660 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 239 404 euros sera déduit des versements des Exercices 2007 et 2008, à hauteur respectivement de 113 130 euros et 126 274 euros.

Par ailleurs il est procédé à l'annulation des fonds dédiés 2005 du projet « RESILIAENCE » pour un montant de 44 976 euros qui sera déduit des versements de l'Exercices 2007.

Enfin, il est procédé à la reprise de la subvention d'investissement 2003 à hauteur de 241 518 euros, qui sera déduit des versements de l'Exercices 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 1 462 548 euros qui s'impute à hauteur de :

- 1 062 923 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 0 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 13 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 1 462 548 euros qui s'impute à hauteur de :

- 1 062 923 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 0 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel de patients pris en charge dans le Réseau est de 15 000 pour l'année 2007, 15 000 pour l'année 2008. Considérant qu'en moyenne 20% des patients passent en RCP deux fois, le nombre des dossiers à traiter en RCP a été estimé à 18 000 par la suite.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 13 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs, dans un délai d'un mois :

- *transmettent les autres sources de financement au titre de 2007 et 2008, accompagné des clés de répartition par projet*
- *effectuent un inventaire des investissements réalisés depuis 2002.*
- *soumettent, les investissements à réaliser en 2007, accompagnés des éléments justificatifs, qui devront permettre leur autorisation exprès par le Directeur de l'URCAM et le Directeur de l'ARH.*

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau RCA (N°960 720 027) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

Article 13.1 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Réunion de coordination pluri-disciplinaire	Expertise et proposition de traitement. Proposition de prise en charge diagnostique et thérapeutique conforme aux recommandations de pratiques. Rédaction d'une proposition de programme de soins personnalisés.	Coordination	Médecins spécialistes libéraux transversaux (oncologues, radiothérapeutes, anatomocytopathologistes, imagiers)	Au Réseau	11,50 euros par cas discuté	9 500 dossiers	669 600
	Présentation de dossiers de malades atteints de cancer en réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Rédaction d'une fiche compte-rendu de RCP.		Médecins généralistes et spécialistes libéraux		23 euros par dossier présenté et fiche RCP validée	9 500 dossiers (62 € par dossier présenté sur la base de 3 spécialistes présents)	

Délégation aux médecins libéraux de la surveillance pour le cancer

Plusieurs expériences ont testé les bénéfices de la délégation de la surveillance du cancer de sein aux médecins traitants : efficacité de la surveillance, réponse à la volonté des médecins traitants d'être impliqués dans la prise en charge, satisfaction des patientes, baisse des consultations redondantes.

La généralisation d'un tel dispositif nécessite cependant de le tester avant sur un nombre limité des médecins et patientes, c'est le but de ce projet.

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Suivi des patients par les médecins traitants après le traitement oncologique	Les médecins s'engagent à remplir une fiche papier de surveillance et à effectuer la surveillance du cancer du sein (temps de remplissage en moyenne 15 minutes après la consultation)	Remplissage de fiche (intégrant la consultation)	Médecins généralistes Médecins gynécologues libéraux	Au réseau Au réseau	46 €	Le nombre de bénéficiaires n'est pas connu, l'objectif étant d'effectuer 1000 consultations de surveillance déléguée	46 000

Formation	Séances de formation dans l'établissement siège du 3C	Formation	Médecins généralistes Médecins gynécologues libéraux	Au réseau Au réseau	69 €	230 bénéficiaires	15 870
Formation	Séances de formation dans l'établissement siège du 3C	Formation	Médecins libéraux : formateurs 3 C	Au réseau	69 €	40 bénéficiaires	2 760
Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Formation	Participation à la consultation d'un oncologue/radiothérapeute de leur choix	Formation	Médecins généralistes Médecins gynécologues libéraux	Au réseau Au réseau	69 €	230 bénéficiaires	15 870

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 6 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Évaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 12 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 11 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 13 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 0 €
Janvier 2008	334 711 €
Avril 2008	334 712 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

BUDGET

		MONTANT ACCORDE AU TITRE DE LA DOTATION 2007	MONTANT PREVISIONNEL 2008			
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
608300- Entretien et petit équipement		1 000	1 000			
609400- Fournitures administratives		3 200	3 300			
TOTAL GROUPE 1		4 200	4 300			
Services extérieurs						
613200- Location Locaux		5 500	5 600			
613511- Location photocopieur		5 100	5 100			
613512- Location télécopieur		520	520			
615500- Entretien sur biens mobiliers		1 600	1 600			
615600- Maintenance		19 800	20 200			
618000- Assurance matériel informatique		1 520	700			
618100- Assurance RC ; multirisques		2 550	2 550			
618000- Documentation, divers		1 500	1 500			
TOTAL GROUPE 2		38 390	37 770			
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable		16 800	16 800			
622601- Honoraires Commissaire aux comptes		3 900	3 900			
622603 - Honoraires prestations informatiques DCC		6 000	3 000			
622800 - Hébergement services		18 000	18 000			
623000- Publicités, publications, relations publiques		9 000	8 000			
625100- Voyages et déplacements		5 000	6 000			
625700- Réceptions		9 000	9 000			
628000- Frais postaux et de télécommunication		2 200	2 200			
628200- Formation		8 000	8 000			
TOTAL GROUPE 3		76 900	74 900			
Masse salariale structure administrative						
A renseigner en détail	nombre ETP	salaires bruts	charges sociales patronales	taxes salariales		
- coordinateur administratif (S Mathoulin-Pélissier)	0,25				30 166	30 166
- attaché d'administration (S Veiga)	1	31 550	16 344	3 259	47 904	48 992
TOTAL GROUPE 4	1,25				78 070	79 028
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					197 560	195 998

2. FRAIS DIRECTS		nombre ETP	salaires bruts	charges sociales patronales	taxes salariales		
Sous-famille 1 : coordination							
- masse salariale							
médecin coordonnateur (E Vimard)	0,8	40 162	22 398	5 360	62 560	77 736	
secrétaire médicale (M Couj)	1	19 140	6 912	1 325	26 100	26 622	
chargée études (I Crin-Cassaigne)	1	29 148	15 012	2 931	44 160	45 000	
Techniciennes d'informations médicales (E Pinon)	1	26 196	13 392	2 530	39 600	39 600	
TOTAL coordination	3,8	114 646	57 714	12 146	172 420	188 958	
- 622830- prestations médecin épistémologiste (mise à disposition) (S Mathoulin-Pélissier)	0,25				30 167	30 167	
- 622830- prestations médecin clinicien expert (mise à disposition)	0,5				26 650	51 300	
622640 - prestations directeur de projet (Dr Renaud Saïe)							
TOTAL SOUS FAMILLE 1	4,05	114 646	57 714	12 146	229 237	270 425	
Sous-famille 2 : Système d'information							
- masse salariale							
chef de projet (F Jouzon)	1	35 489	19 452	3 794	54 941	58 040	
webmaster (N Giraudon)	1	31 188	16 140	3 210	47 328	48 275	
chef de projet base de données (mise à disposition)	0,5				31 476	31 476	
TOTAL SOUS FAMILLE 2	2,5	66 677	35 592	7 004	133 745	135 791	
Sous-famille 3 : UCPO Centre de Coordination en cancérologie							
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)							
622620 frais de fonctionnement UCPO					0	0	
TOTAL SOUS FAMILLE 3					0	0	
Sous-famille 4 : pole régional de référence							
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)							
TOTAL SOUS FAMILLE 4					0	0	
Sous-famille 5 : Résilience							
médecin coordonnateur	0,8				82 300	82 300	
secrétaire	0,5				15 000	15 000	
assistante sociale	0,5				21 504	21 504	
psychologue	0,5				23 500	23 500	
puéricultrice	1				43 002	43 002	
frais de déplacements					4 000	4 000	
formation					2 000	2 000	
fournitures administratives					900	900	
Communication					1 100	1 100	
TOTAL SOUS FAMILLE 5	3,3				193 306	193 306	
Sous-famille 6 : prestations dérogatoires							
médecins libéraux (RCP)							
					669 600	669 600	
Sous-famille 7 : Surveillance déléguée							
Projet de surveillance déléguée							
Prestations dérogatoires Formation médecins libéraux					8 970		
Prestations dérogatoires Formateurs					2 750		
Prestations dérogatoires Participation à une consultation de cancérologie					15 870		
Prestations dérogatoires Consultation surveillance déléguée					11 500		
TOTAL SOUS FAMILLE 7					39 100		
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 4 (B)					1 264 988	1 269 122	
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)	(1)	(2)	(3)		1 462 548	1 465 120	

Produits constatés d'avance à décaisser en 2007	-113 130	-126 274
Annulation fonds dédiés RESILIAENCE	-44 976	
Reprise sur investissement année 2003	-241 518	
Montant total des Versements DRDR 2007	1 062 923	
Montant total des Versements FIOCS		1 338 846

Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007				
Frais Directs et Indirects	Année 2004	Année 2005	Année 2006	Total
Prestations dérogatoires	123 691	5 080		128 771
Surveillance déléguée			61 334	61 334
Total	123 691	5 080	61 334	190 105



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 13 OCTOBRE 2006 DU RÉSEAU ASAIS ICARE - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 381***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau ASAIS ICARE - N°960 720 381 prise le 13 octobre 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Vu le Rapport d'audit d'organisation du Réseau réalisé par KPMG en date du 21 septembre 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau ASAIS ICARE (N°960 720 381) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 6 rue Ausone - 33000 BORDEAUX

Représenté par : Michel LEMASSON - Président de l'Association ICARE, ainsi que par Simone NOAILLES, Présidente d'Honneur et Vice-Présidente et Pierre LAMOTHE, Vice-Président,

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 381 en date du 13 octobre 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau ASAIS ICARE (N°960 720 381) bénéficie, à titre conservatoire, d'une autorisation de financement au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est accordée à titre conservatoire à hauteur de 91 838 euros. Elle s'impute à hauteur de :

- 75 635 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 16 203 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 91 838 euros se répartissant ainsi :

- 75 635 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 16 203 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Pour l'année 2007, les autres financeurs sont :

- L'Etat pour le Groupe d'Entraide Mutuelle
- Collectivités locales
- Le Centre hospitalier de Charles Perrens

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 50 pour l'année 2007, de 80 pour l'année 2008 et de 90 pour l'année 2009.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

*Le financement accordé est attribué à titre conservatoire sous réserve que le promoteur transmette **avant le 1^{er} avril 2008** en réponse aux constatations faites dans le Rapport d'audit visé supra des propositions d'actions correctrices permettant de garantir l'atteinte des objectifs et des engagements pris dans le cadre de la demande de financement initiale. Nous vous demandons de nous soumettre ces propositions.*

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau ASAIS ICARE (N°960 720 381) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

Article 7.1 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2006
----------	-------------	-------------------------	--------------	------------------------	--------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

Participation aux réunions cliniques pluridisciplinaires de synthèse	Réunion de coordination d'une durée d'une heure : élaboration d'un plan de soins avec le professionnel, le patient et les autres intervenants, puis point sur la réalisation des objectifs de la réunion précédente. Il participe à fixer les objectifs pour la réunion suivante.	Forfait	Médecins généralistes libéraux	Au Réseau	60 euros	10	600 euros
--	---	---------	--------------------------------	-----------	----------	----	-----------

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Évaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que

prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 16 203 €
Janvier 2008	22 259 €
Avril 2008	22 260 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

**RESEAU : ASAIS ICARE
BUDGET DCM N°2**

					BUDGET prévisionnel 2007	BUDGET prévisionnel 2008	BUDGET prévisionnel 2009 (9 mois)
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606120- EDF et GAZ					2 570	2 570	2 005
606300- Entretien et petit équipement					734	734	550
606400- Fournitures administratives					734	734	550
TOTAL GROUPE 1					4 038	4 038	3 105
Services extérieurs							
613000- Locations					5 202	5 202	3 901
615200- Entretien sur biens immobiliers					489	490	370
615600- Maintenance					612	612	460
616000- Assurances					306	306	230
618000- Documentation, divers					714	714	540
TOTAL GROUPE 2					7 323	7 324	5 501
Autres services extérieurs							
622600- Honoraires expert comptable					4 896	4 896	3 672
625100- Voyages et déplacements					612	612	460
625700- Réceptions					367	367	275
626000- Frais postaux et de télécommunication					3 550	3 550	2 663
TOTAL GROUPE 3					9 425	9 425	7 070
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	salaires brut	charges sociale patronales	taxes s/salaires			
Secrétaire	0,5				14 739	14 739	11 055
Agent de service					2 400	2 400	1 872
TOTAL GROUPE 4					17 139	17 139	12 927
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					37 925	37 926	28 603

2. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	salaires brut	charges sociale patronales	taxes s/salaires			
Sous-famille 1 : coordination							
Coordinateur technique	1 ETP et 0,5 ETP à partir du 1er janvier 2007				28 118	28 118	21 088
Coordinateur administratif	0,5				18 745	18 745	14 060
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination							
TOTAL SOUS FAMILLE 1					46 863	46 863	35 148
Sous-famille 2 : soins							
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins					1 800	3 000	3 000
TOTAL SOUS FAMILLE 2					1 800	3 000	3 000
Sous-famille 3 : formation							
- 622830- frais divers d'indemnisation formation					1 250	1 250	1 000
TOTAL SOUS FAMILLE 3					1 250	1 250	1 000
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					49 913	51 113	39 148
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					87 838	89 039	67 751

INVESTISSEMENTS 4 000

Montant total des Versements DRDR 2007 75 635

Montant total des Versements FIQCS 16 203

BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	DRDR	FIQCS	autofinancement
		Dotation 2006	Dotation 2007	
Ordinateurs et périphériques	2 000		2 000	
Licences informatiques	2 000		2 000	
Bureaux, chaises, armoires, table				
Photocopieuse télécopieuse				
TOTAL	4000	0	4000	0



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 1ER JUIN 2006 DU RÉSEAU RE3A - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 332***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau RE3A - N°960 720 332 prise le 1er juin 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau RE3A (N°960 720 332) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Centre lafayette 85 avenue Kennedy - 33700 MERIGNAC

Représenté par : Thierry DUBON - Réseau Education Asthme, Allergies Aquitaine

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 332 en date du 1er juin 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau RE3A (N°960 720 332) bénéficie d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 31 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 110 155 euros au lieu de 154 417 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 44 262 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 309 575 euros qui s'impute à hauteur de :

- 213 090 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 52 223 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 309 575 € euros se répartissant ainsi :

- 213 090 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 52 223 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau RE3A (N°960 720 332) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
PD 3 : formation des médecins désirant adhérer au Réseau	Indemnisation des intervenants à la réunion initiale des médecins désirant adhérer au Réseau (sensibilisation à l'éducation, initiation au concept d'éducation)	Indemnisation des heures de présence	Médecins du comité de pilotage et éducateur	Au Réseau	150 € pour 3 heures de réunion (50€/h) 2 intervenants 6 réunions par an	2	1 800 €
PD 4 : réunion des membres du comité de pilotage	Indemnisation des membres du comité de pilotage	Indemnisation des heures de présence	Membres libéraux du comité	Au Réseau	50 €/h soit 200€ par réunion.	2	2 400 €

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
PD 1 : sessions d'éducation thérapeutique	Education thérapeutique des patients	Indemnisation des heures de présence	éducateur	Au Réseau	200 € pour une matinée de 4 heures : 2 éducateurs par matinée	32	12 875 €
PD 2 ; diagnostic éducatif	Faire le diagnostic éducatif du patient et remplir le dossier médical	Indemnisation pour cet acte non prévu	Médecin traitant formé ou éducateur	Au Réseau	Forfait de 40 € X par le nombre de patients à l'inclusion des patients	124	4 960 €
PD 2 BIS : suivi du patient	Assurer les consultations de suivi des patients et remplir leur dossier médical	Majoration d'acte de consultation	Médecin traitant	Au réseau	Majoration de 20 € en sus de la consultation	132	2 640 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 52 223 €
Janvier 2008	68 875 €
Avril 2008	68 875 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 2

RESEAU : RE3A N° 960 720 332

					Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008	Montant prévisionnel 2009 (du 01/01 au 31/05)
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606110- Eau				300	300	125	
606120- EDF et GAZ				1 100	1 100	458	
606300- Entretien et petit équipement				1 500	1 500	625	
606400- Fournitures administratives				2 600	2 600	1 083	
606800- Autres fournitures				2 000	2 000	833	
TOTAL GROUPE 1				7 500	7 500	3 125	
Services extérieurs							
613000- Locations				20 000	10 000	4 167	
614000- Charges locatives				400	400	167	
615200- Entretien sur biens immobiliers				700	700	292	
615500- Entretien sur biens mobiliers				300	300	125	
615600- Maintenance				3 200	2 000	833	
616000- Assurances				1 100	1 100	458	
618000- Documentation, divers				1 000	1 000	417	
TOTAL GROUPE 2				26 700	15 500	6 458	
Autres services extérieurs							
623600- Honoraires expert comptable				4 000	4 000	1 667	
623601- Honoraires Commissaire aux comptes				4 000	4 000	1 667	
623000- Publicité, publications, relations publiques				10 000	-	-	
625100- Voyages et déplacements				1 500	1 500	625	
626000- Frais postaux et de télécommunication				3 000	3 000	1 250	
TOTAL GROUPE 3				22 500	12 500	5 208	
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes scolaires			
- coordinateur administratif	04-mai	45 000	15 750	3 250	64 000	64 000	26 667
- secrétariat	TP	21 600	6 600	1 800	30 000	30 000	12 500
622600- Honoraires comptabilité sur site					8 000	-	-
TOTAL GROUPE 4		66 600	22 350	5 050	102 000	94 000	39 167
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					158 700	129 500	53 958
2. FRAIS DIRECTS							
Sous-famille 1 : coordination							
Chargé de la prospection médecins				14 000	14 000	5 833	
Chargé du suivi médecins				9 800	9 800	4 083	
biostatisticien (saisie et analyse des données)				12 000	12 000	5 000	
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination				84 400	84 400	35 167	
622611 -honoraires prestation dérogatoire copil				2 400	-	-	
TOTAL SOUS FAMILLE 1				122 600	120 200	50 083	
Sous-famille 2 : soins							
- 622620- honoraires prestation dérogatoire 2 diag éducatif				4 960	6 000	2 500	
622621- honoraire prestation dérogatoire 2 bis suivi patients 20€ par suivi x 120				2 640	3 000	1 250	
622622- honoraires prestation dérogatoire1 session éducatif thérapeutique 400€ x 30 sessions				12 875	12 000	5 000	
solde 2006						-	
TOTAL SOUS FAMILLE 2				20 475	21 000	8 750	
Sous-famille 3 : formation							
- 622630- honoraires prestation dérogatoire3 formation médecins				1 800	1 800	750	
Formation éducation thérapeutique				6 000	-	-	
TOTAL SOUS FAMILLE 3				7 800	1 800	750	
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					150 875	143 000	59 583
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+ (1) (2))					309 575	272 500	113 542
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					- 44 262		
Montant total des Versements DRDR 2007					213 090		
Montant total des Versements FIQCS					52 223	272 500	113 542

BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	DRDR
		Dotations 2006
- Matériel informatique	1445	1445
TOTAL	1445	1445

Dotations aux Fonds dédiés à reprendre en 2007

Frais Directs et Indirects	Année 2005	Année 2006
618000- Assurances		642
Total		642



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 1ER JUIN 2006 DU RÉSEAU REPOP - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 357***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau REPOP - N°960 720 357 prise le 1er juin 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau REPOP (N°960 720 357) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 1 rue Despujols - 33000 BORDEAUX

Représenté par : Catherine DUMONT - Présidente du Groupement des Pédiatres de la Gironde

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 357 en date du 1er juin 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau REPOP (N°960 720 357) bénéficie d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 31 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 191 248 euros au lieu de 230 009 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 38 761 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 421 851 euros qui s'impute à hauteur de :

- 302 904 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 80 186 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation est fixée à hauteur de 421 851 euros se répartissant ainsi :

- 302 904 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 80 186 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau REPOP (N°960 720 357) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Participation aux groupes de travail (Fiche n°4)	4 groupes de travail (évaluation du Réseau, éducation thérapeutique, dossier informatisé, référentiels diététiques) 4 réunions en 2006 pour chaque groupe de travail – 5 réunions en 2007.	Coordination	Professionnels libéraux (20)	Au Réseau	100 € par réunion	20	2 000 €

Participation à la formation d'inclusion au Réseau (fiches n° 17 et 18)	2 sessions en 2006 pour la prise en charge de l'obésité infantile dans le cadre du Réseau (formation expliquant le fonctionnement du Réseau, permettant aux professionnels de s'approprier les outils et d'être formés aux référentiels partagés et au dossier médical partagé du Réseau)	Formation	Cette dérogation est accordée pour les kinésithérapeutes libéraux	Au Réseau	183 € par formation	2	366 €
		Formation	Cette dérogation est accordée pour les IDE libéraux	Au Réseau	125 € par formation	5	250 €
Formation éducative thérapeutique (Fiche n°19)	Animation de la formation en éducation thérapeutique	Formation	Médecins libéraux	Au Réseau	150 € pour la ½ journée		500 €

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX – SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Séances d'éducation thérapeutique individuelle (Fiche n°5)	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître pour l'enfant et sa famille : le mode de vie de manière globale sur le plan des rythmes scolaires, des modes de garde et d'encadrement, les habitudes alimentaires, les habitudes et pratiques d'activité physique et de sédentarité - Définir en accord avec l'enfant et sa famille des objectifs thérapeutiques en terme d'alimentation, d'activité physique, ... - Proposer à l'enfant et à sa famille des outils adaptés 	Forfait	Médecins libéraux	Au Réseau	60 € par séance d'une heure	0	0€

Bilan diagnostique éducatif	Réalisation en 2 temps (sur 15 jours environ) d'un bilan clinique de l'obésité et d'un diagnostic éducatif fait par un médecin adhérent au Réseau	Forfait	Médecin traitant formé pour cette prise en charge (indemnisation formation comprise)	Au Réseau	Majoration de 60 € par patient, en sus d'une consultation	273	16 380 €
-----------------------------	---	---------	--	-----------	---	-----	----------

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Suivi des patients	Réalisation des Consultations de suivi par le médecin libéral ayant pris en charge l'enfant	Forfait	Médecin traitant formé pour cette prise en charge	Au Réseau	Majoration de 20 € en sus d'une Consultation	655	13 100 €
Bilan diététique (fiche n°9)	Réalisation des bilans d'évaluation diététique dans les cas complexes sur demande du médecin traitant	Forfait	Diététicien libéral adhérent au Réseau	Au Réseau	Forfait de 40 €	143	5 720 €
Suivi diététique (fiche n°10)	Suivi diététique des enfants dans les cas graves ou complexes	Forfait	Diététicien libéral adhérent au Réseau	Au Réseau	Forfait de 40 €	248	9 920 €
Bilan psychologique (fiche n°11)	Réalisation d'un bilan psychologique de l'enfant par un psychologue libéral en cas d'obésité compliquée et s'il n'y a pas de possibilité de réalisation par le psychologue salarié du Réseau	Forfait	Psychologue libéral adhérent au Réseau	Au Réseau	Forfait de 40 € pour le bilan	154	6 160 €
Suivi psychologique (fiche n°12)	Suivi psychologique des cas compliqués par un psychologue libéral s'il n'y a pas de possibilité de prise en charge par le psychologue salarié du Réseau	Forfait	Psychologue libéral adhérent au Réseau	Au Réseau	Forfait de 40 € pour le suivi	300	12 000 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 80 186 €
Janvier 2008	97 190 €
Avril 2008	97 191 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 2							
RESEAU : REPOP N° 960 720 357							
					Montant accordé au titre de la Dotations 2007	Montant prévisionnel 2008	Montant prévisionnel 2009 (du 01/01/09 au 31/05/09)
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606110- Eau				720	720	300	
606120- EDF et GAZ				1 680	1 680	700	
606300- Entretien et petit équipement				800	1 000	417	
606400- Fournitures administratives				4 500	4 000	1 667	
TOTAL GROUPE 1				7 700	7 400	3 083	
Services extérieurs							
611000- Sous-traitance générale				-	-	-	
612200- Crédit-bail immobilier				-	-	-	
612500- Crédit-bail mobilier				-	-	-	
613000- Locations				10 000	10 000	4 167	
614000- Charges locatives				-	-	-	
615200- Entretien sur biens immobiliers (entretien des bureaux)				1 600	1 600	667	
615500- Entretien sur biens mobiliers				-	-	-	
615600- Maintenance				-	-	-	
615601- Maintenance informatique du parc				500	500	208	
615602- maintenance informatique applicative et développement informatique				1 000	1 000	417	
616000- Assurances				300	300	125	
617000- Etudes et recherches				-	-	-	
618000- Documentation, divers, tests psychologiques				2 300	2 300	958	
618100- matériel remis à la formation d'inclusion				1 000	1 000	417	
618500- Frais de colloque				1 000	1 000	417	
TOTAL GROUPE 2				17 700	17 700	7 375	
Autres services extérieurs							
622600- Honoraires expert comptable				6 000	6 000	2 500	
622601- Honoraires Commissaire aux comptes				4 000	4 000	1 667	
622700- Frais d'actes et contentieux				-	-	-	
622800- Divers				-	-	-	
622801- Cotisation coordination nationale Répop + cotisation APOP				2 300	2 300	958	
623001- Frais d'imprimerie/édition de documents				5 000	4 000	1 667	
625100- Voyages et déplacements				2 500	3 000	1 250	
625604- Contrat ADAPA				40 000	40 000	16 667	
625700- Réceptions				3 000	3 000	1 250	
626001- Frais postaux				1 500	1 500	625	
626002- Frais télécommunication				3 000	3 000	1 250	
627000- Services bancaires				300	300	125	
TOTAL GROUPE 3				67 600	67 100	27 958	
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	salaires brut mensuel	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	TOTAL	TOTAL
- secretariat general reseau et secretariat comptable	0,90 ETP puis 1,5 ETP à partir du 1er	1911 € à 0,90 ETP puis 3 186	18 188,00		40 140	40 140	16 725
TOTAL GROUPE 4					40 140	40 140	16 725
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					133 140	132 340	55 142

BUDGET Décision conjointe modificative n° 2							
RESEAU : REPOP N° 960 720 357							
					Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008	Montant prévisionnel 2009 (du 01/01/09 au 31/05/09)
3. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	saire brut mensuel	charges sociales patronales	taxes s/salaires			
Sous-famille 1 : coordination							
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)							
Coordination médicale - S. Boulard sur la base d'un temps plein à 88 762 € coût employeur	0,4 ETP jusqu'au 31/12/2007	1855 € (à 0,4 ETP) et 3710 € (à 0,8 ETP)	19 868,00		40 347	40 347	16 811
Coordination médicale -H. Thibault sur la base d'un temps plein à 107 847 € coût employeur	0,45 ETP puis 0,5 ETP à partir de juillet 2007				51 228	51 228	21 345
Diététicienne sur la base d'un temps plein à 43 530 € coût employeur	0,7 ETP puis 0,8 à partir du 1er octobre 2007	1592 € (à 0,7 ETP) et 2275€ 1 ETP	13 803,00		28 094	28 094	11 706
Psychologue : O. ONORATO sur la base d'un temps plein à 49 445 € coût employeur	0,6 ETP puis 0,7 ETP à partir du 1er octobre 2007	1550 € (à 0,6 ETP) et 2067€ 1 ETP	12 909,50		28 094	28 094	11 706
- coordination administrative : Caroline Resplandy (0,90 ETP sur 6 mois congé maternité du 23 janvier au 23 juillet) sur la base d'un temps plein à 60 972 € coût employeur	0,90	2 867,00	10 236,00		24 943	24 943	10 393
- remplacement de Caroline Resplandy en congés de maternité : ED, du 01/01/07 au 31/09/07 sur la base d'un temps plein à 42 108 € coût employeur	1,00	2 200,00	11 781,00		28 710	-	-
taxes sur salaires					7 500	7 500	3 125
Médecine du travail					1 000	1 000	417
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination						-	-
6226103- Indemnisation pour la participation à un groupe de travail					2 000	4 000	-
TOTAL SOUS FAMILLE 1					211 915	185 205	75 502
Sous-famille 2 : soins							
- masse salariale							
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins							
6226201- Indemnisations des médecins formés à l'éducatif thérapeutique réalisées au cabinet (fiches dérogatoires N°5)					-	3 000	3 000
6226202- Indemnisation des médecins pour la consultation d'inclusion (Bilan et diagnostique)					16 380	14 000	14 000
6226203- Indemnisation des médecins pour le suivi des patients					13 100	13 100	5 458
6226204- Indemnisation des diététiciens libéraux pour la consultation d'évaluation diététique					5 720	5 720	2 383
6226205- Indemnisation des diététiciens libéraux pour la consultation de suivi diététique					9 920	9 920	4 133
6226206- Indemnisation des psychologues libéraux pour la consultation d'évaluation psychologue					6 160	6 160	2 567
6226207- Indemnisation des psychologues libéraux pour la consultation de suivi psychologique					12 000	12 000	5 000
6226- Indemnisation des animateurs des séances d'ET					1 200	6 000	2 500
626- Séances d'éducation thérapeutique de groupe (honoraires)					1 200	200	83
TOTAL SOUS FAMILLE 2					65 680	70 100	39 125
Sous-famille 3 : formation							
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation							
6226301- Prestations de formation en ET par CETB ou IPCEM, et autre					10 000		-
6226302- Indemnisation des formateurs pour la formation d'inclusion du réseau					500	500	208
6228301- Indemnisation des infirmières libérales pour les formations d'inclusion					250	250	104
6228302- Indemnisation des kinésithérapeutes libéraux pour les formations d'inclusion					366	366	153
TOTAL SOUS FAMILLE 3					11 116	1 116	465
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					288 711	256 421	115 092
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)		(1)	(2)	(3)	421 851	388 761	170 234
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					- 38 761		
Montant total des Versements DRDR 2007					302 904		
Montant total des Versements FIQCS					80 186		
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS							
Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007							
	coût estimé	DRDR					
		Dotation 2006					
- coût de licence pour l'utilisation du dossier médical réseau TSA	4 000	4 000					
- coût d'acquisition des cartes et lecteurs CPA et CPS	2 650	2 650					
- achat d'une photocopieuse	1 800	1 800					
- équipement informatique	1 000	1 000					
Total	9 450	9 450					
Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007							
Frais Directs et Indirects							
	Année 2006						
6226101- Indemnisation pour participation aux comités de pilotage	840						
6226103- Indemnisation pour la participation à un groupe de travail	2 400						
- 6226302- Indemnisation des formateurs (hors salariés du réseau)	150						
- 6228301- Indemnisation des infirmières libérales pour les formations d'inclusion	125						
Total	3 515						



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 12 DÉCEMBRE 2006 DU RÉSEAU SANTÉ LANGAGE - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 464***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau Santé Langage - N°960 720 464 prise le 12 décembre 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau Santé Langage (N°960 720 464) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 160 cours du Médoc - 33300 BORDEAUX

Représenté par : Anne LAMOTHE CORNELOUP - Présidente de l'Association AGOPAL

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 464 en date du 12 décembre 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau Santé Langage (N°960 720 464) bénéficie d'une autorisation de financement de 234 236 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le promoteur en date du 30 mars ainsi que des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'exercice 2006 est ramené à hauteur de 18 155 euros au lieu de 40 335 euros. le trop perçu de l'exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 22 180 euros sera déduit des versements de l'exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 234 236 euros qui s'impute à hauteur de :

- 193 257 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 18 799 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 234 236 euros se répartissant ainsi :

- 193 257 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 18 799 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau Santé Langage (N°960 720 464) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
COORDINATION							
Participation au Comité de pilotage	Participation au Comité de pilotage 9 réunions en 2007 4 réunions en 2008 3 réunions en 2009	Forfait	Professionnels libéraux	Au Réseau	100 € par réunion	4	Coût total 3 600 € en 2007 1 600 € en 2008 1 200 € en 2009

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires 2007	Montant total prévisionnel 2007
INTERVENTIONS A DOMICILE							
Suivi médical du patient	Réalisation d'une consultation de prise en charge spécifique liée aux troubles du langage	Forfait annuel	Médecins niveau 2 (pédiatres)	Au Réseau	70 € par patient et par an	50	3 500 €
Suivi orthophonique	Réalisation d'une consultation de prise en charge spécifique liée aux troubles du langage	Forfait annuel	Orthophonistes	Au Réseau	39 € par patient et par an	50	1 950 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 18 799 €
Janvier 2008	63 891 €
Avril 2008	63 891 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

RESEAU SANTE LANGAGE

BUDGET DCM 2

I. FRAIS INDIRECTS	Montant accordé au titre de la Dotaton 2007	Montant prévisionnel 2008	Montant prévisionnel 2009
Frais de fonctionnement			
Achats non stockés de matières et fournitures			
606300- Entretien et petit équipement	500	500	417
606400- Fournitures administratives	3 000	3 000	2 500
606600- Autres fournitures	300	300	250
TOTAL GROUPE 1	3 800	3 800	3 167
Services extérieurs			
613000- Locations	6 037	6 037	6 698
614000- Charges locatives	2 000	2 000	1 667
615600- Maintenance	3 000	3 000	2 500
616000- Assurances	200	200	200
618000- Documentation, divers	800	800	667
TOTAL GROUPE 2	14 037	14 037	11 732
Autres services extérieurs			
622600- Honoraires expert comptable	4 000	4 000	4 000
622601- Honoraires Commissaire aux comptes	3 100	3 100	3 100
623000- Publicité, publications, relations publiques	6 000	3 000	3 000
625100- Voyages et déplacements	480	480	400
625600- Missions	600	600	400
625700- Réceptions	1 000	1 000	700
626000- Frais postaux et de télécommunication	3 500	3 500	2 917
TOTAL GROUPE 3	17 680	15 680	14 517
Masse salariale structure administrative			
A renseigner en détail			
- coordinateur administratif (brut. 3 000 €/mois)	50 322	50 322	41 935
- secrétariat (passer d'un mi-temps à un temps complet)	20 830	20 830	17 358
TOTAL GROUPE 4	71 152	71 152	59 294
63 - Impôts locaux	500	500	500
Médecine du travail	500	500	500
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A	107 669	105 669	89 710
II. FRAIS DIRECTS			
Sous-famille 1 : coordination			
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)			
Coordinateur médical	51 824	51 824	43 187
Orthophoniste	22 053	22 053	18 377
- 622610 - honoraires prestataires extérieurs coordination			
6226101 Comité de pilotage	3 600	1 600	1 200
6226102 Coordination (Médecins, Orthophonistes) 15% de la prise en charge	4 500	13 500	15 000
TOTAL SOUS FAMILLE 1	81 977	88 977	77 764
Sous-famille 2 : soins			
- 622620 - honoraires prestataires extérieurs soins			
Inclusions nouvelles			
6226201 Suivi médical du patient en 1ère année	3 500	10 500	11 666
6226201 Suivi médical du patient en 2ème année 50% N-1		1 750	4 375
6226202 Suivi orthophonique en 1ère année	1 950	5 850	6 500
6226202 Suivi orthophonique en 2ème année 50% N-1		975	2 438
6226203 Suivi psychologique en 1ère année	7 200	2 400	5 000
6226203 Suivi psychologique en 2ème année 50% N-1		3 600	1 000
6226204 Suivi psychomotricien en 1ère année	7 200	2 400	5 000
6226204 Suivi psychomotricien en 2ème année 50% N-1		3 600	1 000
TOTAL SOUS FAMILLE 2	19 900	31 075	36 979
Sous-famille 3 : formation			
- 622630 - honoraires prestataires extérieurs formation			
6226301 Formation des PS (Médecins)			
- Soirée outils repérage	4 500	3 600	2 700
- 4 Soirée pluridisciplinaire (niveau 2)		2 880	5 760
- Invitation au langage	6 300	6 300	6 300
6226302 Formation des PS (Orthophonistes)			
- Soirée outils repérage	2 600	2 080	1 560
- 4 Soirée pluridisciplinaire		1 664	3 328
- Invitation au langage	3 640	3 640	3 640
Honoraires formateurs			
- 625130- frais déplacement formations	1 800	1 800	1 500
- 623330- frais de congrès sur formations	300	300	300
- 623830- frais divers d'indemnisation formation (formation formateur)	2 000	2 000	1 667
TOTAL SOUS FAMILLE 3	24 690	29 944	34 565
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)	126 567	149 996	149 307
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)	234 236	255 665	239 017
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007	22180		
Montant total des Versements DRDR 2007	193 257		
Montant total des Versements FICCS	18 799		
Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007			
- mobiliers de bureau	2 800	2 800	
- ordinateurs et licences	7 000	7 000	
- câbles locaux et aménagement des locaux	68	68	
TOTAL	9 868	9 868	



Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 22 DÉCEMBRE 2006 DU RÉSEAU SOINS PALLIATIFS BÉARN & SOULE -
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 415***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau Soins Palliatifs Béarn & Soule - N°960 720 415 prise le 22 décembre 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau Soins Palliatifs Béarn & Soule (N°960 720 415) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 13 rue du Général De Gaulle - 64000 PAU

Représenté par : Nicolas HUNAUT - Président de l'Association Soins Palliatifs Béarn et Soule

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 415 en date du 22 décembre 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau Soins Palliatifs Béarn & Soule (N°960 720 415) bénéficie d'une autorisation de financement de 176 729 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007 ainsi que des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 15 000 euros (fonds dédiés FARSPA) au lieu de 96 520 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 81 520 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 176 729 euros qui s'impute à hauteur de :

- 119 743 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 2 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, l'autorisation de financement d'un montant global de 176 729 euros est accordée sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 3 de la présente Décision. Cette autorisation s'impute à hauteur de :

- 119 743 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 30 pour l'année 2007, de 60 pour l'année 2008.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « **Objet et conditions du financement** » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau Soins Palliatifs Béarn & Soule (N°960 720 415) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel	Montant maximum total prévisionnel 2007
Coordination	Participation à la coordination et au suivi des patients au domicile en lien avec l'équipe mobile	Forfait de prise en charge pour les différents Intervenants	Médecin traitant et IDE non coordonnateurs de la prise en charge à domicile, Kinésithérapeute et Pharmacien effecteur au domicile et participant aux réunions	Au Réseau	40 € par Professionnel de santé et par mois	38 patients en 2007 = 6 750 €	6 750 €
Réunion post-décès	Réunion de régulation « débriefing » des Intervenants du patient ; indemnisation pour la participation de 3 Professionnels de santé (PS) par réunion	Forfait	Médecin et Paramédicaux (3 PS)	Au Réseau	40 € par Professionnel soit 120 € par réunion (3 PS indemnisés par réunion)	25 en 2007 = 3 000 €	3 000 €
Coordination de la prise en charge à domicile	Organisation et supervision de la prise en charge du patient par le Coordinateur désigné	Forfait de coordination	Médecin traitant ou Infirmier du patient désigné comme Coordinateur	Au Réseau	80 € par patient et par mois	21 patients en 2007 = 3 375 € 60 patients en 2008 = 9 600 € 75 patients en 2009 = 12 000 €	3 375 €

Assistance téléphonique auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Conseils téléphoniques réalisés auprès des Intervenants de l'Equipe du domicile	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	40 € par patient	30 patients en 2007 = 1 200 € 60 patients en 2008 = 2 400 € 75 patients en 2009 = 3 000 €	1 200 €
---	---	---------	-------------------------------------	-----------	------------------	---	---------

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel	Montant maximum total prévisionnel 2007
Formation des Professionnels de santé (PS)	Réunions de formation des Professionnels de santé effecteurs soit lors de leur adhésion ou soit lors de formation à des situations particulières relevant des soins palliatifs Réunion de 3 heures, 1 par semestre Organisée par la coordination médico-administrative et les Référents territoriaux	Indemnisation	Médecin libéral	Au Réseau	135 € par réunion soit 270 € par an	25	2007 et 2008 = 6 750 € 2009 = 3 375 €
			Infirmier libéral		78 € par réunion soit 156 € par an	15	2007, 2008 = 2 340 € 2009 = 1 170 €
			Kinésithérapeute libéral		96 € par réunion, soit 192 € par an	5	2007, 2008 = 960 € 2009 = 480 €
Formation des Référents libéraux	Formation professionnelle des Référents (actualisation des connaissances et des pratiques) pour une durée de 3 heures et une périodicité d'une fois par an	Indemnisation	Médecin libéral	Au réseau	135 € par an et par Référent	6 Référents médecins	Coût annuel 2007 = 810 € Coût annuel 2008 = 810 €
			Infirmier libéral		78 € par an et par Référent	6 Référents infirmiers	Coût annuel 2007 = 468 €

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel	Montant maximum total prévisionnel 2007
Intervention à domicile du Référent territorial pour l'inclusion du patient	Participation du Référent territorial à la réunion d'inclusion du patient en présence de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par réunion d'inclusion	30 patients en 2007 60 patients en 2008	Pour 2007 = 2 280 € Pour 2008 = 4 560 €

Intervention à domicile du Référént territorial pour le suivi du patient	Intervention à domicile du Référént à la demande expresse de l'équipe du domicile et en présence d'au moins un membre de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge et du suivi du patient	Forfait	Référénts territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par intervention (avec 2 interventions en moyenne par patient)	30 patients en 2007 60 patients en 2008	Pour 2007 = 4 560 € Pour 2008 = 9 120 €
Soins exceptionnels	Soins particuliers de confort du malade dispensés par un Intervenant (ex ; ergothérapeute, massages de confort, ..) 2 interventions par patient	Indemnisation pour 1 Professionnel de santé pour un acte non référencé	Soignants	Au Réseau	50 € par intervention d'1 h soit 100 € par patient	30 patients en 2007 = 3 000 € 60 en 2008 = 6 000 € 75 en 2009 = 7 500 €	3 000 €

ARTICLE 7.3 - DÉROGATIONS AUX RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel	Montant maximum total prévisionnel 2007
Aide financière exceptionnelle	Prestation destinée à compenser les dépenses liées au non remboursement de certains médicaments et produits après épuisement de toutes les aides possibles, notamment les aides sociales habituelles (FASS) ou en complémentarité	Indemnisation de compensation Forfait par patient	Patient dont la situation économique ne permettrait pas le maintien à domicile	Au Réseau	100 € par mois	10 en 2007 20 en 2008 30 en 2009	2 000 € en 2007 4 000 € en 2008 6 000 € en 2009 Coût total : 12 600 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Les versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Janvier 2008	45 016 €
Avril 2008	69 550 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

					Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606110- Eau					300 €	300 €
606120- EDF et GAZ					700 €	700 €
606300- Entretien et petit équipement					1 500 €	1 500 €
606400- Fournitures administratives					3 000 €	3 000 €
606600- Carburants					1 100 €	1 100 €
TOTAL GROUPE 1					6 600 €	6 600 €
Services extérieurs						
611000- Sous-traitance générale (communication)					1 500 €	1 500 €
613000- Locations					10 000 €	10 000 €
615800- Maintenance					500 €	500 €
616000- Assurances					300 €	300 €
617000- participation stagiaire						
618000- Documentation, divers					1 000 €	1 000 €
TOTAL GROUPE 2					13 300 €	13 300 €
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable					3 598 €	3 598 €
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					2 392 €	2 392 €
622602- Honoraires de suivi social (bulletins de salaires)					1 477 €	1 507 €
623000- Publicité, publications, relations publiques					3 000 €	3 000 €
622800- Conférences					2 000 €	2 000 €
625100- Voyages et déplacements					6 630 €	6 630 €
625900- Missions					2 000 €	2 000 €
626000- Frais postaux et de télécommunication					2 000 €	2 000 €
TOTAL GROUPE 3					23 087 €	23 117 €
Fédération de Réseaux de prise en charge des Soins Palliatifs						
TOTAL GROUPE 4						
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires		
- Secrétariat	0,25	15 000 €	7 500 €		18 958 €	32 988 €
Coordinateur administratif	0,50				18 958 €	32 988 €
TOTAL GROUPE 4					18 958 €	32 988 €
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 5 = A					61 945 €	76 005 €
2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires		
Sous-famille 1 : coordination						
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)						
Médecin coordinateur	0,50				30 333 €	52 780 €
IDE	1,00				25 667 €	44 960 €
Psychologue	0,50				16 333 €	28 420 €
Assistante sociale	0,25				4 958 €	8 628 €
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination						
622611 Coordination					6 750 €	14 400 €
622612 Réunions post décès					3 000 €	6 000 €
622613 Coordination de la prise en charge (Coordinateur)					3 375 €	9 600 €
622614 Assistance téléphonique auprès des intervenants du domicile (référénts territoriaux de proximité)					1 200 €	2 400 €
TOTAL SOUS FAMILLE 1					91 616 €	167 188 €
Sous-famille 2 : soins						
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins						
622621 Intervention à domicile du référent pour l'inclusion					2 280 €	4 560 €
622621- Intervention à domicile du référent pour le suivi					4 560 €	9 120 €
622622 Soins exceptionnels					3 000 €	6 000 €
622623 Aide financière exceptionnelle					2 000 €	4 000 €
TOTAL SOUS FAMILLE 2					11 840 €	23 680 €
Sous-famille 3 : formation						
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation						
622631 Formation des PS (Médecins)					6 750 €	6 750 €
622632 Formation des PS (IDE)					2 340 €	2 340 €
622633 Formation des PS (kinésithérapeutes)					960 €	960 €
622634 Formation des Référents (Médecins)					810 €	810 €
622635 Formation des Référents (IDE)					468 €	468 €
TOTAL SOUS FAMILLE 3					11 328 €	11 328 €
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					114 784 €	202 196 €
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					176 729 €	278 201 €
Produits constatés d'avance à décaisser					81 520	24 534
INVESTISSEMENTS					-	-
Reprise sur investissement année ...					-	-
Montant total des Versements DRDR 2007					119 743	
Montant total des Versements FIQCS					0	253 667
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS						
Liste des matériels à financer 2007						
	coût estimé	DRDR 2006	cofinancement			
- Matériel de bureau (armoires, bureaux, chaises, salles de réunion)	6 000 €	6 000 €				
- Micro informatique (ordinateurs, imprimantes, matériels informatiques)	5 000 €	5 000 €				
Logiciel base de donnée	15 000 €	15 000 €				
TOTAL	26 000 €	26 000 €			- €	
Dotation aux Fonds dédiés (FARSPA)					15 000	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°3 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 1ER DÉCEMBRE 2005 DU RÉSEAU DIAPASON - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 290***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau DIAPASON - N°960 720 290 prise le 1er décembre 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 20 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau DIAPASON (N°960 720 290) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 13 rue Guynemer - 24000 PERIGUEUX

Représenté par : Fabien RAVAUD - Président de l'Association DIAPASON

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 290 en date du 1er décembre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau DIAPASON (N°960 720 290) bénéficie d'une autorisation de financement de 191 403 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur ainsi que des éléments comptables s'y référant en date du 28 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 87 979 euros au lieu de 166 346 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 79 067 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 191 403 euros qui s'impute à hauteur de :

- 105 619 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 6 717 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour l'exercice 2007, l'autorisation de financement d'un montant de 191 403 euros s'impute à hauteur de :

- 105 619 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 6 717 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 400 pour 2007.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs se rapprochent de Télésanté Aquitaine pour la création d'un site Internet.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau DIAPASON (N°960 720 290) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Participation aux groupes de travail du réseau	<p>Des groupes de travail seront formés pour les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - définition et contenu du suivi personnalisé proposé aux patients en difficulté (env. 3 séances) - adaptation du DMP à l'évaluation du réseau et validation de la fiche proposée pour le forfait de bilan annuel (1 séance) - perspectives du système d'information et modalités d'accès des patients à leur dossier médical (3 séances) - actualisation des 4 protocoles du Réseau (1 à 2 séances par protocole). <p>Chaque groupe de travail devra produire un référentiel médical et organisationnel comprenant des propositions et des conclusions sur le sujet traité. Durée : 2h30/réunion 5 réunions/an</p>	Forfait/réunion	Professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, kinés)	Au Réseau	50 € par séance	4 personnes par réunion 5 réunions par an	1 000 €

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total maximum prévisionnel 2007
Education et soins podologiques	1 bilan + 5 séances de soins prise en charge individuelle uniquement pour les patients de grade II et III de lésions des pieds conformément au protocole national arrêté par les services de l'Assurance Maladie et les services ministériels DGS/DSS/DHOS	Forfait/malade	Podologue	Au Réseau	137,50 € par patient et par an	Patients de grade podologique 2 et 3 16 % des patients (58 patients)	8 000 €
Forfait bilan annuel	1 bilan annuel élaboré par le médecin traitant avec retour de la fiche bilan au Réseau	Forfait/malade	Médecin généraliste	Au Réseau	60 €/patient	Estimation d'un retour de 260 fiches retournées	15 600 €
Séances d'éducation diététique individuelles	Séances d'éducation diététiques individuelles : 2/an si IMC<28, 3/an si IMC entre 28 et 30. 1 séance bilan au départ puis séances de suivi	Forfait/malade	Diététicienne	Au Réseau	Bilan: 35 € Suivi: 25 €	40 % des patients	13 600 €
Séance d'éducation diététique individuelle suite à passage à l'insuline	1 séance de diététique au moment du passage à l'insuline pour éviter les reprises de poids	Forfait/malade	Diététicienne	Au Réseau	35 €	12 patients	420 €
Education thérapeutique Séances collectives	Pour les patients ayant eu des séances individuelles Menus, activité physique, entretien des pieds 13 patients/séance Durée : 2 h	Forfait/séance	Diététicien/ Podologue	Au Réseau	60 € la séance	15 professionnels concernés	900 €
Education à l'insulinothérapie	Apprentissage injection d'insuline, autosurveillance Diabétiques < 75 ans (prise en charge au-delà) 1 à 4 séances/malade	Forfait/malade	IDE	Au Réseau	15 € la séance (2 séances en moyenne)	40 patients	1 200 €
Education globale	Suivi éducatif personnalisé des patients en difficulté	Forfait/malade	IDE	Au Réseau	15 € la séance (1 séance /an par patient)	40 patients et familles /an	600 €

Education à l'activité physique	3 séances par an et par patient Durée = 2 h	Forfait/séance	Kinésithérapeute	Au Réseau	50 € par séance de 2 h (3 séances par an et par patient)	2 patients	300 €
Groupe de parole pour patients en situation de précarité	4 réunions collectives par an Durée = 1 h	Forfait/réunion	Psychologue	Au Réseau	48 €	6 réunions par an	300 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 6 717 €
Janvier 2008	48 000 €
Avril 2008	48 000 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

NOM du RESEAU : DIAPASON
 BUDGET ALLOCÉ ANNEE 2007

I. FRAIS INDIRECTS		MONTANT accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008 (9 mois)			
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606110- Eau		250	188			
606120- EDF et GAZ		1 500	1 125			
606300- Entretien et petit équipement		1 000	750			
606400- Fournitures administratives		3 000	2 250			
606600- Carburants		260	195			
606800- Autres fournitures		0	0			
TOTAL GROUPE 1		6 010	4 508			
Services extérieurs						
611000- Sous-traitance générale						
612200- Crédit-bail immobilier						
612500- Crédit-bail mobilier						
613000- Locations		8 920	6 690			
613010- Charges locatives		0	0			
613001- Locations de salle		0	0			
615200- Entretien sur biens immobiliers		1 315	986			
615500- Entretien sur biens mobiliers			0			
615600- Maintenance		1 920	1 440			
618000- Assurances		800	450			
618000- Documentation, divers		450	338			
TOTAL GROUPE 2		13 205	9 904			
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable		5 000	3 750			
622601- Honoraires Commissaire aux comptes		2 000	1 500			
623600- Catalogues et imprimés		2 200	1 650			
624000- Transport de biens et collectif du personnel			0			
624810- Déplacements professionnels de santé		600	450			
625100- Voyages et déplacements		600	450			
625600- Missions		100	75			
625700- Réceptions		2 000	1 500			
626000- Frais postaux et de télécommunication		4 000	3 000			
627000- Services bancaires		400	300			
TOTAL GROUPE 3		16 900	12 675			
Masse salariale structure administrative						
A renseigner en détail		nombre ETP	salaires bruts	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL
- coordinateur administratif		0,5			25 000	18 750
- secrétaire		0,5			18 429	13 822
- medecin coordonnateur		0,5			49 710	37 283
- comptabilité		0,5			18 429	13 822
TOTAL GROUPE 4					111 568	83 676
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A					147 683	110 762

II. FRAIS DIRECTS		nombre ETP	salaires bruts	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL
Sous-famille 1 : coordination						
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)						
à renseigner (une ligne par salarié)						
- 622610. honoraires prestataires extérieurs coordination						
Participation aux groupes de travail du réseau						
Participation aux instances techniques du réseau						
TOTAL SOUS FAMILLE 1						
Sous-famille 2 : soins						
622611 - 1 - Education à l'insulinothérapie (IDE)						
622611 - 2 - Education globale (IDE)						
622612 - 1 - Educations et soins podologiques						
622613 - Séances individuelles d'éducation diététique (diététicienne)						
622613 - Séances individuelles d'éducation diététique suite au passage à l'oral						
622612/622613 - Education thérapeutique (séances collectives)						
622614 - Forfait bilan annuel (medecins)						
622615 - Groupe de parole (psychologue)						
622616 - Education à l'activité physique (kinésithérapeute)						
622620- honoraires prestataires extérieurs soins						
à détailler ligne par ligne pour chaque prestation dérogatoire et remplir la fiche de prestation dérogatoire afférente de façon détaillée						
TOTAL SOUS FAMILLE 2						
Sous-famille 3 : formation						
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation						
- 625130- frais déplacement formations						
- 622330- frais de congrès sur formations						
- 622830- frais divers d'indemnisation formation						
TOTAL SOUS FAMILLE 3						
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					43 720	32 790
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)			(1)	(2)	(3)	191 403
Produits constatés d'avance 2006 à décaisser sur 2007						78 367
REPRISE SUR INVESTISSEMENT						700
Montant total des versements DRDR 2007						105 619
Montant total des versements FIOCS						6 717

BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

Liste des matériels à financer 2007	Coût estimé	DRDR Dotation 2006	investissement à reporter sur 2008
FAX	800	800	
MOBILIER	670	670	
TOTAL	1270	1270	2 298



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°3 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 1ER JUIN 2006 DU RÉSEAU HLA 33 - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 340***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau HLA 33 - N°960 720 340 prise le 1er juin 2006 et les Décisions Conjoints modificatives d'autorisation de financement en date des 5 février 2007 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau HLA 33 (N°960 720 340) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis :

Immeuble Le France

Entrée B

9 rue Montgolfier - 33700 MERIGNAC

Représenté par : Xavier ETCHECOPAR - Président de l'Association HLA 33

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 340 en date du 1er juin 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau HLA 33 (N°960 720 340) bénéficie d'une autorisation de financement de 370 506 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 3 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 29 mars 2007 ainsi que des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 161 268 euros au lieu de 204 206 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 42 938 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007 ainsi que le trop perçu de l'année 2005 soit 9 986 euros.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 370 506 euros qui s'impute à hauteur de :

- 259 772 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 57 810 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 370 506 euros se répartissant ainsi :

- 259 772 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 57 810 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 250 pour l'année 2007, de 350 pour l'année 2008.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs transmettent un état de suivi des investissements effectués au titre de l'Exercice 2006.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau HLA 33 (N°960 720 340) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Bilan, éducation prévention	Actions spécialisées dans le champ du handicap lourd à domicile, actions à visée réadaptative (prestation éducation prévention, transfert de compétence entre professionnels usagers et aidant, évaluation) ; prise en charge d'escarres complexes, apprentissage d'auto sondage urinaire, suivi de problèmes ergothérapeutiques...	Forfait	Professionnels de santé libéraux (IDE, médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, ...)	Au Réseau	50 € par professionnel et par séance, à raison de 3 séances d'une heure par an	50	6 400 €
Bilan et plans de soins en médecine physique et de réadaptation de synthèse et de coordination	Evaluation qualitative et quantitative des déficiences motrices et cognitives, des incapacités et des facteurs contextuels se rapportant au diagnostic médical d'un patient en situation réelle ou potentielle de handicap et établissement des données qualitatives et quantitative d'un plan de soins – 1 à 2 séances par an en fonction de l'évolution de la pathologie	Forfait	Médecins libéraux	Au Réseau	94,08 € par séance	74	7 000 euros pour 2007

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 57 810 €
Janvier 2008	96 000 euros
Avril 2008	96 000 euros

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

RESEAU HLA 33			
BUDGET DECISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°3			
	Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008	Montant prévisionnel 2009 (du 1/01/2009 au 31/05/2009)
1. FRAIS INDIRECTS			
Frais de fonctionnement			
606120- EDF et GAZ (1)	4 512	4 650	2 000
606300- Entretien et petit équipement (2)	1 200	1 240	550
606400- Fournitures administratives (3)	4 629	4 700	2 020
606600- Carburants			
606800- Autres fournitures			
TOTAL GROUPE 1	10 241	10 590	4 570
Services extérieurs			
611000- Sous-traitance générale (2)	4 600	4 750	2 050
612500- Crédit-bail mobilier (2)	720	750	330
613000- Locations (4)	18 000	19 000	8 170
614000- Charges locatives (2)	650	680	300
615200- Entretien sur biens immobiliers			
615600- Entretien sur biens mobiliers (2)	3 800	3 950	1 700
615600- Maintenance (2,3)	2 200	2 300	2 400
616000- Assurances (2,3)	1 400	1 450	1 500
618000- Documentation, divers (2)	800	900	390
TOTAL GROUPE 2	32 170	33 780	16 640
Autres services extérieurs			
626001- Honoraires expert comptable (2)	4 000	4 150	1 800
626001- Honoraires Commissaire aux comptes (3)	3 000	3 100	3 200
625100- Voyages et déplacements (6)	22 000	22 000	9 500
626000- Frais postaux et de télécommunication (7)	11 000	12 000	5 200
TOTAL GROUPE 3	40 000	41 250	19 700
Masse salariale structure administrative			
Coordinateur administratif (mi temps)	22 127	27 788	11 500
Secrétaire (temps plein + remp. congés à compter de 2007)	29 750	29 847	12 270
TOTAL GROUPE 4	51 877	57 635	23 770
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A	134 288	143 255	64 880
2. FRAIS DIRECTS			
Sous-famille 1 : coordination			
622610- honoraires prestataires extérieurs coordination			
622 610-2 Indemnisation des professionnels de santé libéraux pour leur participation aux réunions de synthèse	8 000	8 000	3 400
622610-1 indemnités comité pilotage	0	0	0
TOTAL SOUS FAMILLE 1	8 000	8 000	3 400
Sous-famille 2 : soins			
<i>Masse salariale au 1^{er} juin 06 (à détailler sur tableau nominatif)</i>			
Médecin coordinateur	88 597	88 780	36 104
Ergothérapeute	33 028	34 158	13 110
Ergothérapeute	14 401	15 240	6 500
Psychologue (poste à 4/5 de temps)	40 447	42 212	16 685
Aide médicopsy (poste supprimé)			
Assistante sociale	31 145	31 757	14 149
622620- honoraires prestataires extérieurs soins			
622620-1 Indemnités pour la prestation "Bilan, éducation, prévention"	6 400	6 400	2 700
622620-2 Indemnités pour la prestation "Bilan et plan de soins en médecine physique et de réadaptation de synthèse et de coordination" (8)	7 000	7 000	3 200
TOTAL SOUS FAMILLE 2	221 018	225 547	92 448
Sous-famille 3 : formation			
- 623330- honoraires prestataires extérieurs formation (2)	3 200	3 200	1 400
- 623330- coûts pédagogiques	4 000	4 000	1 700
TOTAL SOUS FAMILLE 3	7 200	7 200	3 100
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)	236 218	240 747	99 948
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)	370 506	384 002	163 828
Produits constatés d'avance 2005 à décaisser en 2007	9 986		
Produits constatés d'avance 2006 à décaisser en 2007	42 938		
Montant total des Versements DRDR 2007	259 772		
Montant total des Versements FIOCS	57 810		
Liste des matériels à financer ANNEE 2007	coût estimé	DRDR 2006	
	4 500	4 500	
TOTAL	4 500	4 500	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°3 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 JUIN 2005 DU PROGRAMME TÉLÉSANTÉ AQUITAINE - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 217***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Programme Télésanté Aquitaine - N°960 720 217 prise le 20 juin 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 18 décembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Programme Télésanté Aquitaine (N°960 720 217) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 180 rue Guillaume Leblanc - 33000 BORDEAUX

Représenté par : Cédric PAASCHE - GIE Télésanté Aquitaine

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 217 en date du 20 juin 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Programme Télésanté Aquitaine (N°960 720 217) bénéficie d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007 et des éléments comptables s'y référant en date du 30 mars et 11 octobre 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 515 180 euros au lieu de 663 963 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 148 783 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Par ailleurs, il est procédé à la reprise de la subvention d'investissement 2005 à hauteur de 7 478 euros, qui sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 763 105 euros qui s'impute à hauteur de :

- 556 319 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 50 525 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 763 105 euros qui s'impute à hauteur de :

- 556 319 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 50 525 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

selon le Budget figurant en Annexe 1.

ARTICLE 3

L'article 8 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 4

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 14 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 13 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 50 525 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

BUDGET

1. FRAIS INDIRECTS					Montant accordé au titre de la Dotations 2007
Frais de fonctionnement					
Achats non stockés de matières et fournitures					
602250 - Fournitures de bureau					1 000
604000 - Etudes et prestations communication					20 500
606100 - EDF					3 200
606300 - Entretien et petit équipement					450
606350 - Petit équipement informatique					350
606400 - Fournitures administratives					500
606800 - Autres fournitures					400
TOTAL GROUPE 1					26 400
Services extérieurs					
613500 - Location mobilière					3 200
613000 - Location					15 000
615600 - Maintenance					450
616000 - Assurances					900
618500 - Frais accueil et réception réunions au GIE TSA					1 000
TOTAL GROUPE 2					20 550
Autres services extérieurs					
622000 - Honoraires Juridiques					4 000
62260 - Honoraires Comm. aux comptes et Expert Compta					7 000
622800 - Administration, hébergement plateforme					21 000
622850 - Outils et prest. Spécif. Admin. Plateforme					3 000
622810 - Evaluation du programme					0
623000 - Publicité					500
625000 - Voyages et déplacements					3 300
625700 - Réceptions					125
626000 - Frais postaux et de télécommunication					2 500
625750 - Frais réunions PS					
626100 - Frais internet					1 750
Formation de personnel					8 132
TOTAL GROUPE 3					51 307
Masse salariale structure administrative					
A renseigner en détail					
- Direction Noëlle Saint-Upéry	0,62	35199,1	18359,61		53 558
- secrétariat/Comptabilité Elisabeth Gastien	0,6	13278	4647		17 925
TOTAL GROUPE 4					71 483
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					169 740
2. FRAIS DIRECTS					
Sous-famille 1 : coordination					
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)					
Régis ROSE Directeur Technique	0,8	40868	16583		57 451
Thierry RINALDO Ingénieur Informaticien	0,83	36159	14740		50 899
Soazic Lefrant Documentaliste Webmaster	0,9	27240	10746		37 986
Laurent LABREZE Coordonnateur médical	0,5	26982	10938		37 920
Christophe MAURY	1	23509	9274		32 783
indemnités de stage			1508		1 508
Taxe Médecine du travail					383
Taxe participation formation professionnelle continue					1 100
Lydie PREUILH Chèque CETPE entretien locaux 6heures/mois		1012	338		1 350
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					221 380
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+)					391 120
Investissement					158 000
TOTAL AVEC INVESTISSEMENTS					549 120



RESURA

Frais de fonctionnement					
622800 - Divers (frais pédagogiques)					7 400
615600 - Maintenance logiciels et cartographie					46 817
622601 - Honoraires Comm. aux comptes et Exp. comptable					4 000
622800 - Administration ,hébergement plateforme					8 500
623000 - Publicité, publications, relations publiques (communication)					20 529
TOTAL GROUPE 1					87 246

Masse salariale					
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	
Expert médical (gestion de projet)	0,4	35300	18200		52 000
Ingénieur	1	38850	15950		54 091
Secrétariat mis à disposition par TSA	0,2	4426	1549		5 975
Directeur Technique mis à disposition par TSA	0,2	10217	4146		14 363
Taxe Médecine du travail			80		100
Taxe participation formation professionnelle continue					210
TOTAL GROUPE 2					126 739

TOTAL RESURA FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 ET 2 **213 985**

TOTAL AUTORISATION DE FINANCEMENT **763 105**

Produits constatés d'avance à décaisser en 2007 **-148 783**

Reprise sur investissement année 2005 **-7 478**

Montant total des Versements DRDR 2007 **556 319**

Montant total des Versements FIQCS **50 525**

BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	DRDR	FIQCS	
		Dotation 2006	Dotation 2007	
- Invest. D2R2 et Evol Services TSA	155 000		155 000	
- Invest. Matériel informatique	1 500		1 500	
- Invest. Mobilier	1 500		1 500	
AMO dossier Réseaux et DMP				
- Plateforme TSA	86 845	72 237		
TOTAL	244 845	72 237	158 000	

Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007

Frais Directs et Indirects	Année 2005	Année 2006
622800- Administration, hébergement plateforme		12 303
623000- Publicité, publications, relations publiques		2 000
<i>Etude juridique</i>		7 500
604000 - Etudes et prestations communication		2 046
Total	-	23 849



Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°3 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 1ER DÉCEMBRE 2005 DU RÉSEAU VIH 24 - NUMÉRO D'IDENTIFICATION
: N°960 720 316***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau VIH 24 - N°960 720 316 prise le 1er décembre 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 20 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau VIH 24 (N°960 720 316) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Centre Hospitalier Site Victoria - 14 rue Victoria - 24019 PERIGUEUX CEDEX

Représenté par : Brigitte RISSER - Présidente du Réseau Ville Hôpital VIH Dordogne

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 316 en date du 1er décembre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, le Réseau VIH 24 (N°960 720 316) bénéficie d'une autorisation de financement de 115 770 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 27 mars 2006 ainsi que des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 119 949 euros au lieu de 129 850 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 9 901 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 115 770 euros qui s'impute à hauteur de :

- 99 290 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 6 579 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, l'autorisation de financement d'un montant de 115 770 euros s'impute à hauteur de :

- 99 290 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 6 579 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs transmettent un état récapitulatif du détail de la masse salariale.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 6 579 €
Janvier 2008	32 931 euros
Avril 2008	32 931 euros

en 4 exemplaires originaux

Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,

Gilles GRENIER

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,

Alain GARCIA

ANNEXE :

BUDGET

1. FRAIS INDIRECTS				Montant accordé au titre de la Dotations 2007	Montant prévisionnel 2008 (du 1/01/08 au 30/11/08)
Frais de fonctionnement					
Achats non stockés de matières et fournitures					
606110- Eau				100	92
608120- EDF et GAZ				1700	1100
606300- Entretien et petit équipement				500	275
606400- Fournitures administratives				1500	1375
606600- Carburants					
606800- Autres fournitures				750	688
TOTAL GROUPE 1				4550	3530
Services extérieurs					
611000- Sous-traitance générale					
612200- Crédit-bail immobilier					
612500- Crédit-bail mobilier					
613000- Locations				6000	5500
614000- Charges locales					
615200- Entretien sur biens immobiliers					
615500- Entretien sur biens mobiliers					
615600- Maintenance					
616000- Assurances				400	370
618000- Documentation, divers				350	325
TOTAL GROUPE 2				6750	6195
Autres services extérieurs					
622600- Honoraires expert comptable				2000	1840
622601- Honoraires Commissaire aux comptes				2000	1840
622800- Divers				3200	2933
623000- Publicité, publications, relations publiques				4000	3789
624000- Transport de biens et collectif du personnel					
625100- Voyages et déplacements				7000	6420
625600- Missions				500	500
625700- Réceptions					
626000- Frais postaux et de télécommunication				3700	3392
TOTAL GROUPE 3				22400	20694
Masse salariale structure administrative					
A renseigner en détail					
- coordinateur administratif	0,50 / 1	17000	7000	24000	36480
- secrétaire	0,5	11522	2618	14140	13110
- direction financière					
- comptabilité					
TOTAL GROUPE 4				38140	49590
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A				71840	60009
2. FRAIS DIRECTS					
Sous-famille 1 : coordination					
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif) à renseigner (une ligne par salarié)					
IDE COORDINATRICE prise en charge des patients	1	31000	13000	43430	40240
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination à détailler ligne par ligne pour chaque prestation dérogatoire et remplir la fiche afférente de façon détaillée					
TOTAL SOUS FAMILLE 1				43430	40240
Sous-famille 2 : soins					
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif) à renseigner (une ligne par salarié)					
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins à détailler ligne par ligne pour chaque prestation dérogatoire et remplir la fiche de prestation dérogatoire afférente de façon détaillée					
TOTAL SOUS FAMILLE 2				0	0
Sous-famille 3 : formation					
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation					
- 625130- frais déplacement formations					
- 623330- frais de congrès sur formations					
- 622630- frais divers d'indemnisation formation					
TOTAL SOUS FAMILLE 3				500	500
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)				43 930	40 740
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)	(1)	(2)	(3)	115 770	120 749
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007				9 901	
Montant total des Versements DRDR 2007				99 290	
Montant total des Versements FIOCS				6 579	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°4 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 10 OCTOBRE 2005 DU RÉSEAU AIME 47 - NUMÉRO D'IDENTIFICATION
: N°960 720 258***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau AIME 47 - N°960 720 258 prise le 10 octobre 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 20 octobre 2006, 19 décembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau AIME 47 (N°960 720 258) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 41 rue Palissy - 47000 AGEN

Représenté par : Marie-Claire BURIAS - Présidente de l'Association Paul Dieuzeide

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 258 en date du 10 octobre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau AIME 47 (N°960 720 258) bénéficie à titre conservatoire d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis et des éléments comptables s'y référant par le Promoteur en date du 15 mai 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 144 767 euros au lieu de 156 694 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 11 927 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé à titre conservatoire au titre de l'Exercice 2007 est de 168 821 euros qui s'impute à hauteur de :

- 155 867 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 1 027 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 168 821 euros se répartissant ainsi :

- 155 867 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 1 027 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau AIME 47 (N°960 720 258) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

Article 7.1 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant prévisionnel 2007
Participation des psychiatres et des psychologues aux réunions pôle Ressources	Réflexion sur la pratique et sur la mise en commun des techniques employées indemnisation	Forfait	Les psychiatres et psychologues	Au Réseau	80 € par réunion de 2 h	18	1 500 €

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant prévisionnel 2007
Participation des PS médicaux et paramédicaux libéraux aux réunions de synthèse (études de cas) avec la participation le Professionnel du Pole ressource concerné	indemnisation	Forfait pour 1 heure par cas	Pédiatres, obstétriciens, sages-femmes, libéraux	Au Réseau	Pédiatres : 75 € /h Spécialistes : 90 € de l'heure Sage-femme et paramédicaux : 60 € /h Psychiatre PR : 38,84 € /h Psychologue PR : 21,17 € /h Calcul sur un coût moyen par réunion de 172,5 € par réunion (1)	Non précisé	1 000 €

Article 7.2 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant prévisionnel 2007
Intervention polyvalente du psychiatre ou du psychologue lors de sa semaine de permanence	Prise en charge et suivi d'un patient après signalement par un PS auprès du Réseau indemnisation	Forfait horaire 7 h pour ce suivi (moyenne)	Psychiatre et psychologues du Pole Ressources	Au Réseau	40 € par heure avec une moyenne de 7 h par cas	18 patients	5 000 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Évaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 sera rendu exécutoire par Décision conjointe modificative à la présente Décision en application des dispositions prévues à l'article 7.

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Decision conjointe modificative n° 4						
RESEAU : AIME 47 N° 960 720 258						
					Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/01/07 au ...)	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 30/09/08)
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606400- Fournitures administratives					1 385	1 024
606800- Autres fournitures					500	375
TOTAL GROUPE 1					1 885	1 399
Services extérieurs						
615500- Entretien sur biens mobiliers					300	225
615600- Maintenance					300	225
616000- Assurances					300	225
618500- frais de colloques, séminaire, conférence					800	600
618000- Documentation, divers					400	300
TOTAL GROUPE 2					2 100	1 575
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable					2 392	2 392
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					3 000	3 000
623000- Publicité, publications, relations publiques					500	300
625100- Voyages et déplacements					3 300	2 250
625700- Réceptions					650	400
626000- Frais postaux et de télécommunication					3 125	2 344
TOTAL GROUPE 3					12 967	10 686
Masse salariale structure administrative	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	TOTAL
- secrétariat	0,5	16812	6786	1272	24 870	18 653
- coordonnateur administratif 2/3 temps à partir d'octobre puis 1/2 ETP en 2008	0,5	22101	9305	1991	33 397	23 029
- ménage	1h/semaine	400	165	18	583	477
TOTAL GROUPE 4					58 850	42 158
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A					75 782	55 818
2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	Salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	TOTAL
Sous-famille 1 : coordination						
- médecin coordonnateur généraliste de mai à décembre(2007)	0,5	23404,2	9855	2337	35 597	35 643
- médecin coordonnateur psychiatre de janvier à avril(2007)	0,25	6406	2643	533	9 582	
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination : - 622611: participation reunions pole ressources (psychiatres et psychologues) (2x2h/mois'40€ /heure)					1 500	4 320
- 622612: participation reunions synthèses (40€ /heure)					1 000	1 000
- 622614: Participation reunions coordination generale(2x2h/mois'40€ /heure)					1 700	4 320
TOTAL SOUS FAMILLE 1					49 379	45 283
Sous-famille 2 : soins						
- Psychologues salariés	2x1/5etp+7h /mois	20359	8561	1040	29 960	18 651
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins - 622621: interventions psychiatres prise en charge des patients					0	0
- 622622: interventions des psychologues libéraux prise en charge des patients(40€ /cs)					5 000	12 000
TOTAL SOUS FAMILLE 2					34 960	30 651
Sous-famille 3 : formation						
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation					700	700
- 625130- frais déplacement formations					2 500	1 500
- 623330- frais de congrès sur formations					4 000	1 500
- 622830- frais divers d'indemnisation formation					1 500	1 000
TOTAL SOUS FAMILLE 3					8 700	4 700
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					93 039	80 634
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)		(1)	(2)	(3)	168 821	136 452
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					- 11 928	
Montant total des Versements DRDR 2007					155 867	
Montant total des Versements FIGCS					1 026	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°4 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE ALIÉNOR -
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 191***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau gérontologique Aliénor - N°960 720 191 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 13 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau gérontologique Aliénor (N°960 720 191) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Cours l'Abbé Lanusse - 47400 TONNEINS

Représenté par : Patrice GAILLERES - Président de l'Association Les 6 Cantons d'Aliénor

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 191 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1.2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau gérontologique Aliénor (N°960 720 191) bénéficie d'une autorisation de financement de 292 784 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard de nouveaux éléments comptables relatifs à l'Exercice 2005 transmis par le Promoteur en date du 23 mai 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2005 est ramené à hauteur de 159 756 euros au lieu de 151 648 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2005 concernant les dépenses de fonctionnement est ramené à hauteur de 16 072 € au lieu de 24 180 € .

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 28 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 189 887 euros au lieu de 277 106 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 35 247 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Ainsi le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 292 784 euros qui s'impute à hauteur de :

- 208 633 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 48 904 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.**

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 292 784 euros se répartissant ainsi :

- 208 633 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 48 904 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau gérontologique Aliénor (N°960 720 191) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

Article 6.1 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé
Réunion de coordination pluridisciplinaire et plan d'intervention	La réunion de coordination pluridisciplinaire est réalisée au domicile de la personne âgée. Elle fait suite à l'évaluation fonctionnelle gérontologique (bilan gériatrique). Elle est le lieu de synthèse des données médicales fonctionnelles et sociale et débouche sur la rédaction d'un plan d'intervention définissant les interventions nécessaires tant au niveau médical, paramédical qu'au niveau social.	Coordination	Cette dérogation est accordée pour le médecin généraliste traitant	Au Réseau	60 euros
		Coordination	Cette dérogation est accordée pour l'infirmier	Au Réseau	22 euros
		Coordination	Cette dérogation est accordée pour les Masseur Kinésithérapeutes	Au Réseau	22 euros
		Coordination	Cette dérogation est accordée pour les aides à domicile	Au Réseau	15,42 euros
		Coordination	Cette dérogation est accordée pour les dentistes sous réserve de la réalisation antérieure par le dentiste d'un bilan bucco-dentaire	Au Réseau	40 euros

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé
Bilan de réévaluation	Ce bilan est réalisé au domicile de la personne âgée annuellement ou à la demande du médecin traitant, de la famille ou en cas de besoins. Il permet d'adapter le plan d'intervention en tenant compte de l'évolution des données médicales/sociales.	Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour le médecin généraliste traitant	Au Réseau	40 euros
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour l'infirmier	Au Réseau	22 euros
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour les Masseurs Kinésithérapeutes	Au Réseau	22 euros
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour les aides à domicile	Au Réseau	15,42 euros
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour les dentistes sous réserve de la réalisation antérieure par le dentiste d'un bilan bucco-dentaire	Au Réseau	20 euros

Article 6.2 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé
Soins de pédicurie et de podologie	Le patient bénéficie d'une prise charge des prestations de soins de pédicurie et de podologie, habituellement non prises en charge par l'Assurance Maladie dès lors qu'elles font l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention. Cette prise en charge est limitée à 5 séance par patient, la durée d'une séance est estimée à 45 minutes.	Soins (de pédicurie et de podologie)	Cette dérogation est accordée pour les pédicures / podologues	Au Réseau	23 euros
Adaptation des matériels et de l'habitat aux incapacités du patient	Le patient bénéficie d'une prestation d'ergothérapie en vue de l'adaptation des matériels et de l'habitat aux incapacités du patient. Cette prestation doit faire l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention.	Soins (ergothérapie)	Cette dérogation est accordée pour les ergothérapeutes libéraux (si une mise à disposition ou un salariat n'a pu être envisagé)	Au Réseau	22 euros la séance au domicile du patient dans un plafond de 102 euros par patient

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé
Bilan et suivi psychologique	Le patient bénéficie à son inclusion d'un bilan psychologique, puis d'un soutien psychologique réalisé par un psychologue libéral à son domicile. Cette prestation doit faire l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention. Un suivi et un ajustement doivent être effectués.	Soins	Cette dérogation est accordée pour les psychologues libéraux (si une mise à disposition ou un salariat n'a pu être envisagé)	Au Réseau	22 euros la séance au domicile du patient dans un plafond de 137,19 euros par patient
Bilan et suivi nutritionnel	Le patient bénéficie à son inclusion d'un bilan nutritionnel réalisé par une diététicienne à son domicile, permettant d'évaluer les comportements alimentaires du patient âgé. Cette prestation doit faire l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention. un suivi et un ajustement doivent être effectués	Soins (évaluation des comportements nutritionnels)	Cette dérogation est accordée pour les diététiciens libéraux (si une mise à disposition ou un salariat n'a pu être envisagé)	Au Réseau	22 euros la séance au domicile du patient dans un plafond forfaitaire de 102 euros.

Article 6.3 - Dérogations aux règles de prise en charge des patients

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé
Prestations extra légales : fourniture matériel et petit appareillage	Le patient bénéficie d'une prise charge de fourniture matériel et petit appareillage, habituellement non pris en charge par l'Assurance Maladie dès lors qu'elles font l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention et d'une facture du pharmacien ou du fournisseur. Cette prise en charge est limitée à la liste des matériels annexée à la présente Décision. Les soins de pédicurie et de podologie sont exclus du champ de cette prestation.	Dérogations aux patients	Patient	Au Réseau	91,47 euros par patient. Ce montant constitue un montant plafond.

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé
ETM (exonération du ticket rémunérateur)	Le patient bénéficie d'une prise en charge à 100% des frais remboursables de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et d'examens de laboratoire et des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, à hauteurs des tarifs de responsabilités et hors ALD. Cette prestation est réservée aux patients ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire intégrale .	Dérogation aux patients	Patient	Au Réseau	40 euros
Transport	Le patient bénéficie, sur prescriptions médicales établies et dûment motivée par le médecin traitant, d'une prise charge des frais de transport lié au bilan gériatrique initial réalisé au cours d'une hospitalisation. Sont couverts les frais de transports aller retour domicile/hôpital. Cette prestation est estimée sur la base d'une moyenne de 40 km aller/retour en VSL. Le forfait de prise en charge attribué est équivalent à 10.75 euros+ (30 km *0.78 euros)	Transport (pour le bilan gériatrique)	Transporteur agréé	Au Réseau	34,15 euros Ce montant constitue un montant plafond.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 13 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 48 904 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,

Gilles GRENIER

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 4						
RESEAU : Réseau Gérontologique Aliénor N° 960 720 191						
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01.01.07 au
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606300- Fourm entretien et petit équipement						430
606400- Fournitures administratives						3 443
606600- Carburants						1 230
TOTAL GROUPE 1						5 103
Services extérieurs						
613000- Locations						4 400
615200- Entretien sur biens immobiliers						916
615500- Entretien sur biens mobiliers						642
615600- Maintenance						500
616100- Assurances						1 340
618000- Documentation, divers						481
TOTAL GROUPE 2						8 279
Autres services extérieurs						
622620- Mission expert comptable						4 308
622610- Honoraires Commissaire aux comptes						3 800
625100- Voyages et déplacements						2 610
625600- Missions						500
626000- Frais postaux et de télécommunication						4 220
627800- Autres frais CCP						480
TOTAL GROUPE 3						15 918
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	saiaire brut	charges sociale patronales	taxes s/salaires et formation professionnelle et médecine préventive	TOTAL ANNUEL EQUIVALENT TEMPS PLEIN	TOTAL
- secrétariat	1	26 161	14 004	1 716		41 880
ANNUEL ETP		26 539	15 277	1 872	45 688	
- secrétaire comptable	0,50	10 175	5 015	474		18 928
ANNUEL ETP		22 200	10 943	1 034	34 177	
TOTAL GROUPE 4						60 809
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						90 109
2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	saiaire brut	charges sociale patronales	taxes s/salaires		TOTAL
Sous-famille 1 : coordination						
- masse salariale						
IDE 70 %	0,70	19 680	10 631	1 288		31 599
ANNUEL ETP		30 670	16 567	2 008	49 245	
IDE 80 %	0,80	22 852	12 149	1 472		36 474
ANNUEL ETP		31 162	16 567	2 008	49 737	
ASSIST, SOCIALE 50%	0,50	13 711	6 877	755		21 343
ANNUEL ETP		29 914	15 005	1 648	46 567	
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination						
Médecins généralistes (cf tableau dérogatoire)						8 855
Infirmiers libéraux						2 057
Kinésithérapeutes						1 049
Dentistes						1 100
Aide-ménagères						1 979
TOTAL SOUS FAMILLE 1						104 456
Sous-famille 2 : soins						
622640- Bilans gériatriques effectuées par le CHIC						7 200
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins						
Pédicure et podologie						2 277
Bilan et soutien psychologique						7 542
Bilans et soins nutritionnels						4 033
622621- Dérogatoire pour les patients						
Adaptation matériel et habitat						2 017
ETM						14 300
Prestations extra-légales						58 693
Transports						2 157
TOTAL SOUS FAMILLE 2						98 219
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)						202 675
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						292 784
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007						- 35 247
Montant total des Versements DRDR 2007						208 633
Montant total des Versements FIQCS						48 904



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°4 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU DABANTA - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 142***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau DABANTA - N°960 720 142 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 28 juillet 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau DABANTA (N°960 720 142) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis :
ZA ACTITECH
9 rue de l'Abbé Grégoire
BP 50331
64141 BILLERE

Représenté par : Claude BRUNET, Président de l'Association des PEP 64

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 142 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau DABANTA (N°960 720 142) bénéficie d'une autorisation de financement de **322 372** euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 4 avril 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 266 266 euros au lieu de 330 330 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 63 234 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 322 372 euros qui s'impute à hauteur de :

- 220 332 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 38 807 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 1 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour l'Exercice 2007, l'autorisation de financement d'un montant global de 322 372 euros, représentant 85 % des produits et des recettes du budget prévisionnel présenté par le promoteur du Réseau, est accordée sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 3 de la présente Décision. Cette autorisation s'impute à hauteur de :

- 220 332 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 38 807 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Pour l'année 2007, les autres financeurs sont le CMPP de Bayonne et les laboratoires pharmaceutiques.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau DABANTA (N°960 720 142) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 6.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
Indemnisation des médecins libéraux aux réunions de synthèse	Indemnisation des professionnels de santé libéraux pour leur participation aux réunions de synthèse hebdomadaires	Forfait/ réunion	Médecins libéraux	Au Réseau	60 €/PS	52	3 120 € pour 2007
Indemnisation des médecins participant au groupe de pilotage	Une réunion périodique de 2 à 3 heures	Forfait/ réunion	Médecins libéraux	Au Réseau	60 €/PS	2 médecins par réunion, 2 réunions en 2007	240 € pour 2006

ARTICLE 6.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
Indemnisation des diététiciennes et éducatrices alimentaires libérales	Pour animation d'ateliers diététiques Bi-hedomadaire * 35 semaines associant diététicienne 1	Forfait/ Réunion comprenant la préparation de l'atelier, l'intervention et la participation à 1 réunion de synthèse	Diététicienne libérale – Education alimentaire libérale	Au Réseau	70 € par atelier	80	5 600 € pour 2007
Forfait de coordination / soins	Participation à une réunion de synthèse	Forfait 9 réunions de synthèse (2 heures)	Diététicienne	Au Réseau	70 € par atelier	10	700 € pour 2007

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 13 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision, **conformément à l'échéancier suivant** :

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 38 807 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

RESEAU DABANTA

BUDGET Décision conjointe modificative n° 4

					Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 1/01/2007 au 30/11/2007)	Autres sources de financement
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606200	Fournitures ateliers thérapeutiques				1 050	
606400	Fournitures administratives				2 200	
606820	Petit matériel et outillage				150	
TOTAL GROUPE 1					3 400	0
Services extérieurs						
613200	Location immobilière				4 400	
615220	Entretien sur biens immobiliers				200	
615600	Maintenance informatique				500	
616000	Assurances				200	
618100	Documentation, divers (cotisations)				300	
TOTAL GROUPE 2					5 600	0
Autres services extérieurs						
622600	Honoraires expert comptable				800	
622630	Honoraires Commissaire aux comptes				1 500	
623000	Publicité, publications, infographie				800	
625100	Voyages et déplacements				2 000	
625700	Réceptions (Frais de réunions)				1 100	
626000	Frais postaux et de télécommunication				2 600	
TOTAL GROUPE 3					8 800	0
Structure administrative						
		Nombre ETP	Salaire brut	Charges sociales	Taxes s/salaires	
	Coordinateur médical	0	17 083	8 321	1 440	26 844
	Coordinateur administratif	1	28 781	14 020	2 426	45 227
	Secrétariat/comptabilité	1	11 052	5 383	931	17 366
	Femme de ménage	0	437	213	37	687
TOTAL GROUPE 4					4 834	90 124
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					107 924	0
2. FRAIS DIRECTS						
Sous-famille 1 : coordination						
		Nombre ETP	salaires brut	Charges sociales	les	
622300	Honoraires prestataires extérieurs coordination (Réunions synthèses)					3 120
622310	Honoraires prestataires extérieurs coordination (Comité de pilotage)					240
622311	Honoraires diététiciens pour présence à réunion de synthèse					700
TOTAL SOUS FAMILLE 1					4 060	0
Sous-famille 2 : soins						
	Salaires financés par le CMPP	0,87				50 756
	Psychologues	2,81	81 337	39 620	6 856	127 813
	Art thérapeutes	0,85	17 329	8 440	1 461	27 230
	Psychomotriciennes	1,00	24 579	11 972	2 072	38 623
	Honoraires surveillante de baignade					4 372
622330	Honoraires diététiciennes					5 600
	Actes de prévention					1 200
TOTAL SOUS FAMILLE 2					10 389	203 638
Sous-famille 3 : formation						
622 620	Honoraires prestataires extérieurs formation					1 500
625 110	Frais déplacement formations					1 550
613 210	Frais de congrès sur formation (location salle, mailing, logistique)					1 600
648 700	Stage formation professionnelle					2 100
TOTAL SOUS FAMILLE 3					6 750	6 200
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					10 389	214 448
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					118 313	214 448
Produits constatés d'avance 2006 à décaisser en 2007						63 884
Montant total des Versements DRDR 2007						220 331
Montant total des Versements FIQCS						38 157



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°4 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE GAVES ET
BIDOUZE - NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 209***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau gérontologique Gaves et Bidouze - N°960 720 209 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 1er décembre 2005, 18 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau gérontologique Gaves et Bidouze (N°960 720 209) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Centre médico-social - 64390 SAUVETERRE DE BEARN

Représenté par : Gaston FAURIE - Président du Réseau Gaves et Bidouze

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 209 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1.2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau gérontologique Gaves et Bidouze (N°960 720 209) bénéficie d'une autorisation de financement de 275 582 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 199 137 euros au lieu de 281 843 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 35 476 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 275 582 euros qui s'impute à hauteur de :

- 203 257 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 36 849 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 275 582 euros se répartissant ainsi :

- 203 257 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 36 849 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe .

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau gérontologique Gaves et Bidouze (N°960 720 209) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

Article 6.1 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel d'actes	Montant total prévisionnel
Réunion de coordination pluridisciplinaire et plan d'intervention	La réunion de coordination pluridisciplinaire est réalisée au domicile de la personne âgée. Elle fait suite à l'évaluation fonctionnelle gérontologique (bilan gériatrique). Elle est le lieu de synthèse des	Coordination	Cette dérogation est accordée pour le médecin généraliste traitant	Au Réseau	60 euros	55	3 300 €
		Coordination	Cette dérogation est accordée pour l'infirmier	Au Réseau	22 euros	55	1 210 €
		Coordination	Cette dérogation est accordée pour les Masseur Kinésithérapeutes	Au Réseau	22 euros	55	1 210 €
		Coordination	Cette dérogation est accordée pour les aides à domicile	Au Réseau	15,42 euros		1132 €

	données médicales fonctionnelles et sociale et débouche sur la rédaction d'un plan d'intervention définissant les interventions nécessaires tant au niveau médical, paramédical qu'au niveau social.	Coordination	Cette dérogation est accordée pour les dentistes sous réserve de la réalisation antérieure par le dentiste d'un bilan bucco-dentaire	Au Réseau	40 euros	40	2 400 €
--	--	--------------	--	-----------	----------	----	---------

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel d'actes	Montant total prévisionnel
Bilan de réévaluation	Ce bilan est réalisé au domicile de la personne âgée annuellement ou à la demande du médecin traitant, de la famille ou en cas de besoins. Il permet d'adapter le plan d'intervention en tenant compte de l'évolution des données médicales/sociales.	Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour le médecin généraliste traitant	Au Réseau	40 euros	18	720 €
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour l'infirmier	Au Réseau	22 euros	18	396 €
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour les Masseurs Kinésithérapeutes	Au Réseau	22 euros	18	396 €
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour les aides à domicile	Au Réseau	15,42 euros		
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour les dentistes sous réserve de la réalisation antérieure par le dentiste d'un bilan bucco-dentaire	Au Réseau	20 euros		

Article 6.2 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel d'actes	Montant total prévisionnel
Soins de pédicurie et de podologie	Le patient bénéficie d'une prise charge des prestations de soins de pédicurie et de podologie, habituellement non prises en charge par l'Assurance Maladie dès lors qu'elles font l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention. Cette prise en charge est limitée à 5 séance par patient, la durée d'une séance est estimée à 45 minutes.	Soins (de pédicurie et de podologie)	Cette dérogation est accordée pour les pédicures / podologues	Au Réseau	23 euros	406	9 350 €
Adaptation des matériels et de l'habitat aux incapacités du patient	Le patient bénéficie d'une prestation d'ergothérapie en vue de l'adaptation des matériels et de l'habitat aux incapacités du patient. Cette prestation doit faire l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention.	Soins (ergothérapie)	Cette dérogation est accordée pour les ergothérapeutes libéraux (si une mise à disposition ou un salariat n'a pu être envisagé)	Au Réseau	22 euros la séance au domicile du patient dans un plafond de 102 euros		

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel d'actes	Montant total prévisionnel
Bilan et suivi nutritionnel	Le patient bénéficie à son inclusion d'un bilan nutritionnel réalisé par une diététicienne à son domicile, permettant d'évaluer les comportements alimentaires du patient âgé. Cette prestation doit faire l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention. un suivi et un ajustement doivent être effectué	Soins (évaluation des comportements nutritionnels)	Cette dérogation est accordée pour les diététiciens libéraux (si une mise à disposition ou un salariat n'a pu être envisagé)	Au Réseau	22 euros la séance au domicile du patient dans un plafond forfaitaire de 102 euros.	425	9 350 €

Article 6.3 - Dérogations aux règles de prise en charge des patients

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Prestations extra légales : fourniture matériel et petit appareillage	Le patient bénéficie d'une prise charge de fourniture matériel et petit appareillage, habituellement non pris en charge par l'Assurance Maladie dès lors qu'elles font l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention et d'une facture du pharmacien ou du fournisseur. Cette prise en charge est limitée à la liste des matériels annexée à la présente Décision. Les soins de pédicurie et de podologie sont exclus du champ de cette prestation.	Dérogations aux patients	Patient	Au Réseau	91,47 euros par patient et par mois.	471	43 130 €

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
ETM (exonération du ticket rémunérateur)	Le patient bénéficie d'une prise en charge à 100% des frais remboursables de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et d'examens de laboratoire et des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, à hauteurs des tarifs de responsabilités et hors ALD. Cette prestation est réservée aux patients ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire intégrale .	Dérogation aux patients	Patient	Au Réseau	40 euros	268	10 716 €
Transport	Le patient bénéficie, sur prescriptions médicales établies et dûment motivée par le médecin traitant, d'une prise charge des frais de transport lié au bilan gériatrique initial réalisé au cours d'une hospitalisation. Sont couverts les frais de transports aller retour domicile/hôpital. Cette prestation est estimée sur la base d'une moyenne de 40 km aller/retour en VSL. Le forfait de prise en charge attribué est équivalent à 10.75 euros+ (30 km *0.78 euros)	Transport (pour le bilan gériatrique)	Transporteur agréé	Au Réseau	34,15 euros Ce montant constitue un montant plafond.	133	4 539 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 13 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 36 849 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 4					
RESEAU : Réseau Gérontologique Gaves et Bidouze N° 960 720 209					
					Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/01/07 au 30/11/2007)
1. FRAIS INDIRECTS					
Frais de fonctionnement					
Achats non stockés de matières et fournitures					
606400- Fournitures administratives					1 375
TOTAL GROUPE 1					1 375
Services extérieurs					
613000- Locations					1 650
615600- Maintenance					100
616000- Assurances					716
618000- Documentation, divers					201
TOTAL GROUPE 2					2 667
Autres services extérieurs					
622600- Honoraires expert comptable					2 246
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					3 000
623000- Publicité, publications, relations publiques					282
625100- Voyages et déplacements					8 181
625600- Missions					339
625700- Réceptions					367
627800- Frais bancaires					110
626000- Frais postaux et de télécommunication					2 292
TOTAL GROUPE 3					16 817
Masse salariale structure administrative					
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	
- coordinatrice titulaire	1	0	0		-
- coordinatrice remplaçante (du 1/01/07 au 30/11/07)	1	33197	18726		51 923
- secrétaire	0,5	3441	1763		5 204
- secrétaire remplaçante (du 16/4/07 au 30/11/07)	0,5	6882	3526		10 408
TOTAL GROUPE 4		43520	24015		67 535
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A					88 394
2. FRAIS DIRECTS					
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	
Sous-famille 1 : coordination					
- masse salariale					
Médecin Gériatre	0,5	36544	20453		56 997
Assistante sociale	0,5	13662,5	7307		20 969
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination					
Médecins généralistes					4 034
Infirmiers libéraux					1 614
Kinésithérapeutes					1 614
Dentistes					2 567
Aides à domicile					1 132
TOTAL SOUS FAMILLE 1		50206,5	27760		88 927
Sous-famille 2 : soins					
- masse salariale					
Psychologue	0,5	12679	7213		19 892
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins					
Soins de pédicurie					9 350
Bilan et Soutien psychologique					-
Bilan et soins nutritionnels					9 350
- 622621- Dérogatoires pour les patients					
ETM					10 716
Prestations extra légales					43 130
Transports					4 539
TOTAL SOUS FAMILLE 2		12679	7213		96 977
Sous-famille 3 : formation					
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation					
					917
- 625130- frais déplacement formations					
					367
TOTAL SOUS FAMILLE 3					1 284
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)		62885,5	34973		187 188
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)		(1)	(2)	(3)	275 582
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007				-	35 476
Montant total des Versements DRDR 2007					203 257
Montant total des Versements FIQCS					36 849



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 JUIN 2005 DU RÉSEAU PALLIADOUR - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 225***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau PALLIADOUR - N°960 720 225 prise le 20 juin 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 1er décembre 2005, 28 juillet 2006, 20 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau PALLIADOUR (N°960 720 225) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 1 rue Pierre Rectoran - 64100 BAYONNE

Représenté par :

- Monsieur PIQUEMAL, Directeur du Centre Hospitalier Côte Basque
- Madame NEUMANN, Directrice du Centre Médical Annie Enia
- Madame PEDEMAY, Présidente de Santé Service
- Madame DIZABO, Présidente de l'Association PALLIADOUR

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 225 en date du 20 juin 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau PALLIADOUR (N°960 720 225) bénéficie d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 121 589 euros au lieu de 151 669 euros. Le trop perçu des l'Exercices précédent concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 50 957 euros (20 877 € pour l'Exercice 2005 et 30 080 € pour 2006) sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 194 575 euros qui s'impute à hauteur de :

- 105 573 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 38 045 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 194 575 euros se répartissant ainsi :

- 105 573 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 38 045 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

S'agissant de la mise en conformité du Réseau avec le Cahier des charges régional des Réseaux de santé relatifs à la prise en charge des soins palliatifs établi par la Mission Régionale de Santé (MRS), il conviendra que le Promoteur transmette dans un délai de 1 mois après la signature de cette décision les éléments explicitant les écarts qui pourraient être observés entre les modalités de fonctionnement du Réseau et les dispositions du Cahier des charges, ainsi que des propositions d'ajustements fonctionnels du Réseau, qui seront soumises à l'approbation du Directeur de l'URCAM et du Directeur de l'ARH

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau PALLIADOUR (N°960 720 225) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

Article 7.1 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Réunion de concertation pluridisciplinaire	Réunion de concertation (au Cabinet médical / au domicile / en établissement) à raison de 3 réunions par patient et réunissant 3 Professionnels de santé	Forfait mensuel de coordination	PS Libéraux (Médecins généralistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes)	Au Réseau	40 € par patient et par mois	450	15 000 €
Elaboration de protocoles	Elaboration de fiches techniques de recommandations et de bonnes pratiques (2 réunions de 2h30)	Indemnisation forfaitaire	Médecins, Infirmiers	Au Réseau	45 € par intervenant et par heure soit 225 euros par intervenant pour la rédaction d'une fiche	8	1 800 €

Groupe parole	de	Animation du groupe de parole PS 2 fois/mois 11 mois/an Durée : 2 h	Forfait/séance	Psychologue libéral	Au Réseau	120 € /séance		2 160 €
Groupe parole	de	Participation au groupe de parole animé par un psychologue 2 fois/mois 11 mois/an Durée : 2 h	Forfait/PS	PS Libéraux (Médecins généralistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes)	Au Réseau	60 €	90	5 400 €

Article 7.2 - Dégagements aux règles de prise en charge des patients

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Aide financière exceptionnelle	Aide financière pour les patients après épuisement de toutes les aides possibles ou en complémentarité	Forfait/patient	Patient	Au Réseau	100 €	50 fois/an	5 000 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 38 045 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 7 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

RESEAU : PALLIADOUR N° 960 720 225				
BUDGET Décision conjointe modificative n° 5				
				Montant accordé au titre de la Dotaton 2007
1. FRAIS INDIRECTS				
Frais de fonctionnement				
Achats non stockés de matières et fournitures				
606110- Eau				150
606120- EDF et GAZ				600
606300- Entretien et petit équipement				100
606400- Fournitures administratives				1 200
606800- Autres fournitures (extincteur)				151
TOTAL GROUPE 1				2 201
Services extérieurs				
613000- Locations				9 280
614000- Charges locatives				330
615200- Entretien sur biens immobiliers				450
615600- Maintenance				700
616000- Assurances				2 900
618300- Documentation technique				250
TOTAL GROUPE 2				13 910
Autres services extérieurs				
622600- Honoraires expert comptable				4 400
622620- Honoraires gestion feuilles de paye				600
622601- Honoraires Commissaire aux comptes				2 000
623000- Publicité, publications, relations publiques				300
625100- Voyages et déplacements				6 566
625620- Réceptions				300
626000- Frais postaux				700
626100- Frais de télécommunication				1 800
628110- Cotisations professionnelles				450
TOTAL GROUPE 3				17 616
Fédération de Réseaux de prise en charge des Soins Palliatifs				
				15 000
TOTAL GROUPE 4				15 000
Masse salariale structure administrative				
	nombre ETP	saire brut	charges sociales s/salaires patronales	
- coordinateur administratif Mlle MALLET de mars à décembre	0,5	13197,7	6629,5	19 827
- secrétaire Mlle ELOSUA	0,75	14588,34	5351,27	19 940
TOTAL GROUPE 5				39 767
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A				88 494
2. FRAIS DIRECTS				
	nombre ETP	saire brut	charges sociales s/salaires patronales	
Sous-famille 1 : coordination				
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)				
Infirmière Coordinatrice salariée Mme VOISIN	0,45	14767,12	6659,8	21 427
Psychologue Coordinatrice salariée Mme ZURUTUZA	0,5	11647,26	5575,33	17 223
621400- Personnel prêt à l'entreprise :				25 000
Infirmière	0,3			
Assistante sociale	0,25			
- 622600 - Indemnisation psychologue groupe de parole				2 160
- 622800 - Indemnisation participation groupe de parole				5 400
- 622815 - Réunions de concertation				18 000
- 622635 - Groupe de travail - Elaboration de protocoles				1 900
TOTAL SOUS FAMILLE 1				91 010
Sous-famille 2 : soins				
- 622640- honoraires aides exceptionnelles aux patients				5 000
TOTAL SOUS FAMILLE 2				5 000
Sous-famille 3 : formation				
- 622660- honoraires prestataires extérieurs formation				200
- 625120- frais déplacement formations				3 872
- 625130- frais divers d'indemnisation formation				1 200
- 633300 formation continue				250
TOTAL SOUS FAMILLE 3				5 522
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)				101 532
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)				190 025
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007				-50 957
INVESTISSEMENTS				4 550
Montant total des Versements DRDR 2007				105 573
Montant total des Versements FIOCS				38 045
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS				
Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	FIOCS		
		Dotation 2007		
Matériel de bureau	2 500	2 500		
Ordinateur	1 500	1 500		
Vidéo projecteur 900€ (achat commun avec ROSA)	450	450		
Achat autre matériel	100	100		
total	4 550	4 550		



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°4 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 28 JUILLET 2004 DU RÉSEAU SIRANO - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 035***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/URCAM du Réseau SIRANO - N°960 720 035 prise le 28 juillet 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 20 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau SIRANO (N°960 720 035) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 18 rue Calmette - 24100 BERGERAC

Représenté par : Bernard GOUZOT - Président de l'Association SIRANO

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 035 en date du 28 juillet 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau SIRANO (N°960 720 035) bénéficie, à titre conservatoire, d'une autorisation de financement au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé à titre conservatoire au titre de l'Exercice 2007 est de 17 500 euros qui s'impute à hauteur de :

- 0 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 17 500 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

L'autorisation de financement d'un montant global de 17 500 euros, représentant 100 % des produits et des recettes du budget prévisionnel présenté par le promoteur du Réseau, est **accordée à titre conservatoire sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la présente Décision.** Cette autorisation s'impute à hauteur de :

- 0 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 17 500 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué à titre conservatoire pour la période de janvier à juillet 2007 dans l'attente de la transmission des éléments demandés par courrier du 27 juillet 2007 et des conclusions de la Mission d'audit diligentée par le Directeur de l'URCAM et le Directeur de l'ARH.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 13 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de l'autorisation de financement accordée au titre de l'Exercice 2007 sera rendu exécutoire par décision conjointe modificative à la présente Décision Conjointe en application des dispositions **prévues à l'article 6.**

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

RESEAU : SIRANO
BUDGET ANNEE 2007 A TITRE CONSERVATOIRE

					BUDGET prévisionnel 2007 (de janvier à juillet 2007 - à titre conservatoire)
1. FRAIS INDIRECTS					
Frais de fonctionnement					
Achats non stockés de matières et fournitures					
606300- Entretien et petit équipement (Secrétariat)					500
606400- Fournitures administratives					1 000
TOTAL GROUPE 1					1 500
Services extérieurs					
615600 1 - Maintenance logiciels et serveurs					0
615600 2 - Maintenance (installation et entretien du portail)					0
TOTAL GROUPE 2					0
Autres services extérieurs					
622600- Honoraires expert comptable					1 500
625600- Missions					1 000
625700- Réceptions					0
TOTAL GROUPE 3					2 500
Masse salariale structure administrative					
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	
- Informaticien	0,5				7 500
- coordinateur médical	0,25				5 000
TOTAL GROUPE 4					12 500
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					16 500
2. FRAIS DIRECTS					
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales	taxes s/salaires	
Sous-famille 3 : formation					
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation					0
- 625130- frais déplacement formations					0
- 623330- frais de congrès sur formations					0
- 622830- frais divers d'indemnisation formation					1 000
TOTAL SOUS FAMILLE 3					1 000
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					1 000
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					17 500
		(1)	(2)	(3)	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 14 DÉCEMBRE 2005 DU RÉSEAU AGIR 33 - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 308***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau AGIR 33 - N°960 720 308 prise le 14 décembre 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 28 juillet 2006, 13 octobre 2006, 15 novembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau AGIR 33 (N°960 720 308) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 7 rue de l'Ormeau Mort - 33000 BORDEAUX

Représenté par : Christian PRULIERE - Président du Réseau Addictions Gironde

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 308 en date du 14 décembre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau AGIR 33 (N°960 720 308) bénéficie d'une autorisation de financement de 246 781 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 3 avril 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 178 151 euros au lieu de 225 648 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 45 897 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 246 781 euros qui s'impute à hauteur de :

- 168 984 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 31 900 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'élève à hauteur de 246 781 euros se répartissant ainsi :

- 168 984 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 31 900 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 130 pour l'année 2007.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que dans le cadre de la mutualisation de moyens avec le Réseau RENAPSUD, soit transmis conjointement par les deux Réseaux, un budget détaillé des charges concernées avec les clés de répartition entre les deux Réseaux.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau AGIR 33 (N°960 720 308) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel	Montant total prévisionnel 2007
Prestation dérogatoire n°2 : Formation des Médecins généralistes traitants à l'addictologie	Formation au 1 ^{er} niveau de dépistage pour les MGT 1 et formation à l'intervention pour les MGT 2	Indemnisation forfaitaire pour les médecins formés pour la réunion de formation et l'accueil à 2 reprises du Délégué de santé	Professionnels de Santé libéraux participant aux réunions de formation	Au Réseau	100 € par médecin et par an	120 médecins prévus	12 000 €
Prestation dérogatoire n°3 : formation des Médecins généralistes traitants	Formation à l'addictologie Indemnisation des intervenants	Forfait pour 2 heures	Formateurs en addictologie	Au Réseau	60 €/h 2 formateurs par réunions = 240 € par réunion	2007 = 11 réunions 2 640€ 2008 = 21 réunions 5 040€	2640 €
Prestation dérogatoire n°4 : formation des formateurs	Formation des formateurs en addictologie	Indemnisation des formateurs 2 ^{ème} niveau forfait pour 1 formation annuelle	Professionnels de santé libéraux formateurs 2 ^{ème} niveau	Au Réseau	60 € par heure soit 120 € pour 2 h	Non précisé	1 200 €

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel	Montant total prévisionnel 2007
----------	-------------	-------------------------	--------------	------------------------	--------------------------	---------------------	---------------------------------

Prestation dérogatoire n°5 : formation expert des formateurs	Formation d'experts en addictologie	Forfait pour 1 formation annuelle	Professionnels de santé libéraux Experts de 3 ^{ème} niveau	Au Réseau	100 € par heure pour une durée de 3h	2	Coût annuel = 600 €
Prestation dérogatoire n°6 : groupe pédagogique	Participation des formateurs à la conception du contenu pédagogique	Forfait pour 1 réunion de 2 à 3h par an	Professionnels de santé libéraux Formateurs	Au Réseau	100 € par réunion	10	Coût annuel = 1 000 €

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel	Montant total prévisionnel
PD n°7 : Acte de soins Tabacologie	Prise en charge en ambulatoire d'un sevrage tabagique	Forfait	Médecin généraliste traitant de niveau 2 formé pour cette prise en charge	Au Réseau	supplément de 7 € par patient et par consultation, sur la base de 6 consultations par an (forfait de 42 € par patient et par an)	60 patients	2 520€
PD n°8 : Acte de soins pour les autres dépendances	Prise en charge en ambulatoire des sevrages aux autres dépendances (alcool, cannabis)	Forfait	Médecin généraliste traitant de niveau 2 formé pour cette prise en charge	Au Réseau	supplément de 7 € par patient base de 12 consultations par an (forfait de 84 € par patient et par an)	45 patients	3 780 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Évaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 31 900 €
Janvier 2008	52 257 €
Avril 2008	52 257 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 5				
RESEAU : AGIR 33 N° 960 720 308				
			Montant accordé au titre de la Dotaton 2007	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 30/09/08)
1. FRAIS INDIRECTS				
Frais de fonctionnement				
Achats non stockés de matières et fournitures				
606100- Achats non stockés			1500	1250
606300- Entretien et petit équipement			2000	1667
606400- Fournitures administratives			6000	5000
TOTAL GROUPE 1			9500	7917
Services extérieurs				
612200- crédit bail mobilier (photocopieur)			963	793
612200- Locations immobilières			8700	7250
613000- Locations			1100	917
615500- Entretien et réparations			600	417
615600- Maintenance			2250	1875
616000- Assurances			650	542
618500- Frais de colloque			400	333
623600- Imprimés			3000	2600
618000- Documentation, divers			400	333
TOTAL GROUPE 2			17952	14960
Autres services extérieurs				
622600- Honoraires expert comptable			3000	2500
622601- Honoraires Commissaire aux comptes			3000	2500
622600- Honoraires divers			1200	1000
625100- Voyages et déplacements			5100	4250
625700- Réceptions			1100	917
626000- Frais postaux et de télécommunication			4000	3333
TOTAL GROUPE 3			17400	14500
Masse salariale structure administrative				
	nombre ETP	saolaire brut	charges sociales patronales	
- coordinateur administratif	1		48660	40650
- coordinateur médical	0,5		53723	44769
- secrétaire	0,8		31645	26371
- déléguée santé prévention (Mise à disposition)	1		42240	35200
TOTAL GROUPE 4			176268	146890
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A			221120	184 267
2. FRAIS DIRECTS				
Sous-famille 1 : coordination				
- réunion de comité			0	0
TOTAL SOUS FAMILLE 1			0	0
Sous-famille 2 : soins				
- forfait soins tabac (Prestation dérogatoires n° 7)			2520	1890
- forfait soin alcool-cannabis (Prestation dérogatoires n° 8)			3780	1890
TOTAL SOUS FAMILLE 2			6300	3780
Sous-famille 3 : formation				
- formation des formateurs (Prestation dérogatoires n° 3)			2640	3780
- indemnisation formateurs (Prestation dérogatoires n° 4)			1200	900
- réunion de groupes pédagogiques (Prestation dérogatoires n° 6)			1000	1000
- indemnisation MG 1 (Prestation dérogatoires n° 2)			12000	15000
- formation des experts (Prestation dérogatoires n° 5)			600	300
TOTAL SOUS FAMILLE 3			17440	20980
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)			23740	24760
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (1) (2)			244 860	209 027
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007			- 45 897	
INVESTISSEMENTS			1 921	
Montant total des Versements DRDR 2007			168 984	
Montant total des Versements FIQCS			31 900	209 027
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS				
Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007				
	coût estimé	DRDR Dotaton 2006	DRDR Dotaton 2006	FIQCS Dotaton 2007
Matériel informatique	244	244	-	-
Mobilier, aménagement	1 011	1 011	-	-
DMI	17 577	-	17 577	-
Logiciel comptabilité	1 921	-	-	1 921
TOTAL	20 754	1 256	17 577	1 921
Dotaton aux Fonds dédiés à reprendre en 2007				
Frais Directs et Indirects				
	Année 2005	Année 2006		
Achats non stockés de matières et fournitures	1 050			
Services extérieurs	1 717			
Autres services extérieurs	1 200			
Indemnisations Comité de pilotage	-	1 600		
Total	3 967	1 600		



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 AVRIL 2004 DU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE PAYS DE BESSÈDE -
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 183***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau gérontologique Pays de Bessède - N°960 720 183 prise le 20 avril 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 28 janvier 2006, 13 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau gérontologique Pays de Bessède (N°960 720 183) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Place Maurice Biraben - 24170 BELVES

Représenté par : Dr RIEHL - Président du Réseau Gérontologique Pays de Bessède

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 183 en date du 20 avril 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau gérontologique Pays de Bessède (N°960 720 183) bénéficie d'une autorisation de financement de 137 034 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 28 mars 2007 et des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 90 469 euros au lieu de 140 096 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 49 627 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 137 034 euros qui s'impute à hauteur de :

- 85 282 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 2 124 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 1 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 137 034 euros se répartissant ainsi :

- 85 282 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 2 124 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau gérontologique Pays de Bessède (N°960 720 183) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 6.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant maximum total prévisionnel 2007
Réunion de coordination pluridisciplinaire et plan d'intervention	La réunion de coordination pluridisciplinaire est réalisée au domicile de la personne âgée. Elle fait suite à l'évaluation fonctionnelle gérontologique (bilan gériatrique). Elle est le lieu de synthèse des données médicales fonctionnelles et sociale et débouche	Coordination	Cette dérogation est accordée pour le médecin généraliste traitant	Au bénéficiaire	60 euros	55 bénéficiaires	3 300 euros
		Coordination	Cette dérogation est accordée pour l'infirmier	Au bénéficiaire	22 euros	27 bénéficiaires	605 euros
		Coordination	Cette dérogation est accordée pour les Masseur Kinésithérapeutes	Au bénéficiaire	22 euros	9 bénéficiaires	202 euros
		Coordination	Cette dérogation est accordée pour les aides à domicile	Au bénéficiaire	15,42 euros	27 bénéficiaires	311 euros

	sur la rédaction d'un plan d'intervention définissant les interventions nécessaires tant au niveau médical, paramédical qu'au niveau social.	Coordination	Cette dérogation est accordée pour les dentistes sous réserve de la réalisation antérieure par le dentiste d'un bilan bucco-dentaire	Au bénéficiaire	40 euros	4 bénéficiaires	183 euros
Bilan de réévaluation	Ce bilan est réalisé au domicile de la personne âgée annuellement ou à la demande du médecin traitant, de la famille ou en cas de besoins. Il permet d'adapter le plan d'intervention en tenant compte de l'évolution des données médicales/sociales.	Coordination Réévaluation	Cette dérogation est accordée pour le médecin généraliste traitant	Au bénéficiaire	40 euros	77 bénéficiaires	3098 euros
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour l'infirmier	Au bénéficiaire	22 euros	27 bénéficiaires	605 euros
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour les Masseur Kinésithérapeutes	Au bénéficiaire	22 euros	9 bénéficiaires	202 euros
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour les aides à domicile	Au bénéficiaire	15,42 euros	41 bénéficiaires	636 euros
		Coordination (Réévaluation)	Cette dérogation est accordée pour les dentistes sous réserve de la réalisation antérieure par le dentiste d'un bilan bucco-dentaire	Au bénéficiaire	20 euros	9 bénéficiaires	183 euros

ARTICLE 6.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant maximum total prévisionnel 2007
Soins de pédicurie et de podologie	Le patient bénéficie d'une prise charge des prestations de soins de pédicurie et de podologie, habituellement non prises en charge par l'Assurance Maladie dès lors qu'elles font l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention. Cette prise en charge est limitée à 5 séance par patient, la durée d'une séance est estimée à 45 minutes.	Soins (de pédicurie et de podologie)	Cette dérogation est accordée pour les pédicures / podologues	Au bénéficiaire	23 euros	9 actes	211 euros

Adaptation des matériels et de l'habitat aux incapacités du patient	Le patient bénéficie d'une prestation d'ergothérapie en vue de l'adaptation des matériels et de l'habitat aux incapacités du patient. Cette prestation doit faire l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention.	Soins (ergothérapie)	Cette dérogation est accordée pour les ergothérapeutes libéraux (si une mise à disposition ou un salariat n'a pu être envisagé)	Au bénéficiaire	22 euros la séance au domicile du patient dans un plafond de 102 euros par patient	9 actes	202 euros
Bilan et suivi psychologique	Le patient bénéficie à son inclusion d'un bilan psychologique, puis d'un soutien psychologique réalisé par un psychologue libéral à son domicile. Cette prestation doit faire l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention. Un suivi et un ajustement doivent être effectués.	Soins	Cette dérogation est accordée pour les psychologues libéraux (si une mise à disposition ou un salariat n'a pu être envisagé)	Au bénéficiaire	22 euros la séance au domicile du patient dans un plafond de 137,19 euros par patient	9 actes	202 euros

Article 6.3 - Dérogations aux règles de prise en charge des patients

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel maximum 2007
Prestations extra légales : fourniture matériel et petit appareillage	Le patient bénéficie d'une prise charge de fourniture matériel et petit appareillage, habituellement non pris en charge par l'Assurance Maladie dès lors qu'elles font l'objet d'une prescription médicale dans le cadre du plan d'intervention et d'une facture du pharmacien ou du fournisseur. Cette prise en charge est limitée à la liste des matériels annexée à la présente Décision. Les soins de pédicurie et de podologie sont exclus du champ de cette prestation.	Dérogations aux patients	Patient	Au bénéficiaire	91,47 euros par patient. Ce montant constitue un montant plafond par mois.	327 actes	29 920 euros

ETM (exonération du ticket rémunérateur)	Le patient bénéficie d'une prise en charge à 100% des frais remboursables de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et d'exams de laboratoire et des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, à hauteurs des tarifs de responsabilités et hors ALD. Cette prestation est réservé aux patients ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire intégrale .	Dérogation aux patients	Patient	Au bénéficiaire	40 euros	110 actes	4 400 euros
Transport	Le patient bénéficie, sur prescriptions médicales établies et dûment motivée par le médecin traitant, d'une prise charge des frais de transport lié au bilan gériatrique initial réalisé au cours d'une hospitalisation. Sont couverts les frais de transports aller retour domicile/hôpital. Cette prestation est estimée sur la base d'une moyenne de 40 km aller/retour en VSL. Le forfait de prise en charge attribué est équivalent à 10.75 euros+ (30 km *0.78 euros)	Transport (pour le bilan gériatrique)	Transporteur agréé	Au bénéficiaire	34,15 euros Ce montant constitue un montant plafond.	18 bénéficiaires	642 euros

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 13 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 2 124 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision Conjointe Modificative n°5

NOM du RESEAU : RESEAU DU PAYS DE BESSEDE

1. FRAIS INDIRECTS	Montant accordé au titre de la Dotaton 2007 (du 01/01/2007 au 30/11/2007)
Frais de fonctionnement	
Achats non stockés de matières et fournitures	
006110- Eau	
006120- EDF et GAZ	
006300- Entretien et petit équipement	
006400- Fournitures administratives	1 260
006600- Carburants	
006800- Autres fournitures	92
TOTAL GROUPE 1	1 352
Services extérieurs	
011000- Sous-traitance générale	
012200- Crédit-bail immobilier	
012500- Crédit-bail mobilier	
013000- Locations	2 888
014000- Charges locatives	
015200- Entretien sur biens immobiliers	
015500- Entretien sur biens mobiliers	
015600- Maintenance	
016000- Assurances	250
018000- Documentation, divers	
TOTAL GROUPE 2	3 138
Autres services extérieurs	
022600- Honoraires expert comptable	2 750
022601- Honoraires Commissaire aux comptes	2 750
023000- Publicité, publications, relations publiques	3 361
024000- Transport de biens et collectif du personnel	
025100- Voyages et déplacements	2 750
025600- Missions	
025700- Réceptions	
022800- Divers	483
026000- Frais postaux et de télécommunication	1 833
TOTAL GROUPE 3	13 928
Masse salariale structure administrative	
A renseigner en détail	
- coordinateur administratif	28 585
- secrétariat	12 539
TOTAL GROUPE 4	41 125
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A	59 542
2. FRAIS DIRECTS	
Sous-famille 1 : coordination	
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)	
- assistante sociale	26 715
TOTAL SOUS FAMILLE 1	26 715
Sous-famille 2 : soins	
- 022620.1 coordination médecin généraliste	3 300
- 022620.2 coordination infirmière libérale	605
- 022620.3 coordination kinésithérapeute libéral	202
- 022620.4 coordination aide à domicile	311
- 022620.5 coordination bilan bucco-dentaire	183
- 022620.6 réévaluation médecin généraliste	3 098
- 022620.7 réévaluation infirmière libérale	605
- 022620.8 réévaluation kinésithérapeute libéral	202
- 022620.9 réévaluation aide à domicile	636
- 022620.10 réévaluation bilan bucco-dentaire	183
- 022620.11 podologue	211
- 022620.12 ergothérapeute	202
- 022620.13 psychologue	202
- 022620.14 exonération du ticket modérateur	4 400
- 022620.15 Prestations extra-légales	29 920
- 022620.16 transport pour bilan gériatrique	642
TOTAL SOUS FAMILLE 2	44 901
Sous-famille 3 : formation	
- 022630- honoraires prestataires extérieurs coordination	1 192
- 025130- frais déplacement formations	183
- 023330- frais de congrès sur formations	
- 022830- frais divers d'indemnisation formation	
TOTAL SOUS FAMILLE 3	1 375
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)	72 991
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)	132 534
TOTAL FIOCS AVEC INVESTISSEMENTS	137 034
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007	49 627

INVESTISSEMENTS			
	Coût estimé	Report d'investissement - Dotations antérieures	FIQCS 2007
Matériel Informatique	3 000	1 500	
Mobilier	3 000		4 500
TOTAL	6 000	1 500	4 500
Montant total des Versements DRDR 2007		85 282	
Montant total des Versements FIQCS		2 124	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE FINANCEMENT EN DATE DU 26 OCTOBRE 2005 DU RÉSEAU RABAN - NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 282

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau RABAN - N°960 720 282 prise le 26 octobre 2005 et les Décisions Conjoints modificatives d'autorisation de financement en date des 28 juillet 2006, 20 octobre 2006, 15 novembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau RABAN (N°960 720 282) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 160 cours du Médoc - 33300 BORDEAUX

Représenté par : Philippe SAINT MARC - Président du Réseau RABAN

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 282 en date du 26 octobre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau RABAN (N°960 720 282) bénéficie d'une autorisation de financement de 436 868 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 434 067 euros au lieu de 445 059 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 10 992 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 436 868 euros qui s'impute à hauteur de :

- 349 897 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),

- 75 979 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation est fixée à hauteur de 436 868 euros se répartissant ainsi :

- 349 897 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 75 979 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau RABAN (N°960 720 282) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

Article 7.1 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Réunion du Comité Scientifique et Pédagogique	Elaboration et réflexion des outils techniques et des dispositifs de prise en charge des nourrissons à risque asthmatique; coordination ville-hôpital; évaluation du dispositif asthme	Coordination générale du réseau	Infirmière libéral Kinésithérapeute libéral	Au Réseau	50 euros par réunion par bénéficiaire	4	1 400 euros
Réunion de coordination "récidives"	Réunion entre le coordonnateur médical et le médecin traitant : reprise de la fiche bilan, rappel des recommandations scientifiques, antécédents et traitements du patient, facteurs environnementaux, proposition de modification de prise en charge	Coordination	Médecin traitant libéral (pédiatre et généralistes libéraux)	Au Réseau	30 euros par réunion par bénéficiaire (pour une durée moyenne de 30 minutes)	60	1 800 euros
Réunion de planification des tours de garde	Animation et pilotage des réunions de planification des tours de garde effectué par kinésithérapeute dans chacun des 6 secteurs .	Pilotage	kinésithérapeutes	Au Réseau	37,4 € de l'heure pour 3 heures sur les 6 secteurs	6	673 euros
Comité de pilotage régional	Le Comité de pilotage a en charge l'ensemble des aspects administratifs et professionnels du fonctionnement du Réseau . Il est composé de 8 kinésithérapeutes et d'un médecin. 8 réunions d'une durée de 3h30 chacune sont prévues par an.	Pilotage	Kinésithérapeutes médecin	Au Réseau	37,4 € par heure pour un kinésithérapeute 50 € par heure pour un médecin	Non précisé	3 778 euros

Article 7.2 - Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - soins

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Indemnisations des tours de garde, les week-end et jours fériés	Forfait de permanence des soins des kinésithérapeutes de garde, incluant la participation aux séances de formations obligatoires, initiale et continue du réseau, et avec transmission des fiches-bilans après tenue de la garde.	Actes de permanence des soins assimilable à une astreinte de garde	Kinésithérapeutes libéraux de garde	Au Réseau	50 euros pour les samedis, et jours de ponts et 100 euros pour les dimanches et jours fériés	29 à 35 participants par garde organisée d'octobre à avril	145 150 euros

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Évaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14– « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 75 979 €
Janvier 2008	81 249 €
Avril 2008	81 249 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 4

RESEAU : RABAN - N° 960 720 282

					Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 30/10/08)
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606300- Entretien et petit équipement					100	83
606400- Fournitures administratives					6 850	5 708
606800- Autres fournitures					50	42
TOTAL GROUPE 1					7 000	5 833
Services extérieurs						
613000- Locations					21 000	17 500
614000- Charges locatives						
61 3100- Locations (divers)					6 480	5 400
615200- Entretien sur biens immobiliers					2 184	2 184
615500- Entretien sur biens mobiliers					1 218	1 462
616000- Assurances					480	480
TOTAL GROUPE 2					31 362	27 026
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable					3 100	2 583
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					3 150	2 625
622810- Honoraires Biostatisticien					0	0
622630- Honoraires prestations extérieurs d'information des PS					4 800	4 800
623000- Publicité, publications, relations publiques					3 800	2 500
622800- Communication publique (Conférence de presse sur l'asthme)					3 000	0
625100- Voyages et déplacements					5 000	4 170
626000- Frais postaux et de télécommunication					8 000	6 667
TOTAL GROUPE 3					30 850	23 345
Masse salariale structure administrative						
A renseigner en détail	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires		
- coordinatrice administrative	1	35 996	17 351	2 272	55 619	44 893
- secrétariat	1	21 008	8 123	1 095	30 226	24 866
- direction financière	0,5	24 720	12 017	1 387	38 124	32 338
TOTAL GROUPE 4	2,5	81 723	37 491	4 754	123 968	102 098
63 - Impôts locaux					2 500	2 500
Formation du personnel					300	300
Médecine du travail					500	500
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A	2,5	81 723	37 491	4 754	196 480	161 601
2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires		
Sous-famille 1 : coordination						
- masse salariale médecin coordonateur	0,75	21 337	10 102	870	32 309	33 658
- masse salariale MK coordinateur	0,5	22 690	10 725	962	34 378	28 648
- 604300 - Honoraires Secrétariat téléphonique					20 900	12 249
- 604200 - Honoraires autres indemnisations ;						
- Réunions de planification des tours de gardes					673	673
- Comité de pilotage régional					3 778	3 148
- Réunion du comité scientifique et pédagogique					1 400	1 167
- Réunion de coordination "Récidives"					1 800	1 800
TOTAL SOUS FAMILLE 1					95 238	81 343
Sous-famille 2 : soins						
- 604100 - Honoraires tours de garde					145 150	82 050
TOTAL SOUS FAMILLE 2					145 150	82 050
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					240 388	163 393
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)	(1)	(2)	(3)		436 868	324 994
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					-10 992	
Montant total des Versements DRDR 2007					349 897	
Montant total des Versements FIQCS					75 979	324 994



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU R3V, PBL - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 159***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau R3V, PBL - N°960 720 159 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 28 juillet 2006, 20 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau R3V, PBL (N°960 720 159) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Association Hats Ontzea
Rés. Le Futura, 62 Av. de Bayonne - 64600 ANGLET

Représenté par : Alain BERNADY - Président du Réseau R3V

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 159 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau R3V, PBL (N°960 720 159) bénéficie d'une autorisation de financement de 249 186 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 3 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 4 avril 2007 et des éléments comptables s'y référant en date du 22 juin 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 209 922 euros au lieu de 222 792 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 12 210 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 249 186 euros qui s'impute à hauteur de :

- 196 210 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 40 766 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'Article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, l'autorisation de financement d'un montant de 249 186 euros est accordée sous réserve du respect des dispositions prévues à l'Article 3 de la présente Décision. Cette autorisation s'impute à hauteur de :

- 196 210 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 40 766 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 100 patients pour l'année 2007.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs du Réseau R3V PBL fournissent un état nominatif des salariés du Réseau.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau R3V, PBL (N°960 720 159) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 6.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Diagnostic Education thérapeutique des patients	Etablir un diagnostic éducatif et les besoins éducatifs sur la base d'un questionnaire	Forfait	Médecin éducateur thérapeutique	Au Réseau	40 € par patient	100 patients	4 660 €
Bilan d'ergothérapie	Evaluation du handicap du patient et des besoins à son domicile	Forfait	Ergothérapeute	Au Réseau	40 € par prestation	10 patients (2 séances par patient ; 10 patients)	800 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 13 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision, conformément à l'échéancier suivant :

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 40 766 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision Conjointe Modificative n°5

RESEAU : R3V PBL

					Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 1/01/07 au 30/11/07)
1. FRAIS INDIRECTS					
Frais de fonctionnement					
Achats non stockés de matières et fournitures					
606120- EDF GDF					
606300- Entretien et petit équipement					1 530
606400- Fournitures administratives					100
606800-Autres fournitures					1 000
TOTAL GROUPE 1					2 630
Services extérieurs					
613000- Location					7 645
615500- entretien sur biens mobiliers					150
615600-Maintenance					200
616000- Assurances					900
61700- Documentation					300
TOTAL GROUPE 2					9 195
Autres services extérieurs					
622600- Honoraires expert comptable					3 600
622630- Honoraires Commissaire aux comptes					2 100
622800 Divers, impression de documents					
623000- Publicités, publications relations publiques					1 000
624000- Transports de biens et collectifs du personnel					8 250
625100-Voyages et déplacements					1 000
626000- Frais postaux et de télécommunication (téléphone)					2 529
TOTAL GROUPE 3					18 479
Masse salariale structure administrative					
	nombre ETP	salaire brut	charges sociale patronales	total annuel	
Coordinateur administratif	1 ETP	33 000	15 593	48 593	44 543
Secrétaire	0,6	13 664	6588	20 472	19 224
TOTAL GROUPE 4					63 767
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					94 071
2. FRAIS DIRECTS					
Sous-famille 1 : coordination					
	nombre ETP	salaire brut	charges sociale patronales	total	
coordinateur médical	0,5 ETP	33 415	12 073		52 071
TOTAL SOUS FAMILLE 1					52 071
Sous-famille 2 : soins					
	nombre ETP	salaire brut	charges sociale patronales	taxes s/salaires	
STAPS		1			46 108
Infirmière		1			44 458
Diététicienne	0,12	2 444,00	1 223,00		3 667
Psychologue	0,1				2 251
622620- Honoraires prestataires extérieurs soins					
622620-1 Education thérapeutique					4 660
622-620-2 Ergothérapie					800
TOTAL SOUS FAMILLE 2					101 944
Sous-famille 3 : formation					
622630- Frais divers indemnisation formation					600
625130 Frais de déplacements formation					500
TOTAL SOUS FAMILLE 3					1 100
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					155 115
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					249 186
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					12 210
Montant total des Versements DRDR 2007					196 210
Montant total des Versements FIQCS					40 766
FONDS DEDIES ligne 622620-1 Education thérapeutique					660



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 22 AVRIL 2004 DU RÉSEAU ROSA - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 050***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau ROSA - N°960 720 050 prise le 22 avril 2004 et les Décisions Conjoints modificatives d'autorisation de financement en date des 18 mars 2005, 8 mars 2007 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau ROSA (N°960 720 050) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Centre Hospitalier de la Côte Basque
13 av. Jacques Loeb - 64100 BAYONNE

Représenté par : Anne COUSTETS - Présidente du Réseau ROSA

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 050 en date du 22 avril 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1.2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau ROSA (N°960 720 050) bénéficie d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007 et des éléments comptables s'y référant en date du 30 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 35 694 euros au lieu de 85 766 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 50 072 euros sera déduit des versements des Exercices 2007 et 2008.

Par ailleurs, il est procédé à la reprise de la subvention d'investissement 2002 à hauteur de 27 336 euros, qui sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 107 056 euros qui s'impute à hauteur de :

- 51 668 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 0 euro au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 51 668 euros se répartissant ainsi :

- 51 668 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 0 euro au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs précisent l'articulation entre le Réseau PALLIADOUR et le Réseau ROSA s'agissant des dimensions Cancérologie / Soins Palliatifs versus « réseau Soins de support ».

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau ROSA (N°960 720 050) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 6.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX – HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2006
Consultation Conjointe	Elle est réalisée par le médecin coordonnateur, qui est le médecin généraliste traitant, et le médecin référent, l'oncologue. Elle s'effectue si possible dès le diagnostic de cancer et définit la prise en charge adaptée, le protocole de soins, et les modalités d'intervention des autres professionnels de santé du Réseau. Elle donne lieu à la rédaction par le médecin coordonnateur d'un PIREs reprenant la prise en charge adaptée, le protocole de soins, les modalités d'intervention des professionnels, le règlement des honoraires par tiers payant. Ce PIREs est transmis au Service Médical dont relève le patient. Le rythme des consultations conjointes est de une à quatre par an selon le stade et l'évolution de la maladie.	Coordination	Cette dérogation est accordée pour les médecins généralistes coordonnateurs	Au Réseau	52.50 euros par consultation conjointe et par patient (Cette rémunération est indépendante de celle prévue pour le PIREs)	40	1 650 euros

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2006
Formation	Indemnisation pour la participation aux formations organisées par le Réseau	formation	Médecins généralistes libéraux	Au Réseau	315 euros la journée	17	5 500 euros
	Indemnisation des infirmiers libéraux pour une formation de 3 jours aux chimiothérapies et prise en charge des frais d'inscription factures par le Centre de formation des Professionnels de santé de l'Hôpital de Bayonne pour une somme forfaitaire de 1 600 euros par groupes d'infirmiers formés (une cession soit un groupe par an)		Infirmiers libéraux	Au Réseau	182,70 euros la journée	7	5 600 euros

ARTICLE 6.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2006
Réunion de coordination au domicile du patient	Réunion au domicile du malade	Forfait	Cette dérogation est accordée pour les infirmiers libéraux	Au Réseau	11,60 euros par patient et par réunion (3 réunions en moyenne par an)	24	270
Chimiothérapie à domicile	Indemnisation de la 1 ^{ère} cure en Hôpital de jour et préparation de la cure à domicile pour 10 patients par an avec une moyenne de 6 cures à domicile par patient	Forfait	Cette dérogation est accordée pour les infirmiers libéraux	Au Réseau	11,60 euros par réunion de coordination et de préparation de la cure à domicile et 29 euros pour la 1 ^{ère} cure en Hôpital de jour	NC	1 100

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Évaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 13 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les versements des fractions du financement accordé au titre de l'Exercice 2008 seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Janvier 2008	24 937 €
Avril 2008	24 938 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

BUDGET

1. FRAIS INDIRECTS		Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/01/07 au...)	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au...)			
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606110- Eau						
606120- EDF et GAZ						
606300- Entretien et petit équipement		371	371			
606400- Fournitures administratives		420	420			
606600- Carburants						
TOTAL GROUPE 1		790	790			
Services extérieurs						
611000- Sous-traitance générale						
612200- Crédi-bail immobilier						
612500- Crédi-bail mobilier						
613000- Locations		2 286	2 286			
614000- Charges locatives						
615200- Entretien sur biens immobiliers						
615500- Entretien sur biens mobiliers						
615600- Maintenance						
616000- Assurances						
617000- Etudes et recherches						
618000- Documentations, divers						
618400- Frais de formation						
TOTAL GROUPE 2		2 286	2 286			
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable		3 608	3 608			
622601- Honoraires Commissaire aux comptes		2 764	2 764			
622700- Frais d'actes et contentieux						
622800- Divers						
623000- Publicité, publications, relations publiques		80	80			
624000- Transport de biens et collectif du personnel						
625100- Voyages et déplacements		50	50			
625600- Missions						
625700- Téléphones		1 149	1 149			
626000- Frais postaux et de télécommunication		400	400			
627000- Services bancaires		603	603			
628000- Cotisations Réseaux		0	0			
TOTAL GROUPE 3		8 655	8 655			
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales	taxes s/salaires	TOTAL	TOTAL
Masse salariale structure administrative						
- direction					0	0
- Secrétaire (Serreyp Michèle)	0,50	9 211	3 516	599	12 880	12 880
- Coordonnatrice Administrative (Madelé Chère)	0,50	15 279	5 907	1 045	18 526	22 231
- comptabilité						
TOTAL GROUPE 4	1,00	24 490	9 423	1 644	31 466	35 111
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A					43 137	46 842
2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales	taxes s/salaires	TOTAL	TOTAL
Sous-famille 1 : coordination						
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)						
- Coordinateur (Dr Dural Frédéric)	0,50	24 505	8 341	2 287	34 022	34 022
- Assistant social (Hernandez Gaetan)	0,25	4 641	1 779	370	5 288	5 288
prevu une ligne par salaire du Réseau						
- 622610 - honoraires prestataires extérieurs coordination (prevu une ligne par prestation dérogatoire)					4 000	4 000
- 6226101 EXPERTON					0	0
- 6226102 RECHOU					0	0
TOTAL SOUS FAMILLE 1					43 290	43 290
Sous-famille 2 : soins						
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)						
prevu une ligne par salaire du Réseau						
- 622620 - honoraires prestataires extérieurs soins (prevu une ligne par prestation dérogatoire)					2 000	2 000
- 6226201 Honoraires medecins (consultations conjoints)					270	270
- 6226202 Honoraires infirmieres liberales (traumatis de concertation)					1 100	1 100
- 6226203 Honoraires infirmieres liberales (chamocherapie a domicile)					2 100	2 100
- 6226200 Indemnisation preparation chamocherapie pharmacie hopital					0	0
606800- Autres fournisseurs (pharmacie)					127	127
6068100 Prestations sociales (grippes...)						
TOTAL SOUS FAMILLE 2					5 597	5 597
Sous-famille 3 : formation						
- masse salariale (chèques emplois associatifs)					1 899	1 899
- 622630 - honoraires prestataires extérieurs formation (interventions libérales)					1 648	1 648
- 625130 - frais déplacements formations						
- 623330 - frais de congrès sur formations						
- 622830 - frais divers d'indemnisation formation (medecins generalistes)					5 840	5 840
- 622831 - frais divers d'indemnisation formation (infirmieres)					5 645	5 645
TOTAL SOUS FAMILLE 3					15 032	15 032
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					63 919	63 919
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)		(1)	(2)	(3)	107 056	110 761
Produits à décaisser en 2007					-39 062	-11 010
INVESTISSEMENTS						
Reprise sur investissement année 2002					-27 336	
Versements DRDR					51 668	
Versements FIOCS						99 751
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS						
Liste des matériels à acquies ANNEE 2007	coût estimé	FIOCS Dotation 2002	FIOCS Dotation 2007	autofinancem ent		
- Vidéo projecteur pour les formations	450	450				
- ...						
- ...						
TOTAL	450	450	0	0		



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU TUBERCULOSE GIRONDE - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 167***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau Tuberculose Gironde - N°960 720 167 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjoints modificatives d'autorisation de financement en date des 19 décembre 2005, 28 juillet 2006, 20 décembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau Tuberculose Gironde (N°960 720 167) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis :

ISPED - Case 11
146 rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX CEDEX

Représenté par : Bernard BEGAUD - Président de l'Université Victor Segalen

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 167 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau Tuberculose Gironde (N° 960 720 167) bénéficie d'une autorisation de financement de 58 733 euros au titre de l'Exercice 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 58 733 euros qui s'impute à hauteur de :

- 41 499 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 17 234 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 58 733 euros se répartissant ainsi :

- 41 499 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 17 234 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs fournissent un état précisant le montant des charges correspondant au salaire d'un mois de programmeur financé au titre de l'année 2007.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 3 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision, **conformément à l'échéancier suivant :**

chéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 17 234 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision Conjointe Modificative n°5				
RESEAU : RTG				
1. FRAIS INDIRECTS				Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 1/01/07 au 31/12/07)
Frais de fonctionnement				
606400- Fournitures administratives				
Autres services extérieurs				
622800- Divers (frais de gestion)				
625100- Voyages et déplacements				
TOTAL				7040
Masse salariale (Programmeur)				2475
TOTAL FRAIS INDIRECTS				9515
2. FRAIS DIRECTS				
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	
Sous-famille 1 : coordination				
- masse salariale :				
Moniteur				
	0,5	13 480	6 740	18 535
Médecin				
	0,3	10 662	5 327	18 411
Médecin : (à partir du 01/09/06)				
	0,2	2 369	1 183	12 272
TOTAL SOUS FAMILLE 1				49 218
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)				49 218
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)				58 733
Montant total des Versements DRDR 2007				41 499
Montant total des Versements FIQCS				17 234



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°6 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU GIRONDE VIH - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 175***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutives de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau Gironde VIH - N°960 720 175 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 29 juillet 2005, 28 juillet 2006, 20 décembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau Gironde VIH (N°960 720 175) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : CH Pellegrin Hôpital Le Tondu - 33076 BORDEAUX CEDEX

Représenté par : Noëlle BERNARD - Présidente du Réseau Gironde Ville Hôpital

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 175 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1.2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau Gironde VIH (N°960 720 175) bénéficie d'une autorisation de financement de 155 492 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 29 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 153 181 euros au lieu de 164 162 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 10 981 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 155 492 euros qui s'impute à hauteur de :

- 106 488 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 38 024 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation est fixée à hauteur de 155 492 euros se répartissant ainsi :

- 106 488 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 38 024 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

S'agissant de la nouvelle prestation dérogatoire « Education à l'auto injection », elle ne pourra être utilisée qu'après validation et confirmation par le Secrétariat technique URCAM / ARH des modalités d'application.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau Gironde VIH (N°960 720 175) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 6.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Observance thérapeutique	Aide à l'observance thérapeutique du patient infecté VIH par une infirmière libérale au domicile du patient, sur prescription médicale. Chaque séance d'une durée de 30 minutes – 1 à 2 séances par jour selon les besoins du patient	supervision	Infirmier libéral	au réseau	12 euros par séance	800	9 600 €

Education à l'auto injection	Education à l'auto injection du patient infecté VIH par une infirmière libérale au domicile du patient, sur prescription médicale. Chaque séance d'une durée de 30 minutes – 1 à 2 séances par jour selon les besoins du patient	supervision	Infirmier libéral	au réseau	16 euros par séance	400	6 400 €
Coordination Médecin généraliste	Temps de coordination des professionnels autour du patient infecté par le VIH	Coordination	Médecins généralistes,	au réseau	62 € par réunion	15	930 €
Coordination Infirmier	Temps de coordination des professionnels autour du patient infecté par le VIH	Coordination	IDE	Au réseau	35 € par réunion	30	1 050 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 13 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 11 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 38 024 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 6					
RESEAU : VIH Gironde N° 960 720 175					
					Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/01/07 au 30/11/07)
1. FRAIS INDIRECTS					
Frais de fonctionnement					
Achats non stockés de matières et fournitures					
606400- Fournitures administratives					5 570
606800- Autres fournitures					1 946
TOTAL GROUPE 1					7 516
Services extérieurs					
611000- Sous-traitance générale : mailing					1 800
612500- Crédit-bail mobilier : photocopieur					2 368
613000- Locations					2 600
613210- Domiciliations CHU					860
615600- Maintenance					2 230
616000- Assurances					253
618000- Documentation, divers					130
TOTAL GROUPE 2					10 241
Autres services extérieurs					
622600- Honoraires expert comptable					4 500
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					2 500
625100- Voyages et déplacements					4 125
625600- Missions					1 000
626000- Frais postaux et de télécommunication					3 100
TOTAL GROUPE 3					15 225
Masse salariale structure administrative					
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	
A renseigner en détail					
- coordinateur administratif					
- secrétariat	1	27 701	12 465	685	40 852
TOTAL GROUPE 4		27 701	12 465	685	40 852
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A		27 701	12 465	685	73 834
2. FRAIS DIRECTS					
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	
Sous-famille 1 : coordination					
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)					
coordinatrice	1	38 696	17 413	1 058	57 168
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination					1 890
Action prévention					
TOTAL SOUS FAMILLE 1		38 696	17 413	1 058	59 058
Sous-famille 2 : soins					
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins :					
IDE : Observance Thérapeutiques-Education thérapeutique					9 600
IDE : Observance Thérapeutiques-Education auto-injection					6 400
TOTAL SOUS FAMILLE 2		0	0	0	16 000
Sous-famille 3 : formation					
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation					6 600
TOTAL SOUS FAMILLE 3					6 600
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					81 658
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+)	(1)	(2)	(3)		155 492
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007				-	10 981
Montant total des Versements DRDR 2007					106 488
Montant total des Versements FIQCS					38 024



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°3 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 JUILLET 2006 DU RÉSEAU SANTÉ SOCIAL HAUTE GIRONDE -
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 399***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau Santé Social Haute Gironde - N°960 720 399 prise le 20 juillet 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 13 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau Santé Social Haute Gironde (N°960 720 399) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 27 rue de la Poste - 33920 SAINT CHRISTOLY DE BLAYE

Représenté par : François CLAVERIE - Président du Réseau Santé Social Haute Gironde

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 399 en date du 20 juillet 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau Santé Social Haute Gironde (N°960 720 399) bénéficie d'une autorisation de financement de 90 445 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 21 mars, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 39 652 euros au lieu de 69 389 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 22 750 euros sera déduit des versements des Exercices 2007 et 2008.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 90 445 euros qui s'impute à hauteur de 82 813 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007), montant total des versements à effectuer pour cet Exercice **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.**

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'élève à 90 445 euros selon le Budget figurant en Annexe .

Pour l'année 2007, les autres financeurs sont :

- les Cantons de Blaye, Bourg sur Gironde, Saint Andre de Cubzac, Saint Ciers sur Gironde, Saint Savin
- la Fondation de France

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 3

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 4

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Janvier 2008	6 045 €
Avril 2008	21 163 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET PREVISIONNEL DCM 3								
RESEAU : Réseau Santé Social de la Haute-Gironde								
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008	Montant prévisionnel 2009 (du 01/01/09 au 31/05/09)
1. FRAIS INDIRECTS								
Frais de fonctionnement								
Achats non stockés de matières et fournitures								
606110- Eau						0	0	
606120- EDF et GAZ						0	0	
TOTAL GROUPE 1						0	0	
Services extérieurs								
616000- Assurances						800	0	
TOTAL GROUPE 2						800	0	
Autres services extérieurs								
625600- Missions						2000	0	
625700- Réceptions						193	0	
626000- Frais postaux et de télécommunication						2800	0	
TOTAL GROUPE 3						4 993	-	
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						5 793	-	
2. FRAIS DIRECTS								
	nombre ETP	salaire brut	charges social patronales	taxes s/s	TOTAL	TOTAL	TOTAL	
Sous-famille 1 : coordination								
- Masse salariale :								
Coordinatrice	1	22 731	19 320	2 656	44 707	44 707	18 628	
TOTAL SOUS FAMILLE 1					44 707	44 707	18 628	
Sous-famille 2 : soins								
- Masse salariale :								
Psychologue	1	20 458	17 131	2 356	39 946	39 946	16 644	
TOTAL SOUS FAMILLE 2					39 946	39 946	16 644	
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					84 652	84 652	35 272	
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						90 445	84 652	35 272
Produits constatés d'avance à décaisser						-7 632	-15 118	
Versements DRDR						82 813	69 534	35 272
Dotation aux Fonds dédiés des Exercices précédents à reprendre en 2007								
Frais Directs et Indirects								
618000- Documentation, Divers						10		
622800- Divers						1 641		
623000- Publicité, publications, relations publiques						1 953		
625600- Missions						1 506		
625700- Réceptions						1 123		
626000- Frais postaux et de télécommunication						844		
Total						7 077		



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°7 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 11 DÉCEMBRE 2003 DU RÉSEAU SANTÉ VIH CÔTE BASQUE - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 068***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau Santé VIH Côte Basque - N°960 720 068 prise le 11 décembre 2003 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 7 juillet 2004, 18 mars 2005, 9 décembre 2005, 28 juillet 2006, 21 décembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau Santé VIH Côte Basque (N°960 720 068) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis :

Centre Hospitalier de la Côte Basque
13 av. Jacques Loeb
64100 BAYONNE

Représenté par : Anne COUSTETS - Présidente du Réseau Santé VIH Côte Basque

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 068 en date du 11 décembre 2003 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1.2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau Santé VIH Côte Basque (N°960 720 068) bénéficie d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 29 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 49 431 euros au lieu de 75 976 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 26 545 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 154 991 euros qui s'impute à hauteur de :

- 115 038 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 13 408 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 154 991 euros se répartissant ainsi :

- 115 038 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 13 408 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 13 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau Santé VIH Côte Basque (N°960 720 068) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 3.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Montant total prévisionnel 2007
Réunion de coordination	Réunion de concertation autour d'un patient pour définir des objectifs communs par rapport à une difficulté médicale et/ou sociale	Forfait	Cette dérogation est accordée pour les médecins libéraux	Au Réseau	60 euros par réunion	1 000 euros au total pour les 3 professionnels de santé concernés
Réunion de coordination	Réunion de concertation autour d'un patient pour définir des objectifs communs par rapport à une difficulté médicale et/ou sociale	Forfait	Cette dérogation est accordée pour les infirmiers libéraux	Au Réseau	27 euros par réunion	

	Réunion de concertation autour d'un patient pour définir des objectifs communs par rapport à une difficulté médicale et/ou sociale	Forfait	Cette dérogation est accordée pour les kinésithérapeutes libéraux	Au Réseau	27 euros par réunion	
--	--	---------	---	-----------	----------------------	--

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 6 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Évaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 12 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 11 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 13 408 €
Janvier 2008	38 748 €
Avril 2008	38 748 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE : *Budget*

BUDGET Decision conjointe modificative n° 7							
RESEAU : VIH Côte Basque N° 960 720 068							
					Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008	Montant prévisionnel 2009 (du 01/01/09)
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606400- Fournitures administratives					1500	1500	1375
TOTAL GROUPE 1					1500	1500	1375
Services extérieurs							
613000- Locations					10000	10000	9167
614000- Charges locatives					1200	1200	1100
616000- Assurances					2000	2000	1833
618000- Documentation, divers					300	300	275
TOTAL GROUPE 2					13500	13500	12375
Autres services extérieurs							
622600- Honoraires expert comptable					2300	2300	2108
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					3000	3000	2750
622800- Divers					300	300	275
623000- Publicité, publications, relations publiques					1000	1000	917
625100- Voyages et déplacements					2000	2000	1833
625600- Missions					1000	1000	917
625700- Réceptions					500	500	458
626000- Frais postaux et de télécommunication					1200	1200	1100
627000- Services bancaires					100	100	92
TOTAL GROUPE 3					11400	11400	10450
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	salaire brut	charges so	taxes s/sal	TOTAL	TOTAL	TOTAL
			patronales				
- secrétariat					17500	17500	16042
TOTAL GROUPE 4					17500	17500	16042
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A					43900	43900	40242
2. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	salaire brut	charges so	taxes s/salaires			
			patronales				
Sous-famille 1: coordination							
masse salariale : médecin					37500	37500	34375
masse salariale : coordinateur administratif					14584	14584	13369
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination					1000	1000	917
TOTAL SOUS FAMILLE 1					53084	53084	48660
Sous-famille 2: soins							
masse salariale : IDE					17807	17807	16333
masse salariale : psychologue					10890	10890	10000
masse salariale : diététicienne					5724	5724	5307
TOTAL SOUS FAMILLE 2					56007	56007	51340
Sous-famille 3: formation							
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation					1000	1000	917
- 625130- frais déplacement formations					1000	1000	917
TOTAL SOUS FAMILLE 3					2000	2000	1833
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					111091	111091	101833
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					154 991	154 991	142 075
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					-26 545		
Montant total des Versements DRDR 2007					115 038		
Montant total des Versements FIQCS					13 408	154 991	142 075



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°8 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 11 DÉCEMBRE 2003 DU RÉSEAU RENAPSUD - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 084***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau RENAPSUD - N°960 720 084 prise le 11 décembre 2003 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 7 juillet 2004, 18 mars 2005, 15 juillet 2005, 28 juillet 2006, 20 octobre 2006, 20 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau RENAPSUD (N°960 720 084) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 7 rue de l'Ormeau Mort - 33000 BORDEAUX

Représenté par : Jacques DUBERNET - RENAPSUD

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 084 en date du 11 décembre 2003 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1.2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau RENAPSUD (N°960 720 084) bénéficie d'une autorisation de financement de 232 354 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant en transmis par le Promoteur date du 30 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 49 100 euros au lieu de 54 024 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 3 105 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 232 354 euros qui s'impute à hauteur de :

- 179 748 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 49 502 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, l'autorisation de financement s'élève à 232 354 euros se répartissant ainsi :

- 179 748 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007

- 49 502 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe .

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 13 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que dans le cadre de la mutualisation de moyens avec le Réseau AGIR 33, soit transmis conjointement par les deux Réseaux, un budget détaillé des charges concernées avec les clés de répartition entre les deux Réseaux.

ARTICLE 4

L'article 6 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article X « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 11 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 49 502 €
Janvier 2008	59 717 €
Avril 2008	59 717 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 8												
RESEAU : RENAPSUD N° 960 720 084												
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008	Montant prévisionnel 2009 (du 01.01.09 au 31.09.09)				
1. FRAIS INDIRECTS												
Frais de fonctionnement												
Achats non stockés de matières et fournitures												
606110- Eau						300	300	225				
606120- EDF et GAZ						1 200	1 200	900				
606300- Entretien et petit équipement						590	590	443				
606400- Fournitures administratives						1 908	1 908	1 431				
TOTAL GROUPE 1						3 998	3 998	2 999				
Services extérieurs												
613000- Loyer						8 700	8 700	6 525				
613000- Location de salle						900	900	675				
613500- Télésurveillance						463	463	347				
613510- Secap						1 217	1 217	913				
614000- Charges locales						0	0	0				
615200- Entretien, réparation						360	360	263				
615600- Maintenance						2 796	2 796	2 097				
616000- Assurances						595	595	446				
618000- Documentation, divers						288	288	216				
618500- Frais de colloques et séminaires						400	400	300				
TOTAL GROUPE 2						15 709	15 709	11 782				
Autres services extérieurs												
622800- Honoraires expert comptable						4 900	4 900	3 675				
622801- Honoraires Commissaire aux comptes						3 000	3 000	2 250				
623100- Annonces et insertions						60	60	45				
623800- Imprimés, publicité, plaquette						2 500	0	0				
625100- Voyages et déplacements						1 468	1 468	1 101				
625700- Réceptions						180	180	135				
626000- Frais postaux et de télécommunication						4 284	4 284	3 213				
628100- Cotisation						250	250	188				
625100- Déplacements pour séminaires						600	600	450				
TOTAL GROUPE 3						17 242	14 742	11 057				
Masse salariale structure administrative												
	Nbre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes d'habitation	TOTAL							
- secrétariat direction/comptabilité	1	27 543	11 018	2 670	41 231	41 231	41 910	31 433				
- technicien de surface	0,25	2 604	547	69	3 220	1 610	1 750	1 313				
- 633300 - Formation professionnelle					700	700	710	533				
- Médecine du travail					300	300	300	225				
TOTAL GROUPE 4						30 147	11 565	2 739	45 451	43 841	44 670	33 503
TOTAL FRAIS INDIRECTS Groupes 1 à 4 + A						80 790	79 119	59 339				
2. FRAIS DIRECTS												
Sous-famille 1 : coordination												
	Nbre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes d'habitation	TOTAL							
Masse salariale :												
- Coordinateur	1	31 920	14 364	3 300	49 584	49 584	51 002	38 252				
- Travailleur social	1	25 536	10 360	2 400	38 296	38 296	44 339	33 254				
- Co-animateur	46 par session	3 066	1 390	131	4 587	4 587	5 436	4 077				
TOTAL SOUS FAMILLE 1						92 467	92 467	100 777				
Sous-famille 2 : soins												
Masse salariale :												
- Psychologue	1	32 832	14 775	3 430	51 037	51 037	55 273	41 456				
622600- Honoraires (Prestation ASO)						4 230	4 230	3 173				
625100- Aide à la mobilité des patients (déplacements)						130	130	98				
TOTAL SOUS FAMILLE 2						51 037	55 397	44 725				
Sous-famille 3 : formation												
622830- honoraires prestataires extérieurs formation						2 400	2 400	1 800				
625130- frais déplacement formations						1 300	1 300	975				
TOTAL SOUS FAMILLE 3						3 700	3 700	2 775				
TOTAL FRAIS DIRECTS Sous Familles 1 à 3 (B)						151 564	164 110	123 083				
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						232 354	243 229	182 422				
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007						-	-3 023					
Reprise sur investissement année 2006						-	-81					
Montant total Versements DRDR						179 748						
Montant total Versements FIQCS						49 502	243 229	182 422				
Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007												
Frais Directs et Indirects												
Honoraires Conseil juridique												
Total												



Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE FINANCEMENT
EN DATE DU 22 DÉCEMBRE 2006 DU RÉSEAU L'ESTEY - NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 431***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau L'ESTEY - N°960 720 431 prise le 22 décembre 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau L'ESTEY (N°960 720 431) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 52 rue des Treuils - 33082 BORDEAUX

Représenté par : Sylvie CHARRAZAC - Présidente du Réseau L'ESTEY

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 431 en date du 22 décembre 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau L'ESTEY (N°960 720 431) bénéficie d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis et des éléments comptables s'y référant par le Promoteur en date du 27 avril 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 50 193 euros au lieu de 144 885 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 94 692 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 305 130 euros qui s'impute à hauteur de :

- 173 955 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 36 483 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 305 130 euros se répartissant ainsi :

- 173 955 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 36 483 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau L'ESTEY (N°960 720 431) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
COORDINATION							
Coordination	Participation à la coordination et au suivi des patients au domicile en lien avec l'équipe mobile	Forfait de prise en charge pour les différents Intervenants	Médecin traitant et IDE non coordonnateurs de la prise en charge à domicile, Kinésithérapeute et Pharmacien effecteur au domicile et participant aux réunions	Au Réseau	40 € par Professionnel de santé et par mois (3 PS indemnisés par réunion au maximum)	50 patients	12 000 €
Réunion post-décès	Réunion de régulation « débriefing » des Intervenants du patient ; indemnisation pour la participation de 3 Professionnels de santé (PS) par réunion	Forfait	Médecin et Paramédicaux (3 PS)	Au Réseau	40 € par Professionnel soit 120 € par réunion (3 PS indemnisés par réunion)	25 en 2007 =	3 000 €

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Coordination de la prise en charge à domicile	Organisation et supervision de la prise en charge du patient par le Coordinateur désigné	Forfait de coordination	Médecin traitant ou Infirmier du patient désigné comme Coordinateur	Au Réseau	80 € par patient et par mois	50 patients en 2007	8 000 €
Assistance téléphonique auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Conseils téléphoniques réalisés auprès des Intervenants de l'Equipe du domicile	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	40 € par patient	50 patients	2 000 €
Participation aux groupes de travail et à la vie du Réseau	12 réunions pour l'année 2006 et 2007 seulement (4 en 2006 et 8 en 2007)	Forfait	Professionnels de santé libéraux	Au Réseau	50 € par réunion	8 réunions	2 000 €

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
FORMATION							
Formation des Professionnels de santé (PS)	Réunions de formation des Professionnels de santé effecteurs soit lors de leur adhésion ou soit lors de formation à des situations particulières relevant des soins palliatifs Réunion de 3 heures, 1 par semestre Organisée par la coordination médico-administrative et les Référents territoriaux	Indemnisation	Médecin libéral	Au Réseau	135 € par réunion soit 270€ par an	20	5 400 €
			Infirmier libéral		78 € par réunion soit 156 € par an	15	2 340 €
			Kinésithérapeute libéral		96 € par réunion, soit 192 € par an	10	1 920 €

Formation des Référents	Formation professionnelle des Référents (actualisation des connaissances et des pratiques) pour une durée de 3 heures et une périodicité d'une fois par an	Indemnisation	Médecin libéral	Au Réseau	135 € par an et par Référent	10 Référents Médecins	1 350 €
			Infirmier libéral		78 € par an et par Référent	5 Référents Infirmiers	390

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
INTERVENTIONS A DOMICILE							
Intervention à domicile du Référent territorial pour l'inclusion du patient	Participation du Référent territorial à la réunion d'inclusion du patient en présence de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par réunion d'inclusion	50 patients	3 800
Intervention à domicile du Référent territorial pour le suivi du patient	Intervention à domicile du Référent à la demande expresse de l'équipe du domicile et en présence d'au moins un membre de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge et du suivi du patient	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par intervention (avec 2 interventions en moyenne par patient)	50 patients	7 600 €
SOINS EXCEPTIONNELS							
Soins exceptionnels	Soins particuliers de confort du malade dispensés par un Intervenant (ex ; ergothérapeute, massages de confort, orthophoniste) 2 interventions par patient	Indemnisation pour 1 professionnel de santé pour un acte non référencé	PS libéraux	Au Réseau	50 € par intervention d'1 h soit 100 € par patient	50 patients	5 000 €

ARTICLE 7.3 - DÉROGATIONS AUX RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
----------	-------------	-------------------------	--------------	------------------------	--------------------------	--------------------------------------	----------------------------

AIDE EXCEPTIONNELLE

Aide financière exceptionnelle	Prestation destinée à compenser les dépenses liées au non remboursement de certains médicaments et produits après épuisement de toutes les aides possibles, notamment les aides sociales habituelles (FASS) ou en complémentarité	Indemnisation de compensation Forfait par patient	Patient dont la situation économique ne permettrait pas le maintien à domicile	Au Réseau	100 € par mois	25	5 000 €
--------------------------------	---	---	--	-----------	----------------	----	---------

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 36 483 €
Janvier 2008	81 783 €
Avril 2008	81 783 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

RESEAU : L'Estey N° 960 720 431

BUDGET Decision conjointe modificative n° 2

						Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008	Montant prévisionnel 2009 (du 01/01/09 au 31/08/09)
1. FRAIS INDIRECTS								
Frais de fonctionnement								
Achats non stockés de matières et fournitures								
606110- Eau						700	700	525
606120- EDF et GAZ						2 000	2 000	1 500
606300- Entretien et petit équipement						1 500	1 500	1 125
606400- Fournitures administratives						2 000	2 000	1 500
606800- Autres fournitures						2 000	2 000	1 500
TOTAL GROUPE 1						8 200	8 200	6 150
Services extérieurs								
613000- Locations						10 560	10 560	7 920
614000- Charges locatives						2 000	2 000	1 500
615200- Entretien sur biens immobiliers						3 000	3 000	2 250
615600- Maintenance						1 000	1 000	750
616000- Assurances						2 000	2 000	1 500
618000- Documentation, divers						500	500	375
TOTAL GROUPE 2						19 060	19 060	14 295
Autres services extérieurs								
622800- Honoraires expert comptable						5 500	5 500	4 125
622801- Honoraires Commissaire aux comptes						5 000	5 000	3 750
623000- Publicité, publications, relations publiques						10 000	10 000	7 500
625100- Voyages et déplacements						15 000	15 000	11 250
625700- Réceptions						2 000	2 000	1 500
626000- Frais postaux et de télécommunication						3 500	3 500	2 625
TOTAL GROUPE 3						41 000	41 000	30 750
Masse salariale structure administrative								
A renseigner en détail								
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	TOTAL	TOTAL	
- coordinateur administratif	0,5				25 000	25 000	18 750	
- secrétariat	0,5				20 070	20 070	15 053	
TOTAL GROUPE 4						45 070	45 070	33 803
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						113 330	113 330	84 998
2. FRAIS DIRECTS								
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires				
Sous-famille 1 : coordination								
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)								
Coordination médicale	0,5				52 000	52 000	39 000	
Infirmière	1				44 000	44 000	33 000	
Psychologue	0,5				24 000	24 000	18 000	
Assistante sociale	0,25				12 000	12 000	9 000	
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination								
622611 Coordination					12 000	18 000	13 500	
622612 Réunions post-décès					3 000	4 800	3 600	
622613 Coordination de la prise en charge (coordinateur)					8 000	12 000	9 000	
622614 Assistance téléphonique auprès de intervenants (référénts territoriaux de proximité)					2 000	3 000	2 250	
622615 Participation groupes de travail et vie du Réseau					2 000	-	-	
TOTAL SOUS FAMILLE 1						159 000	169 800	127 350
Sous-famille 2 : soins								
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins								
622621 Intervention à domicile du Référént								
622621 Intervention à domicile du Référént pour l'inclusion					3 800	5 700	4 275	
622621 Intervention à domicile du Référént pour le suivi des patients					7 600	11 400	8 550	
622622 Soins exceptionnels					5 000	7 500	5 625	
622623 Aide financière exceptionnelle					5 000	8 000	6 000	
TOTAL SOUS FAMILLE 2						21 400	32 600	24 450
Sous-famille 3 : formation								
622631 Formation des PS (Médecins)					5 400	5 400	4 050	
622632 Formation des PS (IDE)					2 340	2 340	1 755	
622633 Formation des PS (Kinésithérapeutes)					1 920	1 920	1 440	
622634 Formation de Référénts (Médecins)					1 350	1 350	1 013	
622635 Formation des Référénts (IDE)					390	390	293	
TOTAL SOUS FAMILLE 3						11 400	11 400	8 550
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)						191 800	213 800	160 350
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						305 130	327 130	245 348
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007						- 94 692		
Montant total des Versements DRDR 2007						173 955		
Montant total des Versements FIQCS						36 483		

BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	DRDR Dotation 2006	autofinancement
Ordinateurs + licences	5 600	5 500	100
Imprimante réseau	2 400	1 000	1 400
2 Ondulateurs	240	240	0
Serveur	1 500	0	1 500
Mini standard	520	0	520
3 postes sans fil	240	240	0
Logiciel médical	1 500	1 500	0
Logiciel base de données	15 000	15 000	0
Aménagement des locaux (bureaux, fauteils, armoires, tables modulables et chaises pour réunions)	15 000	7 500	7 500
TOTAL	42 000	30 980	11 020

Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007

Frais Directs et Indirects	Année 2006
Fédération de Réseaux de prise en charge des Soins Palliatifs	15 000
Total	15 000



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

**DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°4 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 10 OCTOBRE 2005 DU RÉSEAU RESAPSAD - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 274**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau RESAPSAD - N°960 720 274 prise le 10 octobre 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 28 juillet 2006, 29 septembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau RESAPSAD (N°960 720 274) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis :

Centre Hospitalier de la Côte Basque
BP 8
64109 BAYONNE CEDEX

Représenté par : Jacques VEUNAC - Président de l'Association RESAPSAD

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 274 en date du 10 octobre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau RESAPSAD (N°960 720 274) bénéficie d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 et des éléments comptables s'y référant transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 147 886 euros au lieu de 160 601 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses de fonctionnement soit 12 715 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 188 698 euros qui s'impute à hauteur de :

- 135 854 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 40 129 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 188 698 euros se répartissant ainsi :

- 135 854 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 40 129 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

S'agissant de la prestation dérogatoire « Dépistage et bilan fibrose hépatique », il conviendra avant toute utilisation de cette prestation que soit transmis puis validé par le Secrétariat technique URCAM / ARH la fréquence prévue par patient.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau RESAPSAD (N°960 720 274) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Participation aux interventions	Participation aux interventions (réunions de synthèse autour du patient) d'une durée d'au moins une heure par patient – 4 interventions par mois	Coordination	Médecins prescripteurs et pharmaciens libéraux	Au Réseau	60 euros	75	4 500 euros
Formation	Formation des adhérents du Réseau	Formation	Formateurs libéraux	Au Réseau	500 euros	3	1 500 euros

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2007	Montant total prévisionnel 2007
Dépistage et bilan fibrose hépatique	Dépistage et bilan de la fibrose hépatique par examen de fibroscan dans le cadre du suivi des hépatites chroniques et des hépatopathies alcooliques.	Dépistage	Médecin libéral	Au Réseau	57 euros	400	22 800 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 40 129 €
Janvier 2008	23 525 €
Avril 2008	23 525 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 4							
RESEAU : RESAPSAD N° 960 720 274							
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 30/06/08)
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606300 - Entretien et petit équipement					450	225	
606400 - Fournitures Administratives					3 500	1 750	
606800 - Autres fournitures : Bandelettes urinaires					500	-	
TOTAL GROUPE 1					4 450	1 975	
Services extérieurs							
611000 - Sous-traitance générale, imprimeur (annuaire - plaquettes)					5 000	2 500	
612500 - Crédit bail mobilier					6 100	3 050	
612600 - Location matériel					800	400	
613200 - Location salles					1 100	550	
615600 - Maintenance					2 100	1 050	
616000 - Assurances					1 300	650	
618000 - Documentation divers					1 450	725	
618100 - Cotisations					700	350	
TOTAL GROUPE 2					18 550	9 275	
Autres services extérieurs							
622600 - Honoraires expert comptable					2 200	1 100	
622601 - Honoraires commissaire aux comptes					3 000	1 500	
622602 - Honoraires juridiques					1 300	650	
622800 - Divers					350	175	
625100 - Voyages et déplacements					2 200	1 100	
625600 - Missions, conférences, séminaires					1 200	600	
625700 - Réceptions					1 000	500	
626000 - Frais postaux					1 200	600	
626500 - Téléphone/Fax/Internet					2 200	1 100	
TOTAL GROUPE 3					14 650	7 325	
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires			
Administratif/Comptabilité	1	17 662	7 900	1 607	26 221	13 111	
Secrétaire	1	21 840	9 200	2 148	31 654	15 827	
Documentaliste	1	11 856	5 000	704	17 057	8 529	
TOTAL GROUPE 4					74 932	37 466	
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						112 582	56 041
2. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires			
Sous-famille 1 : coordination							
- Masse salariale :							
Médecin animateur	1	28 776	12 700	3 294	42 416	21 208	
622610 - Honoraires prest. ext.							
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination- Participation aux interventions					4 500	2 250	
TOTAL SOUS FAMILLE 1					46 916	23 458	
Sous-famille 2 : soins							
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins : Dépistage et bilan de la fibrose hépatique							
					22 800	11 400	
TOTAL SOUS FAMILLE 2					22 800	11 400	
Sous-famille 3 : formation							
622630 - Honoraires prest. Ext. Form.					1 500	750	
625130 - Frais déplacement formation					4 200	2 100	
622830 - Frais divers formations					700	350	
TOTAL SOUS FAMILLE 3					6 400	3 200	
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)						76 116	38 058
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						188 698	94 099
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007						- 12 715	
Montant total des Versements DRDR 2007						135 854	
Montant total des Versements FIQCS						40 129	94 099



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 26.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 22 DÉCEMBRE 2006 DU RÉSEAU PALLISSY - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 423***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau PALLISSY - N°960 720 423 prise le 22 décembre 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau PALLISSY (N°960 720 423) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 102 avenue Henri Barbusse - 47000 AGEN

Représenté par : Bernard LEFORT - Président de l'Association PALLIADOL47

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 423 en date du 22 décembre 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau PALLISSY (N°960 720 423) bénéficie d'une autorisation de financement de 232 406 euros au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 9 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur et reçu le 24 mai 2007 et des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 17 775 euros au lieu de 104 538 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 71 763 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 232 406 euros qui s'impute à hauteur de :

- 127 742 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 32 901 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice *sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.*

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 232 406 euros se répartissant ainsi :

- 127 742 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007

- 32 901 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 25 patients pour l'année 2007 et de 50 patients pour l'année 2008.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs du Réseau PALLISSY transmettent un état de suivi des dépenses d'investissement depuis 2006 ainsi que les informations demandées sur le logiciel « Logirezo » sollicité.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau PALLISSY (N°960 720 423) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Coordination	Participation à la coordination et au suivi des patients en au domicile du patient en lien avec l'équipe mobile	Forfait de prise en charge pour les intervenants	Médecin traitant (non coordinateur de la prise en charge à domicile), IDE, MK et pharmacien effecteur au domicile et participant aux réunions	Au réseau	40€ par professionnel de santé libéral (3 PS indemnisés par réunion)	25 patients en 2007 = 6 000€ 50 patients en 2008 = 12 000€ 75 patients en 2009 = 18 000€	6 000 €
Réunion post-décès	Réunion de régulation « débriefing » des intervenants du patient ; indemnisation pour la participation de 3 Professionnels de santé libéraux	Forfait	Médecin et paramédicaux (3 PS)	Au réseau	40€ par professionnel de santé libéral (3 PSL indemnisés par réunion)	25 en 2007 = 3000€ 50 en 2008 = 6 000€ 40 en 2009 = 4 800€	3 000 €

Coordination de la prise en charge à domicile	Organisation et supervision de la prise en charge du patient par le coordinateur désigné	Forfait de coordination	Médecin traitant ou du infirmier du patient désigné comme coordinateur	Au réseau	80€ par patient et par mois 160€ par patient	25 patients en 2007 = 4 000€ 50 patients en 2008 = 8 000€ 75 patients en 2009 = 12 000 €	4 000 €
---	--	-------------------------	--	-----------	---	--	---------

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Assistance téléphonique auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Conseils téléphoniques réalisés auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au réseau	40€ par patient	5 patients en 2006 = 200€ 25 patients en 2007 = 1 000€ 50 patients en 2008 = 2 000€ 75 patients en 2009 = 3 000 €	1 000 €
Formation des Référents libéraux	Formation professionnelle des Référents (actualisation des connaissances et des pratiques) pour une durée de 3 heures et une périodicité d'une fois par an	Indemnisation	Médecin libéral	Au réseau	135 € par an et par Référent	6 Référents médecins	Coût annuel 2008 = 810 €
			Infirmier libéral		78 € par an et par Référent	6 Référents infirmiers	Coût annuel 2008 = 468 €
Professionnels de santé	Réunions de formation des Professionnels de santé effecteurs soit lors de leur adhésion ou formation à des situations particulières relevant des soins palliatifs. Réunion de 3h, 1 par semestre Organisée par la coordination médico-administrative et les référents territoriaux	Indemnisation	Médecin libéral	Au réseau	135€ par réunion soit 270 € par an	10	2007 et 2008 = 2700€ 2009 = 1350€
			Infirmier libéral		78€ par réunion 156 € par an	10	2007, 2008 = 1560€ 2009 = 780€
			Kinésithérapeute libéral		96€ par réunion 192€ par an	10	2007, 2008 = 1920€ 2009 = 960€

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Intervention à domicile du Référent territorial pour l'inclusion du patient	Participation du Référent territorial à la réunion d'inclusion du patient en présence de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par réunion d'inclusion	25 patients en 2007 50 patients en 2008	Pour 2007 = 1 900 € Pour 2008 = 3 800 €
Intervention à domicile du Référent territorial pour le suivi du patient	Intervention à domicile du Référent en présence d'au moins un membre de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge et du suivi du patient	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par intervention (avec 2 interventions en moyenne par patient)	25 patients en 2007 50 patients en 2008	Pour 2007 = 3 800 € Pour 2008 = 7 600 €
Soins exceptionnels	Soins particuliers de confort du malade dispensés par un intervenant (ergothérapeute, massages de confort, orthophonie) 2 interventions par patient	Indemnisation pour 1 professionnel de santé pour un acte non référencé	Professionnel de santé libéraux	Au réseau	50€ par intervention d'1h soit 100€ par patient	25 en 2007 = 2500€ 50 en 2008 = 5 000 € 75 en 2009 = 7 500 €	2 500 €

ARTICLE 7.3 - DÉROGATIONS AUX RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
Aide financière exceptionnelle	Aide financière pour les patients après épuisement de toutes les aides possibles ou en complémentarité	Forfait/patient	Patient	Au Réseau	100 € maximum par mois	12 en 2007 = 2 400€ 30 en 2008 = 6 000€ 25 en 2009 = 5 000€	2 400 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 9 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 32 901 €
Janvier 2008	72 408 €
Avril 2008	72 408 €

Fait à Bordeaux, Le 26 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

RESEAU : PALLISSY						
BUDGET DCM N°2						
RESEAU : PALLISSY						
BUDGET DCM N°2						
					Montant accordé au titre de la Dotations 2007	Montant prévisionnel 2008
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606110- Eau						
606120- EDF et GAZ						
606300- Entretien et petit équipement					500	500
606400- Fournitures administratives et autres fournitures					3 000	3 090
TOTAL GROUPE 1					3 500	3 590
Services extérieurs						
612500- Crédit-bail mobilier (leasing photocopieur)					1 100	1 100
613000- Locations					13 200	13 596
614000- Charges locatives					1 800	1 854
615200- Entretien sur biens immobiliers					500	500
615500- Entretien sur biens mobiliers					500	500
615600- Maintenance					1 063	1 095
616000- Assurances					650	700
618000- Documentation, divers					500	500
TOTAL GROUPE 2					19 313	19 845
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable					4 300	4 300
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					3 000	3 000
622602- Honoraires thérapeute (régulation)					0	0
623000- Publicité, publications, relations publiques					6 000	5 000
625100- Voyages et déplacements					3 388	3 388
625700- Réceptions					1 000	1 000
626000- Frais postaux et de télécommunication					1 900	1 900
627000- services bancaires					500	500
628100- Cotisations, abonnements					496	511
633000-Formation continue ECA					4 460	3 000
TOTAL GROUPE 3					25 044	22 599
Fédération de Réseaux de prise en charge des Soins Palliatifs						
TOTAL GROUPE 4						
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales			
		mensuel	onales et taxes / r	total mensuel		
coordination administrative chargé de mission	1/2	2 304	1 208	3 512	42 144	42 964
secrétaire	1/4	426	151	577	3 462	7 100
TOTAL GROUPE 5					45 606	50 064
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 5 = A					93 463	96 098

2. FRAIS DIRECTS	nombre ETP	saiaire brut mensuel	charges sociales patronales et taxes	total mensuel		
Sous-famille 1 : coordination						
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)						
coordonateur médical	1/2			51 145		51 145
IDE	1	2 499	1 290	3 789	34 101	45 841
psychologue	1/2	1 462	754	2 216	22 164	27 122
Assistant social	1/4				6 933	14 213
Sous total sous-famille 1 : masse salariale					114 343	138 321
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination :						
622611 - Coordination				6 000		9 000
622612 - Réunions post décès				3 000		6 000
622613 - Coordination de la prise en charge à domicile (Coordinateur)				4 000		8 000
622614 - Assistance téléphonique auprès des intervenants de l'Equipe du domicile				1 000		2 000
622615 - Participation au Comité de pilotage				0		0
625110- déplacements coordination				0		0
TOTAL SOUS FAMILLE 1					128 343	163 321
Sous-famille 2 : soins						
- 622620- Honoraires prestataires extérieurs soins :						
622621-Intervention à domicile du Réfèrent pour l'inclusion				1 900		3 800
622621- Intervention à domicile du Réfèrent pour le suivi				3 800		7 600
622622 - Soins exceptionnels				2 500		5 000
-628000- Aide financière exceptionnelle patients				2 400		6 000
TOTAL SOUS FAMILLE 2					10 600	22 400
Sous-famille 3 : formation						
- 622630- Honoraires prestataires extérieurs formation						
622631 Formation PS effecteurs (médecin)				0		2 700
622632 Formation PS effecteurs (IDE)				0		1 560
622633 Formation PS effecteurs (MK)				0		1 920
622634 Formation référents (médecins)				0		810
622634 Formation référents (IDE)				0		468
TOTAL SOUS FAMILLE 3					0	7 458
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					138 943	194 034
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS		(1)	(2)	(3)	232 406	289 632
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					71 763	
Montant total des Versements DRDR 2007					127 742	
Montant total des Versements FIQCS					32 901	
Dotation aux Fonds dédiés (FARSPA)					15 000	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 29.10.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 10 OCTOBRE 2005 DU RÉSEAU AIME 47 - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 258***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau AIME 47 - N°960 720 258 prise le 10 octobre 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 20 octobre 2006, 19 décembre 2006, du 7 juin 2007 et du 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau AIME 47 (N°960 720 258) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 41 rue Palissy - 47000 AGEN

Représenté par : Marie-Claire BURIAS - Présidente de l'Association Paul Dieuzeide

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 258 en date du 10 octobre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

Le dernier alinéa de L'article 2 – « Autorisation de financement » :

« Le montant de l'autorisation de financement accordé à titre conservatoire au titre de l'Exercice 2007 est de 168 821 euros qui s'impute à hauteur de :

- 155 867 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 1 027 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.** »

est annulé et remplacé par l'alinéa suivant :

« Le montant de l'autorisation de financement accordé à titre conservatoire au titre de l'Exercice 2007 est de 168 821 euros qui s'impute à hauteur de :

- 140 092 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 16 801 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.** »

ARTICLE 2

Le dernier alinéa de L'article 6 « Descriptif de l'autorisation de financement » :

« Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 168 821 euros se répartissant ainsi :

- 155 867 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 1 027 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe. »
est annulé et remplacé par l'alinéa suivant :

« Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 168 821 euros se répartissant ainsi :

- 140 092 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 16 801 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe. »

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement d'une fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007, **soit 1 027 euros**, est exécutoire à la date de signature de la présente Décision.

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 sera rendu exécutoire par Décision conjointe modificative à la présente Décision en application des dispositions prévues à l'article 7.

Fait à Bordeaux, Le 29 octobre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 5						
RESEAU : AIME 47 N° 960 720 258						
					Montant accordé au titre de la Dotations 2007 (du 01/01/07 au ...)	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 30/09/08)
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606400- Fournitures administratives					1 365	1 024
606800- Autres fournitures					500	375
TOTAL GROUPE 1					1 865	1 399
Services extérieurs						
615500- Entretien sur biens mobiliers					300	225
615600- Maintenance					300	225
616000- Assurances					300	225
618500- frais de colloques, séminaire, conférence					800	600
618000- Documentation, divers					400	300
TOTAL GROUPE 2					2 100	1 575
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable					2 392	2 392
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					3 000	3 000
623000- Publicité, publications, relations publiques					500	300
625100- Voyages et déplacements					3 300	2 250
625700- Réceptions					650	400
626000- Frais postaux et de télécommunication					3 125	2 344
TOTAL GROUPE 3					12 967	10 686
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	TOTAL
- secrétariat	0,5	16812	6786	1272	24 870	18 653
- coordonnateur administratif 2/3 temps à partir d'octobre puis 1/2 ETP en 2008	0,5	22101	9305	1991	33 397	23 029
- ménage	1h/semaine	400	165	18	583	477
TOTAL GROUPE 4					58 850	42 158
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A					75 782	55 818
2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	Salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/sa	TOTAL	TOTAL
Sous-famille 1 : coordination						
- médecin coordonnateur généraliste de mai à décembre(2007)	0,5	23404,2	9855	2337	35 597	35 643
- médecin coordonnateur psychiatre de janvier à avril(2007)	0,25	6406	2643	533	9 582	
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination : - 622611: participation réunions pole ressources (psychiatres et psychologues) (2x2h/mois*40€ /heure)					1 500	4 320
- 622612: participation réunions synthèses (40€ /heure)					1 000	1 000
- 622614: Participation réunions coordination générale(2x2h/mois*40€ /heure)					1 700	4 320
TOTAL SOUS FAMILLE 1					49 379	45 283
Sous-famille 2 : soins						
- Psychologues salariés	2x1/5etp+7h /mois	20359	8561	1040	29 960	18 651
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins - 622621: interventions psychiatres prise en charge des patients					0	0
-622622: interventions des psychologues libéraux prise en charge des patients(40€ /cs)					5 000	12 000
TOTAL SOUS FAMILLE 2					34 960	30 651
Sous-famille 3 : formation						
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation					700	700
- 625130- frais déplacement formations					2 500	1 500
- 623330- frais de congrès sur formations					4 000	1 500
- 622830- frais divers d'indemnisation formation					1 500	1 000
TOTAL SOUS FAMILLE 3					8 700	4 700
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					93 039	80 634
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					(1)	(2)
					(3)	
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					-	11 928
Montant total des Versements DRDR 2007						140 092
Montant total des Versements FIQCS						16 801



*AUTORISATION DE CRÉATION D'UNE STRUCTURE
D'HOSPITALISATION DE JOUR DE MÉDECINE AU SEIN DU CENTRE
HOSPITALIER DE BLAYE (33)*

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44 et L6114-2.

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 et du 20 mars 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande présentée par le Centre Hospitalier Saint-Nicolas de Blaye – 97 rue de l'hôpital – B.P. 90 à Blaye (33394 Cedex) - en vue d'obtenir l'autorisation d'ouvrir une structure d'hospitalisation de jour de médecine au sein de cet établissement.

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 26 octobre 2007,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation de création d'une structure d'hospitalisation de jour en médecine **est accordée** au Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye – 97 rue de l'hôpital – B.P. 90 à Blaye (33394 Cedex).

N° Finess de l'entité juridique : 33 078 122 0

ARTICLE 2– L'objectif quantifié fixé en nombre de journée sera fixé contractuellement entre l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Aquitaine et le Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye.

ARTICLE 3 – La durée de validité de cette autorisation est fixée à 5 ans, à compter de la date de mise en œuvre de la présente décision.

ARTICLE 4 – Une visite de conformité a lieu dans le délai d'un mois après que le titulaire de l'autorisation a signifié au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation qu'il est en mesure de mettre en service ses installations,

ARTICLE 5 - L'autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

ARTICLE 6 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 7 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 13 novembre 2007

Le Président
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



**AUTORISATION DE CRÉATION D'UNE CLINIQUE OUVERTE EN OTO-
RHYNO-LARYNGOLOGIE ET OPHTALMOLOGIE AU SEIN DU CENTRE
HOSPITALIER DE BLAYE (33)**

LE DIRECTEUR
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L.6146-10, R.6146-62 et L.6114-2.

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 et du 20 mars 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande présentée par le Centre Hospitalier Saint-Nicolas de Blaye – 97 rue de l'hôpital – B.P. 90 à Blaye (33394 Cedex) - en vue d'obtenir l'autorisation d'ouvrir une structure de soins visée à l'article L6146-10 du Code de la santé publique, dénommée « clinique ouverte » au sein du centre hospitalier de Blaye et réalisant des actes en oto-rhyno-laryngologie et ophtalmologie.

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 26 octobre 2007,

VU l'avis de la Commission Exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 13 novembre 2007,

CONSIDERANT le contrat d'exercice des médecins fourni à l'appui du dossier,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation de création d'une clinique ouverte en oto-rhyno-laryngologie et ophtalmologie au sein du Centre hospitalier Saint Nicolas de Blaye (33) **est accordée** au Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye – 97 rue de l'hôpital – B.P. 90 à Blaye (33394 Cedex).

N° Finess de l'entité juridique : 33 078 122 0

ARTICLE 2 – Cette activité s'exercera dans les conditions prévues par la réglementation, par des praticiens libéraux n'exerçant pas aujourd'hui dans l'établissement.

ARTICLE 3 – L'objectif quantifié fixé en nombre d'actes sera fixé contractuellement entre l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Aquitaine et le Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye.

ARTICLE 4 - L'autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans à compter de la date de la présente décision.

ARTICLE 5 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 6 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 13 novembre 2007

Le Président
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE ALIÉNOR -
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 191***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau gérontologique Aliénor - N°960 720 191 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 13 octobre 2006, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Vu la Circulaire N° DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau gérontologique Aliénor (N°960 720 191) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Cours l'Abbé Lanusse - 47400 TONNEINS

Représenté par : Patrice GAILLERES - Président de l'Association Les 6 Cantons d'Aliénor

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 191 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1.2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

L'Autorisation de financement dont bénéficie le Réseau Aliénor (N°960 720 191) au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale est prorogée de 13 mois à compter du 1^{er} Décembre 2007. Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article « Conditions suspensives et engagements » de la Décision Conjointe.

Le montant de l'autorisation de financement accordé pour le mois de décembre 2007 et s'imputant sur la Dotation 2007 est de 18 342 euros.

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour le mois de décembre de l'Exercice 2007, cette autorisation est fixée à hauteur de 18 342 euros, selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau gérontologique Aliénor (N°960 720 191) sont accordées selon les modalités fixées dans la Décision Conjointe Modificative n°4 pour le montant total figurant au Budget annexé à la présente Décision Conjointe Modificative et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	18 342 €
Janvier 2008	55 027 €
Avril 2008	55 027 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 5							
RESEAU : Réseau Gérontologique Aliénor - N° 960 720 191							
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/12/07 au 31/12/2007)	Montant prévisionnel 2008
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606300- Fourn entretien et petit équipement						39	469
606400- Fournitures administratives						313	3 756
606600- Carburants						112	1 344
TOTAL GROUPE 1						464	5 569
Services extérieurs							
613000- Locations						400	4 800
615200- Entretien sur biens immobiliers						83	999
615500- Entretien sur biens mobiliers						58	700
615600- Maintenance						45	545
616100- Assurances						122	1 462
618000- Documentation, divers						44	525
TOTAL GROUPE 2						753	9 032
Autres services extérieurs							
622620- Mission expert comptable						392	4 700
622610- Honoraires Commissaire aux comptes						345	4 145
625100- Voyages et déplacements						237	2 847
625600- Missions						45	545
626000- Frais postaux et de télécommunication						384	4 604
627800- Autres frais CCP						44	524
TOTAL GROUPE 3						1 447	17 365
Masse salariale structure administrative	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires et formation professionnelle et médecine préventive	TOTAL ANNUEL EQUIVALENT TEMPS PLEIN	TOTAL	TOTAL
- secrétariat	1,00	26 161	14 004	1 716		3 807	45 688
ANNUUEL ETP		28 539	15 277	1 872	45 688		
- secrétaire comptable	0,50	10 175	5 015	474		1 721	20 649
ANNUUEL ETP		22 200	10 943	1 034	34 177		
TOTAL GROUPE 4						5 528	66 337
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						8 192	98 303
2. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires		TOTAL	TOTAL
Sous-famille 1 : coordination							
- masse salariale							
IDE 70 %	0,70	1 789	966	117		2 873	34 472
ANNUUEL ETP		30 670	16 567	2 008	49 245		0
IDE 80 %	0,80	2 077	1 104	134		3 316	39 790
ANNUUEL ETP		31 162	16 567	2 008	49 737		0
ASSIST, SOCIALE 50%	0,50	1 246	625	69		1 940	23 283
ANNUUEL ETP		29 914	15 005	1 648	46 567		0
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination							0
Médecins généralistes						805	9 660
Infirmiers libéraux						187	2 244
Kinésithérapeutes						95	1 144
Dentistes						100	1 200
Aide-ménagères						180	2 159
622640- Bilans gériatriques effectuées par le CHIC						655	7 855
TOTAL SOUS FAMILLE 1						10 151	121 807
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)						10 151	121 807
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						18 342	220 109
Montant total des Versements FIQCS						18 342	220 109



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 11 DÉCEMBRE 2003 DU RÉSEAU PÉRINAT AQUITAINE - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 076***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau PERINAT Aquitaine - N°960 720 076 prise le 11 décembre 2003 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 15 novembre 2005, 15 décembre 2006, 22 décembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau PERINAT Aquitaine (N°960 720 076) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 12 rue Dubernat - 33404 TALENCE

Représenté par : Alain HERIAUD - Directeur Général du CHU de Bordeaux

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 076 en date du 11 décembre 2003 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau PERINAT Aquitaine (N°960 720 076) bénéficie d'une autorisation de financement de 339 299 euros au titre de l'Exercice 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 12 avril 2007 et des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 118 125 euros au lieu de 125 910 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 7 785 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 339 299 euros.

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation de financement de 339 299 euros s'impute à hauteur de :

- 260 627 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007)
- 70 887 euros au titre du Budget de liaison du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (versements effectués à compter du 1^{er} juillet 2007)

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 5 bis – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs fournissent, dans un délai de trois mois à compter de la présente Décision, un état des consommations et ou affectations de crédits de fonctionnement et d'investissement au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux depuis l'Exercice 2003.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau PERINAT Aquitaine (N°960 720 076) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 6 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 12 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 11 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 70 887 €
Janvier 2008	81 825 €
Avril 2008	81 825 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Decision conjointe modificative n°5							
RESEAU : PERINAT AQUITAINE - N° 960 072 076							
					Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/01/07 au 31/12/2007)	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 31/12/2008)	Montant prévisionnel 2009 (du 01/01/09 au 30/06/2009)
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606110- Eau					1 500	1 500	750
606120- EDF et GAZ							
606300- Entretien et petit équipement							
606400- Fournitures administratives					2 000	2 000	1 000
606600- Carburants							
606800- Autres fournitures							
TOTAL GROUPE 1					3 500	3 500	1 750
Services extérieurs							
611000- Sous-traitance générale							
612200- Crédit-bail immobilier							
612500- Crédit-bail mobilier							
613000- Locations					1 500	1 500	750
614000- Charges locatives							
615200- Entretien sur biens immobiliers							
615500- Entretien sur biens mobiliers							
615600- Maintenance					1 000	1 000	500
616000- Assurances					1 000	1 000	500
618000- Documentation, divers							
TOTAL GROUPE 2					3 500	3 500	1 750
Autres services extérieurs							
622600- Honoraires Expert comptable : Trésorier					1 000	3 600	1 800
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					3 500	3 500	1 750
622800- Divers : prestations d'interprétariat					3 500	3 500	1 750
623000- Publicité, publications, relations publiques					3 500	3 500	1 750
624000- Transport de biens et collectif du personnel							
625100- Voyages et déplacements					7 500	7 500	3 750
625600- Missions							
625700- Réceptions							
626000- Frais postaux et de télécommunication					3 000	3 000	1 500
627000- Services bancaires							
628000- Cotisation organismes divers							
TOTAL GROUPE 3					22 000	24 600	12 300
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL		
- direction	0,2						
- secrétariat	1				37 630	37 630	18 815
- direction financière							
- comptabilité							
TOTAL GROUPE 4					37 630	37 630	18 815
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					66 630	69 230	34 615
2. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL		
Sous-famille 1 : coordination							
- Masse salariale :							
Coordination médicale	2 x 0,5				102 000	102 000	51 000
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination							
TOTAL SOUS FAMILLE 1					102 000	102 000	51 000
Sous-famille 2 : soins							
- Masse salariale :							
Médecin épidémiologiste	0,5				51 000	51 000	25 500
Sage femme	1				48 144	48 144	24 072
Puéricultrice	1				44 925	44 925	22 463
622620-Transferts nouveaux nés (TIN)					-	-	-
TOTAL SOUS FAMILLE 2					144 069	144 069	72 035
Sous-famille 3 : formation							
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation					10 000	10 000	5 000
- 625130- frais déplacement formations					2 000	2 000	1 000
- 623330- frais de congrès sur formations							
- 622830- frais divers d'indemnisation formation					2 000	-	-
TOTAL SOUS FAMILLE 3					14 000	12 000	6 000
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					260 069	258 069	129 035
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					326 699	327 299	163 650
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					-7 785		
INVESTISSEMENTS					12 600		
Reprise sur investissement année ...							
Montant total des versements DRDR 2007					260 627		
Montant des versements FIOCS					70 887		
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS							
Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	FIOCS Dotation 2006	FIOCS Dotation 2007	auto- financement			
Mobilier	3 000	0	3 000				
Matériels informatique	6 000	0	6 000				
Logiciel de gestion	3 600	0	3 600				
Analysesurs de CO	60 000	60 000	-				
TOTAL	72 600	60 000	12 600	0			



Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°4 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 14 DÉCEMBRE 2005 DU RÉSEAU RRIA - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 324***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau RRIA - N°960 720 324 prise le 14 décembre 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 28 juillet 2006, 30 novembre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau RRIA (N°960 720 324) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 312 avenue Thiers - 33100 BORDEAUX

Représenté par : Pierre CAYLA - Président de l'Association RRIA

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 324 en date du 14 décembre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau RRIA (N°960 720 324) bénéficie d'une autorisation de financement de 116 662 euros. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 18 mai 2007 et des éléments comptables s'y référant en date du 20 août 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 64 633 euros au lieu de 122 150 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 57 517 euros sera déduit des versements des Exercices 2007 et 2008.

En outre, conformément à l'article 2 de la Décision Conjointe Modificative n°2 du 30 novembre 2006, le trop perçu au titre de l'année 2005 est déduit des versements de l'Exercice 2007, soit 50 716 euros.

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation de financement de 116 662 euros s'impute à hauteur de :

- 37 791 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs apportent un complément d'informations précis sur l'utilisation des crédits relatifs aux prestations dérogatoires, notamment en sous famille 2 (gestion des biothérapies ambulatoires et honoraires prestataires externes).

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau RRIA (N°960 720 324) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
Gestion des biothérapies ambulatoires	Etablissement du dossier de soumission par le médecin instructeur et étude du dossier par le médecin rhumatologue libéral du Comité thérapeutique Durée moyenne évaluée à 3 heures par patient	Forfait pour instruction et étude du dossier médical de demande d'inclusion et de suivi d'une biothérapie	Les professionnels de santé libéraux au titre de médecin instructeur ou médecin membre du Comité thérapeutique	Au Réseau	75 euros	113	8500 pour 2007
Participation aux réunions de formation sur les rhumatismes inflammatoires et sur les biothérapies, et à la formation	Echanges d'expériences, cas cliniques commentés ; diffusion et partage des connaissances sur l'utilisation des biothérapies Formation de 3 heures en moyenne	Formation	Les médecins libéraux membres du Réseau	Au Réseau	225 euros, soit 75 euros par heure	60 bénéficiaires	13 500 euros pour 2007
Formation à l'expertise dans la gestion des biothérapies	Indications et contre-indications dans la gestion des biothérapies ; Description, gestion et prévention des effets secondaires	Forfait	Les formateurs experts libéraux	Au Réseau	290 euros pour une intervention par an	1	580 euros par an
Participation à un groupe de travail pour l'élaboration de référentiels	Etablissement de référentiels pour l'instauration, le respect des contre-indications, la prise en charge des effets secondaires à partir des constatations des membres du Réseau ; 4 réunions pour 2006	Forfait	Les professionnels de santé libéraux	Au Réseau	75 euros par réunion, soit 3 réunions par an	9	2 000 euros pour 2007

Participation aux Instances de pilotage du Réseau	Réunion pour mettre en œuvre les actions améliorant le fonctionnement du Réseau et pour l'évaluer Réunion 1 fois par mois pour une durée de 2 heures	Forfait	Les professionnels de santé libéraux	Au Réseau	75 euros, soit 150 euros pour 2 heures	5	5 000 euros pour 2007
---	--	---------	--------------------------------------	-----------	--	---	-----------------------

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Évaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 13 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 0 €
Janvier 2008	21 687 €
Avril 2008	21 687 €

en 4 exemplaires originaux

Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,

Gilles GRENIER

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,

Alain GARCIA

ANNEXE : *Budget*

BUDGET Decision conjointe modificative n° 4											
RESEAU : RRIA - N° 960 720 324											
									Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008	
1. FRAIS INDIRECTS											
Frais de fonctionnement											
Achats non stockés de matières et fournitures											
606110- Eau											
606110- EDF et GAZ											
606300- Entretien et petit équipement											
606400- Fournitures administratives									500	500	
606600- Carburants											
606800- Autres fournitures											
TOTAL GROUPE 1									500	500	
Services extérieurs											
611000- Sous-traitance générale									18 000	18 000	
612200- Crédit-bail immobilier											
612500- Crédit-bail mobilier											
613000- Locations									8 500	8 500	
614000- Charges locatives											
615200- Entretien sur biens immobiliers											
615500- Entretien sur biens mobiliers											
615600- Maintenance									400	400	
616000- Assurances									1 500	1 500	
618000- Documentation, divers : abonnement annuel cartes CPA									299	299	
TOTAL GROUPE 2									28 699	28 699	
Autres services extérieurs											
622600- Honoraires Expert comptable									3 500	3 000	
622601- Honoraires Commissaire aux comptes											
622800- Divers											
623000- Publicité, publications, relations publiques									1 000	1 000	
624000- Transport de biens et collectif du personnel											
625100- Voyages et déplacements									3 000	3 000	
625600- Missions									3 000	3 000	
625700- Réceptions									15 000	15 000	
626000- Frais postaux et de télécommunication									2 000	2 000	
627000- Services bancaires											
628000- Cotisation organismes divers											
TOTAL GROUPE 3									27 500	27 000	
Masse salariale structure administrative						nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	
- Coordination médico-administrative						0,5	20 000	9 445		30 333	30 333
- secrétariat											
- direction financière											
- comptabilité											
TOTAL GROUPE 4									30 333	30 333	
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A									87 032	86 532	
2. FRAIS DIRECTS						nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	
Sous-famille 1 : coordination											
- Masse salariale :											
- Coordinateur						0				-	
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination										-	
TOTAL SOUS FAMILLE 1										-	
Sous-famille 2 : soins											
Participation aux instances de pilotage										5 000	
Indemnités pour l'élaboration de référentiels										2 000	
Indemnités médecins pour la gestion des biothérapies ambulatoires										8 500	
TOTAL SOUS FAMILLE 2										15 500	
Sous-famille 3 : formation											
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation										580	
- 625130- frais déplacement formations										13 500	
- 623330- frais de congrès sur formations										-	
- 622830- frais divers d'indemnisation formation										-	
TOTAL SOUS FAMILLE 3										14 130	
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)										29 630	
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)										116 662	
Produits constatés d'avance 2005 à décaisser										-28 155	
Produits constatés d'avance 2005 à décaisser										-50 716	
INVESTISSEMENTS										-	
Reprise sur investissement année ...										-	
Montant total des Versements DRDR 2007										37 791	
Montant total des Versements FICCS										0	
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS											
Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007						coût estimé	FICCS Dotation 2006	FICCS Dotation 2007	auto-financem ent		
- ...											
- ...											
- ...											
TOTAL						0	0	0	0		
Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007											
Frais Directs et Indirects						Année 2005	Année 2006				
Frais honoraires prestataires extérieurs							4 890				
Total						-	4 890				



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°4 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 JUIN 2005 DU RÉSEAU RABS - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 233***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau RABS - N°960 720 233 prise le 20 juin 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 28 juillet 2006, 20 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau RABS (N°960 720 233) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Centre Hospitalier de Pau
4 boulevard Hauterive - 64046 PAU CEDEX

Représenté par : Catherine DUSSAU - Présidente de l'Association RABS

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 233 en date du 20 juin 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau RABS (N°960 720 233) bénéficie d'une autorisation de financement de 25 456 euros au titre de l'Exercice 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007 et des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 18 246 euros au lieu de 24 411 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 6 165 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 25 456 euros.

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation de financement de 25 456 euros s'impute à hauteur de :

- 17 589 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007)
- 1 702 euros sur le Budget de liaison du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (versements effectués à compter du 1^{er} juillet 2007)

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Pour l'année 2007 :

Les autres financeurs sont :

- le CH de Pau
- les laboratoires pharmaceutiques,
- autres : le CIAT, la Clinique du Château Préville.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau RABS (N°960 720 233) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
Formation	Formation auprès des médecins généralistes pour harmonisation des pratiques	Forfait non prévu à la nomenclature	Médecins généralistes	Au Réseau	80 euros pour une cession de formation de 4 heures	Non détaillé	8 833 euros

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 1 702 €
Janvier 2008	4 771 euros
Avril 2008	4 771 euros

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 4							
RESEAU : RABS - N° 960 720 233							
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/01/07 au 31/12/2007)	Montant prévisionnel 2008 (01/01/08 au 30/09/08)
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606110- Eau							
606120- EDF et GAZ							
606300- Entretien et petit équipement							
606400- Fournitures administratives							
606600- Carburants							
606800- Autres fournitures							
TOTAL GROUPE 1						300	225
Services extérieurs							
611000- Sous-traitance générale							
612200- Crédit-bail Immobilier							
612500- Crédit-bail mobilier							
613000- Locations							
614000- Charges locatives							
615200- Entretien sur biens immobiliers							
615500- Entretien sur biens mobiliers							
615600- Maintenance							
616000- Assurances						107	80
618000- Documentation, divers							
TOTAL GROUPE 2						107	80
Autres services extérieurs							
622600- Honoraires Expert comptable						969	727
622601- Honoraires Commissaire aux comptes							
622800- Divers							
623000- Publicité, publications, relations publiques							
624000- Transport de biens et collectif du personnel							
625100- Voyages et déplacements						600	450
625600- Missions							
625700- Réceptions						400	300
626000- Frais postaux et de télécommunication							
627000- Services bancaires							
628000- Cotisation organismes divers							
TOTAL GROUPE 3						1 969	1 477
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	saalaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL		
animatrice Réseau					14 247	10 678	
TOTAL GROUPE 4					14 247	10 678	
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						16 623	12 460
2. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	saalaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL		
Sous-famille 1 : coordination							
- Masse salariale :							
Coordinateur						-	-
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination							
TOTAL SOUS FAMILLE 1						-	-
Sous-famille 2 : soins							
- Masse salariale :							
Psychologue						-	-
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins							
TOTAL SOUS FAMILLE 2						-	-
Sous-famille 3 : formation							
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation						8 833	6 625
- 625130- frais déplacement formations							
- 623330- frais de congrès sur formations							
- 622830- frais divers d'indemnisation formation							
TOTAL SOUS FAMILLE 3						8 833	6 625
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)						8 833	6 625
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						25 456	19 085
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007						6 165	
INVESTISSEMENTS						-	-
Reprise sur investissement année ...						-	
Montant total des Versements DRDR 2007						17 589	
Montant total des Versements FIQCS						1 702	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°4 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 28 JUILLET 2004 DU RÉSEAU RADC - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 134***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau RADC - N°960 720 134 prise le 28 juillet 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 19 décembre 2005, 20 octobre 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau RADC (N°960 720 134) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Place Amélie Raba Léon - 33000 BORDEAUX

Représenté par : Alain HERIAUD - Directeur Général du CHU de Bordeaux

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 134 en date du 28 juillet 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complétée par les dispositions suivantes :

Le Réseau RADC (N° 960 720 134) bénéficie d'une autorisation de financement de 75 542 euros, pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 juillet 2007.

L'autorisation de financement dont bénéficie le Réseau RADC est prorogée à effet du 1^{er} Août 2007 pour une durée de 17 mois.

Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 de la présente Décision.

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur et des éléments comptables s'y référant en date du 30 avril 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 127 251 euros au lieu de 127 981 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 730 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant total de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 129 501 euros.

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation de financement de 129 501 euros s'impute à hauteur de :

- 100 749 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007)
- 28 022 euros sur le Budget de liaison du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (versements effectués à compter du 1^{er} juillet 2007)

selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs présentent, dans un délai de trois mois à compter de la présente Décision, un bilan chiffré de l'utilisation des crédits d'investissements depuis l'Exercice 2004.

En outre, les Promoteurs devront fournir un bilan évaluatif des actions menées au cours des trois derniers exercices, sur la base d'indicateurs pertinents. Ce bilan devra être transmis au plus tard fin juillet 2008.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau RADC (N°960 720 134) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 7 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 13 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 28 022 €
Janvier 2008	31 250 €
Avril 2008	31 250 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Decision conjointe modificative n° 4						
RESEAU : RADC N° 960 720 134						
				Montant accordé au titre de la Dotaton 2007 (du 01/01/07 au 31/07/2007)	Montant accordé au titre de la Dotaton 2007 (du 01/08/07 au 31/12/07)	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 31/12/2008)
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606110- Eau				875	625	1 500
606120- EDF et GAZ						
606300- Entretien et petit équipement						
606400- Fournitures administratives				583	417	1 000
606600- Carburants						
606800- Autres fournitures						
TOTAL GROUPE 1				1 458	1 042	2 500
Services extérieurs						
611000- Sous-traitance générale						
612200- Crédit-bail immobilier						
612500- Crédit-bail mobilier						
613000- Locations						
614000- Charges locatives						
615200- Entretien sur biens immobiliers						
615500- Entretien sur biens mobiliers						
615600- Maintenance						
616000- Assurances						
618000- Documentation, divers						
TOTAL GROUPE 2				-	-	-
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires Expert comptable						
622601- Honoraires Commissaire aux comptes						
622800- Divers						
623000- Publicité, publications, relations publiques				1 167	833	2 000
624000- Transport de biens et collectif du personnel						
625100- Voyages et déplacements				5 250	3 750	4 500
625600- Missions						
625700- Réceptions						
626000- Frais postaux et de télécommunication				583	417	1 000
627000- Services bancaires						
628000- Cotisation organismes divers						
TOTAL GROUPE 3				7 000	5 000	7 500
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	saiaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	
- direction						
- secrétariat						
- direction financière						
- comptabilité						
TOTAL GROUPE 4						
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A				8 458	6 042	10 000
2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	saiaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	
Sous-famille 1 : coordination						
- Masse salariale :						
Coordinateur						
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination						
TOTAL SOUS FAMILLE 1						
Sous-famille 2 : soins						
- Masse salariale :						
Médecin psychiatre						
	0					
Psychologue	2	35 000		25 000	60 000	
IDE	1	29 458		21 042	50 500	
TOTAL SOUS FAMILLE 2				64 458	46 042	110 500
Sous-famille 3 : formation						
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation						
				2 042	1 459	3 500
- 625130- frais déplacement formations						
- 623330- frais de congrès sur formations						
- 622830- frais divers d'indemnisation formation						
				583	417	1 000
TOTAL SOUS FAMILLE 3				2 625	1 876	4 500
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)				67 083	47 918	115 000
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)				75 541	53 960	125 000
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					-730	
INVESTISSEMENTS						
Montant total des Versements DRDR 2007				100 749		
Montant total des Versements FIQCS					28 022	
Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007						
Frais Directs et Indirects						
	Année 2005	Année 2006				
623330-Frais de congrès sur formation/622830- Frais divers d'indemnisation formation		4 526				
Total		4 526				



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 22 DÉCEMBRE 2006 DU RÉSEAU PERINAT 40 - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 456***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau PERINAT 40 - N°960 720 456 prise le 22 décembre 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau PERINAT 40 (N°960 720 456) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Centre hospitalier de Mont de Marsan - 40024 MONT DE MARSAN CEDEX

Représenté par : Docteur Marie-Laure PIGNOL, Vice-présidente de l'Association Réseau de Périnatalité du Territoire de Santé de l'Adour et du Marsan,

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N° 960 720 456 en date du 22 décembre 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau PERINAT 40 (N°960 720 456) bénéficie d'une autorisation de financement de 100 233 euros au titre de l'Exercice 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007 et des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 5 039 euros au lieu de 25 275 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 20 236 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 100 233 euros.

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation de financement de 100 233 euros s'impute à hauteur de :

- 79 860 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 137 euros au titre du Budget de liaison du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (versements effectués à compter du 1^{er} juillet 2007),

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Pour l'année 2007 :

Les autres financeurs sont :

- le CH de Mont de Marsan.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs présentent, dans un délai de 2 mois, à compter de la présente Décision :

- la situation du médecin coordonnateur du Réseau en terme de salaire, pour les mois d'octobre, novembre et décembre 2006, notamment vis-à-vis du Centre Hospitalier de Mont de Marsan,
- des précisions sur les actions menées dans le cadre des prestations dérogatoires et notamment le nombre de médecins concernés.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau PERINAT 40 (N°960 720 456) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total accordé
COORDINATION							
Groupe de réflexion pluridisciplinaire	- Choix des thèmes à prioriser pour les formations - choix des stratégies d'action - choix des pathologies à protocoliser	Indemnisation Réunion de 2 h	Médecins généralistes	Au réseau	60 €/ h	10 médecins généralistes	2 600 euros par an
Groupe information des usagers	Inventaire et déclinaison des informations à dispenser	Indemnisation réunion de 2 h	Médecins généralistes	Au réseau	60 € / h	10 médecins généralistes	2500€ / an
FORMATION							
Suivi de la grossesse	Suivi de la grossesse à bas risque	Indemnisation formation de 2 h	Médecins généralistes	Au réseau	60 € / h	20 médecins généralistes	/
Suivi de l'allaitement	Accompagnement de l'allaitement et suivi de la mère et du nouveau-né	Indemnisation formation de 2h	Médecins généralistes	Au réseau	60 €/h	20 médecins généralistes	7 020 € en 2007 ; 5 400 euros en 2008 « l'allaitement au cœur du Réseau »

Suivi de la grossesse	Menace d'accouchement prématuré	Indemnisation formation de 2h	Médecins généralistes	Au réseau	60 €/h	20 médecins généralistes	5 040 € en 2007
-----------------------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	-----------	--------	--------------------------	-----------------

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 137 €
Janvier 2008	23 280 €
Avril 2008	23 280 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,
Gilles GRENIER**

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,
Alain GARCIA**

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision Conjointe Modificative n°2					
RESEAU : PERINAT 40 - N° 960 720 456					
				Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 1/01/07 au 31/12/2007)	Montant prévisionnel 2008 (du 1/01/08 au 31/12/2008)
1. FRAIS INDIRECTS					
Frais de fonctionnement					
Achats non stockés de matières et fournitures					
606110- Eau					
606120- EDF et GAZ					
606300- Entretien et petit équipement					
606400- Fournitures administratives				500	500
606600- Carburants					
606800- Autres fournitures					
TOTAL GROUPE 1				500	500
Services extérieurs					
611000- Sous-traitance générale					
612200- Crédit-bail immobilier					
612500- Crédit-bail mobilier					
613000- Locations				353	400
613000- Locations formations					
614000- Charges locatives					
615200- Entretien sur biens immobiliers					
615500- Entretien sur biens mobiliers				0	0
615600- Maintenance					
616000- Assurances				2 640	2 640
618000- Documentation, divers				1 000	1 000
TOTAL GROUPE 2				3 993	4 040
Autres services extérieurs					
622600- Honoraires expert comptable				2 650	2 650
622601- Honoraires Commissaire aux comptes				1 130	1 130
623000- Publicité, publications, relations publiques				4 000	4 000
624000- Transport de biens et collectif du personnel					
625100- Voyages et déplacements				2 500	2 500
625600- Missions				0	0
625700- Réceptions				2 000	2 000
626000- Frais postaux et de télécommunication				1 000	1 000
TOTAL GROUPE 3				13 280	13 280
Masse salariale structure administrative					
A renseigner en détail					
- coordinateur administratif					
- secrétariat				12 000	12 000
- direction financière					
- comptabilité					
TOTAL GROUPE 4				12 000	12 000
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A				29 773	29 620
2. FRAIS DIRECTS					
Sous-famille 1 : coordination					
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)					
coordinateur médical	0,5			51 000	51 000
secrétariat	0,5				
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination					
622611- groupe de travail pluridisciplinaire				2 600	2 600
622612- groupe information des usagers				2 500	2 000
TOTAL SOUS FAMILLE 1				56 100	55 600
Sous-famille 2 : soins					
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)					
à renseigner (une ligne par salarié)					
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins					
à détailler ligne par ligne pour chaque prestation dérogatoire et remplir la fiche de prestation dérogatoire afférente de façon détaillée					
TOTAL SOUS FAMILLE 2				0	0
Sous-famille 3 : formation					
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation					
Formation des professionnels libéraux					
Formation des professionnels libéraux " l'allaitement au cœur du réseau" oct 07				5 400	5 400
Formation des PS "l'allaitement" sept 07				1 620	
Formation des PS "déroulement et suivi de la grossesse normale" juin 07				5 040	
- 625130- frais déplacement formations					
- 623330- frais de congrès sur formations				2 300	2 300
- 622630- frais divers d'indemnisation formation					
TOTAL SOUS FAMILLE 3				14 360	7 700
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)				70 460	63 300
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)				(1) 100 233	(2) 93 120
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007				-20 236	
Montant total des Versements DRDR 2007				79 860	
Montant total des Versements FIQCS				137	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 22 DÉCEMBRE 2006 DU RÉSEAU RAN - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 480***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau RAN –N° 960 720 480 prise le 22 décembre 2006 et la Décision Conjointe modificative d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe initiale autorisant le Réseau RAN (N°960 720 480) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale

Sis : 106 avenue d'Ares 33000 BORDEAUX

Représenté par : Dr Piotr SENIUTA, Président du RAN

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe initiale d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 du Réseau identifié sous le N°960 720 480. La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de cette Décision.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé. Elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau et elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1 :

L'Article 2 – « Autorisation de financement » de la Décision Conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 est modifiée comme suit :

Le Réseau RAN (N° 960 720 480) bénéficie d'une autorisation de financement de 136 200 euros au titre de l'exercice 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

En l'absence de transmission d'éléments comptables par le Promoteur dans les délais réglementaires, le montant de l'autorisation de financement prévue aux Articles 1 et 5 de la Décision Conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006, est ramené à 1 025 euros au lieu de 34 050 euros.

Le trop perçu 2006, soit 33 025 euros, sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 136 200 euros.

ARTICLE 2 :

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation de financement de 136 200 euros s'impute à hauteur de :

- 91 250 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 11 925 euros sur le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins 2007 (versements effectués à compter du 1^{er} juillet 2007),

sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 et de l'article 3 de la présente Décision.

RAPPEL

LES FRAIS INDIRECTS (GROUPE 1 À 3) SONT CONSTITUÉS DE GROUPE DE DÉPENSES AU SEIN DESQUELS LES ÉCARTS (POSITIFS OU NÉGATIFS) ENTRE LE BUDGET ET LE RÉALISÉ PEUVENT ÊTRE COMPENSÉS ; EN REVANCHE, LES DÉPASSEMENTS BUDGÉTAIRES D'UN GROUPE À L'AUTRE NE SONT PAS ADMIS AU TITRE DU FINANCEMENT ET DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE DEMANDE PRÉALABLE EXPLICITE PAR COURRIER.

PAR AILLEURS, AUCUNE COMPENSATION RELATIVE AUX FRAIS DIRECTS (MASSE SALARIALE ET PRESTATIONS DÉROGATOIRES) ET AUCUNE COMPENSATION RELATIVE AU GROUPE 4 (MASSE SALARIALE DE LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE) DES FRAIS INDIRECTS NE POURRONT ÊTRE EFFECTUÉES SANS AUTORISATION EXPRESSE PRÉALABLE.

ARTICLE 3 :

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » de la Décision Conjointe d'autorisation de financement en date du 22 décembre 2006 est complété par les dispositions suivantes :

Les éléments comptables relatifs à l'exercice 2006 ainsi que le Budget Prévisionnel 2007 n'ayant pas été produits dans le délai fixé par voie réglementaire, soit le 31 mars 2007, les dispositions de la présente Décision sont prises sous réserve de la transmission par le Réseau de l'ensemble des éléments comptables relatifs à ces exercices dans un délai d'un mois à compter de la présente Décision.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 14 « Modalités de versement du financement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007, soit 11 925 euros, est subordonné à la transmission par les Promoteurs, **dans un délai d'un mois à compter de la présente Décision**, des éléments comptables relatifs à l'Exercice 2006 et du Budget Prévisionnel 2007.

Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 12 et conformément à l'échéancier suivant :**

Date de versement	Montant du versement
Date de la signature de la présente Décision	/
Janvier 2008	25 % de la Dotation 2008 soit 34 822 euros
Avril 2008	25 % de la Dotation 2008 soit 34 822 euros

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Decision conjointe modificative n° 2											
RESEAU : RAN N° 960 720 480											
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/01/07 au 31/12/07)	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 31/12/2008)	Montant prévisionnel 2009 (9 mois)			
1. FRAIS INDIRECTS											
Frais de fonctionnement											
Achats non stockés de matières et fournitures											
606110- Eau											
606120- EDF et GAZ						1 000	1 000	796			
606300- Entretien et petit équipement						1 500	1 500	1 194			
606400- Fournitures administratives						4 000	4 000	3 183			
606600- Carburants						1 500	1 500	1 194			
606800- Autres fournitures											
TOTAL GROUPE 1						8 000	8 000	6 367			
Services extérieurs											
611000- Sous-traitance générale						1 600	1 600	1 200			
612200- Crédit-bail immobilier											
612500- Crédit-bail mobilier											
613000- Locations						3 000	3 000	2 225			
614000- Charges locatives						600	600	450			
615200- Entretien sur biens immobiliers											
615500- Entretien sur biens mobiliers											
615600- Maintenance						500	500	375			
616000- Assurances						500	500	375			
618000- Documentation, divers						1 000	1 000	750			
TOTAL GROUPE 2						7 200	7 200	5 375			
Autres services extérieurs											
622600- Honoraires Expert comptable						4 000	4 000	3 000			
622601- Honoraires Commissaire aux comptes						-	3 090	2 387			
622800- Divers											
623000- Publicité, publications, relations publiques											
624000- Transport de biens et collectif du personnel											
625100- Voyages et déplacements											
625600- Missions											
625700- Réceptions											
626000- Frais postaux et de télécommunication						2 000	2 000	1 500			
627000- Services bancaires											
628000- Coopération organismes divers											
TOTAL GROUPE 3						6 000	9 090	6 887			
Masse salariale structure administrative											
						nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	
- direction						0,5		18 000	18 000	13 500	
- secrétariat											
- direction financière											
- comptabilité											
TOTAL GROUPE 4								18 000	18 000	13 500	
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A						39 200	42 290	32 129			
2. FRAIS DIRECTS											
						nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	
Sous-famille 1 : coordination											
- Masse salariale											
Médecin Coordinateur						0,5		52 000	52 000	39 000	
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination											
TOTAL SOUS FAMILLE 1								52 000	52 000	39 000	
Sous-famille 2 : soins											
- Masse salariale											
Psychologue						1		-	45 000	33 750	
Assistant de recherche clinique						1		45 000	-	-	
TOTAL SOUS FAMILLE 2								45 000	45 000	33 750	
Sous-famille 3 : formation											
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation											
- 625130- frais déplacement formations											
- 623330- frais de congrès sur formations											
- 622630- frais divers d'indemnisation formation											
TOTAL SOUS FAMILLE 3								-	-	-	
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)								97 000	97 000	72 750	
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)								136 200	139 290	104 879	
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007								(33 025)			
INVESTISSEMENTS								-			
Reprise sur investissement année ...								-			
Montant total des Versements DRDR 2007								91 250			
Montant total des Versements FIQCS								11 925			
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS											
Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007						coût estimé	FIQCS Dotation 2006	FIQCS Dotation 2007	autofinanceme nt		
- ...											
- ...											
- ...											
TOTAL						0	0	0	0		
Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007											
Frais Directs et Indirects						Année 2005	Année 2006				
622600-Expert comptable							1 000				
616000-Assurances							125				
Total						-	1 125				



Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°2 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 30 JUIN 2006 DU RÉSEAU REZOPAU - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 373***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ ET LE DIRECTEUR

DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau REZOPAU - N°960 720 373 prise le 30 juin 2006 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date du 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau REZOPAU (N°960 720 373) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis :

CH Pau

Centre Hauterive

4 bld Hauterive

64046 PAU CEDEX

Représenté par : Jacques LACOMBE - Président du REZOPAU

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N° 960 720 373 en date du 30 juin 2006 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau REZOPAU (N°960 720 373) bénéficie d'une autorisation de financement de 197 238 euros au titre de l'Exercice 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 10 Avril 2007 et des éléments comptables s'y référant, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 45 277 euros au lieu de 82 449 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 37 172 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 197 238 euros.

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation de financement de 197 238 euros s'impute à hauteur de :

- 137 854 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007)
- 22 212 euros au titre du Budget de liaison du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (versements effectués à compter du 1^{er} juillet 2007)

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Pour l'année 2007 :

Les autres financeurs sont :

- le CH de Pau
- les produits des adhésions.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 40 pour l'année 2007, de 70 pour l'année 2008, de 85 pour l'année 2009.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs assurent des prises en charge pour des patients domiciliés dans le secteur du Béarn et de la Soule, ou domiciliés en région Aquitaine, conformément à l'Article 1 de la Décision Conjointe d'autorisation de financement du 30 Juin 2006.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau REZOPAU (N°960 720 373) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
Groupes de travail	Participation aux groupes de travail pour l'élaboration de protocoles de fonctionnement, pour l'évaluation du Réseau, ...	Forfait par réunion	Professionnels libéraux	Au Réseau	100 euros par réunion de travail pour une durée de 2 à 3 heures	5	2007 : 4 réunions – 2 000 €
Formation 1 ^{er} niveau Addictions, VIH, hépatite	Sensibilisation à la prise en charge	Forfait par réunion	Médecins généralistes libéraux	Au Réseau	50 euros /h par professionnel pour une durée de 2 ou 3 h	20	2007 : 3 séances = 6 000 euros 2008 : 3 séances = 6 000 euros
Formation 2 ^{ème} niveau	Stratégie de prise en charge	Forfait par journée	Médecins généralistes libéraux	Au Réseau	50 euros/heure x 8 heures = 400 euros par participant	20	2007 : 1 journée = 8 000 euros 2008 : 1 journée = 8 000 euros

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
Coordination Prévention	Elaboration d'un plan d'action et d'éducation thérapeutique	Forfait par séance	Médecin, psychologue, pharmacien (libéraux)	Au Réseau	50 euros / heure par professionnel soit 150 euros par séance	10 patients pour les autres années) (20)	2007 : 10 patients = 1 500 euros 2008 : 20 patients = 3 000 euros 2009 : 20 patients = 3 000 euros
Forfait inclusion provisoire patients sans couverture sociale (1 mois)	- 6 consultations Médecins généralistes - médicaments - bilan dentaire	Forfait par patient	- Médecins généralistes - pharmaciens - chirurgiens-dentistes	Au Réseau	- 120 euros/M.G. - 50 euros/pharm. - 15 euros/dentiste TOTAL / patient : 185 euros	2007 : 10 patients 2008 : 10 patients 2009 : 5 patients	2007 : 1 850 euros 2008 : 1 850 euros 2009 : 925 euros
Forfait Pharmacie 1 ^{er} Mois	Délivrance quotidienne de méthadone, subutex et benzodiazépines	Forfait par patient	Pharmaciens d'officine	Au Réseau	15 euros par patient	2007 : 10 patients 2008 : 10 patients 2009 : 5 patients	2007 : 150 euros 2008 : 150 euros 2009 : 75 euros
Forfait inclusion et suivi annuel par généraliste	Inclusion définitive Suivi	Forfait par patient	Médecins généralistes libéraux	Au Réseau	60 euros par inclusion 120 euros en année pleine pour suivi	2007 : 40 patients 2008 : 70 patients 2009 : 85 patients	2007 : 4 800 euros 2008 : 8 400 euros 2009 : 5 100 euros
Bilan dentaire	Suivi dentaire	Forfait par patient	Chirurgiens-dentistes	Au Réseau	15 euros par patient	2007 : 10 patients 2008 : 40 patients 2009 : 40 patients	2007 : 150 euros 2008 : 600 euros 2009 : 600 euros
Soutien psychologique	Intervention de psychiatres et/ou de psychologues pour un suivi mensuel	Forfait par patient	Psychiatres, Psychologues (libéraux)	Au Réseau	30 euros par séance, soit 360 euros par patient et par an	2007 : 20 patients 2008 : 30 patients 2009 : 40 patients	2007 : 7 200 euros 2008 : 10 800 euros 2009 : 14 400 euros
Suivi de patient de VHC : Fibrotest	Réalisation d'analyses spécifiques	Forfait par patient	Laboratoire d'analyses médicales	Au Réseau	59 euros par examen	2007 : 10 patients 2008 : 10 patients	2007 : 590 euros 2008 : 590 euros

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 15 « Désignation de la Caisse pivot chargée d'effectuer le versement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 22 212 €
Janvier 2008	51 097 €
Avril 2008	51 097 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 2						
RESEAU : REZOPAU - N° 960 720 373						
					Montant accordé au titre de la Dotations 2007 (du 01/01/07 au 31/12/2007)	Montant prévisionnel 2008
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606110- Eau				480	480	
606120- EDF et GAZ						
606300- Entretien et petit équipement						
606400- Fournitures administratives						
606600- Carburants						
606800- Autres fournitures						
TOTAL GROUPE 1				480	480	
Services extérieurs						
611000- Sous-traitance générale				10 000	10 000	
612200- Crédit-bail immobilier						
612500- Crédit-bail mobilier						
613000- Locations				7 350	7 350	
614000- Charges locatives						
615200- Entretien sur biens immobiliers						
615500- Entretien sur biens mobiliers						
615600- Maintenance				400	400	
616000- Assurances				470	470	
618000- Documentation, divers : frais d'actes				100	100	
TOTAL GROUPE 2				18 320	18 320	
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires Expert comptable				4 000	4 000	
622601- Honoraires Commissaire aux comptes				3 000	3 000	
622800- Divers				800	800	
623000- Publicité, publications, relations publiques						
624000- Transport de biens et collectif du personnel						
625100- Voyages et déplacements				3 000	3 000	
625600- Missions						
625700- Réceptions						
626000- Frais postaux et de télécommunication						
627000- Services bancaires						
628000- Cotisation organismes divers						
TOTAL GROUPE 3				10 800	10 800	
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	
- secrétaire comptable	1				28 400	
- médecine du travail					300	
TOTAL GROUPE 4					28 700	
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					58 300	

Z. FRAIS DIRECTS					
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL
Sous-famille 1 : coordination					
- Masse salariale :					
Coordinatrice	1				57 000
Coordinateur médical	0,5				48 048
Groupe de travail					2 000
Comité de pilotage du Réseau					-
TOTAL SOUS FAMILLE 1					107 048
Sous-famille 2 : soins					
Coordination Prévention					1 500
Forfait inclusion provisoire patients sans couverture sociale					1 850
Forfait pharmacie 1er mois					150
Forfait inclusion et suivi annuel par généraliste					4 800
Bilan dentaire					150
Suivi de patients de VHC : Fibrotest					590
Soutien psychologique					7 200
TOTAL SOUS FAMILLE 2					16 240
Sous-famille 3 : formation					
Formation 1er niveau					6 000
Formation 2ième niveau					8 000
Formateur - séances (x 18)					450
Formateur - journée (x 4)					1 200
TOTAL SOUS FAMILLE 3					15 650
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					138 938
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					197 238
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					-37 172
INVESTISSEMENTS					-
Reprise sur investissement année ...					-
Montant total des Versements DRDR 2007					137 854
Montant total des Versements FIOCS					22 212
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS					
Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	DRDR Dotation 2006	FIOCS Dotation 2007	auto- financement	
- ...					
- ...					
- ...					
TOTAL	0	0	0	0	
Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007					
Frais Directs et Indirects	Année 2005	Année 2006			
Frais d'assurance		235			
Total	-	235			



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°3 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 22 NOVEMBRE 2005 DU RÉSEAU AQUISEP - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 092***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau AQUISEP - N°960 720 092 prise le 22 novembre 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 28 juillet 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau AQUISEP (N°960 720 092) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 353 av. Mal de Lattre de Tassigny - 33200 BORDEAUX

Représenté par : Alain LAPORTE - Président de l'Association AQUISEP

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 092 en date du 22 novembre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau AQUISEP (N°960 720 092) bénéficie d'une autorisation de financement de 149 232 euros au titre de l'Exercice 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007 et des éléments comptables s'y référant en date du 18 mai 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 109 840 euros au lieu de 125 704 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 15 864 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 149 232 euros.

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation de financement de 149 232 euros s'impute à hauteur de :

- 116 619 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 16 749 euros sur le Budget de liaison du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (versements effectués à compter du 1^{er} juillet 2007),

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 203 patients pour l'année 2007, et 600 patients pour l'année 2008.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « **Objet et conditions du financement** » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs transmettent un Compte Rendu Financier 2006 conforme au financement alloué par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « **Engagements du Réseau** » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 14 « Modalités de versement du financement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « **Modalités de versement du financement** » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 12 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 16 749 €
Janvier 2008	29 923 €
Avril 2008	29 923 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,
Gilles GRENIER**

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,
Alain GARCIA**

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 3							
RESEAU : AQUISEP N° 960 720 092							
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 30/10/2008)
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606110- Eau							
606120- EDF et GAZ							
606300- Entretien et petit équipement							
606400- Fournitures administratives							
606600- Carburants							
606800- Autres fournitures							
TOTAL GROUPE 1						-	-
Services extérieurs							
611000- Sous-traitance générale							
612200- Crédit-bail immobilier							
612500- Crédit-bail mobilier							
613000- Locations							
614000- Charges locatives							
615200- Entretien sur biens immobiliers							
615500- Entretien sur biens mobiliers							
615600- Maintenance							
616000- Assurances							
618000- Documentation, divers							
TOTAL GROUPE 2						-	-
Autres services extérieurs							
622600- Honoraires Expert comptable						3 000	2 500
622601- Honoraires Commissaire aux comptes						2 000	1 667
622800- Divers							
623000- Publicité, publications, relations publiques							
624000- Transport de biens et collectif du personnel							
625100- Voyages et déplacements							
625600- Missions						-	-
625700- Réceptions							
626000- Frais postaux et de télécommunication						2 000	1 667
627000- Services bancaires							
628000- Cotisation organismes divers							
TOTAL GROUPE 3						7 000	5 834
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL		
- direction							
- secrétariat Mme Cousillan	0,5				12 840	10 700	
- direction financière							
- comptabilité							
TOTAL GROUPE 4						12 840	10 700
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						19 840	16 534

2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	saalaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	
Sous-famille 1 : coordination						
- Masse salariale :						
1 neuro psycho	1				47 080	33 348
1 orthophoniste	1				39 112	33 145
1 infirmière C Quemeneur	1				41 000	34 833
Total sous famille 1					127 192	101 326
Sous-famille 3 : formation						
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation						
- 625130- frais déplacement formations						
- 623330- frais de congrès sur formations						
- 622830- frais divers d'indemnisation formation						
TOTAL SOUS FAMILLE 3					2 200	1 833
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					129 392	103 159
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					149 232	119 693
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					-15 864	
INVESTISSEMENTS					-	
Reprise sur investissement année ...					-	
Montant total des Versements DRDR 2007					116 619	
Montant total des Versements FIQCS					16 749	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

**DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°3 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 22 NOVEMBRE 2005 DU RÉSEAU AQUISEP - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 092**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ
ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau AQUISEP - N°960 720 092 prise le 22 novembre 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 28 juillet 2006 et 7 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau AQUISEP (N°960 720 092) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 353 av. Mal de Lattre de Tassigny - 33200 BORDEAUX

Représenté par : Alain LAPORTE - Président de l'Association AQUISEP

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 092 en date du 22 novembre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau AQUISEP (N°960 720 092) bénéficie d'une autorisation de financement de 149 232 euros au titre de l'Exercice 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Au regard du Rapport d'activité de l'année 2006 transmis par le Promoteur en date du 30 mars 2007 et des éléments comptables s'y référant en date du 18 mai 2007, le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 109 840 euros au lieu de 125 704 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement soit 15 864 euros sera déduit des versements de l'Exercice 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 149 232 euros.

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation de financement de 149 232 euros s'impute à hauteur de :

- 116 619 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 16 749 euros sur le Budget de liaison du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (versements effectués à compter du 1^{er} juillet 2007),

selon le Budget figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 203 patients pour l'année 2007, et 600 patients pour l'année 2008.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs transmettent un Compte Rendu Financier 2006 conforme au financement alloué par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'article 9 – « Engagements du Réseau » est complété par les engagements suivants :

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,

ARTICLE 5

En application du Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif à la mise en place du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), l'article 14 « Modalités de versement du financement » est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2007.

A compter de cette date conformément à la Convention de transfert en date du 29 juin 2007 visée plus haut et en application de l'Article D221-22 du Code de la Sécurité Sociale, l'URCAM d'Aquitaine assurera les opérations d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des financements attribués.

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 12 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 16 749 €
Janvier 2008	29 923 €
Avril 2008	29 923 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 3							
RESEAU : AQUISEP N° 960 720 092							
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 30/10/2008)
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606110- Eau							
606120- EDF et GAZ							
606300- Entretien et petit équipement							
606400- Fournitures administratives							
606600- Carburants							
606800- Autres fournitures							
TOTAL GROUPE 1						-	-
Services extérieurs							
611000- Sous-traitance générale							
612200- Crédit-bail immobilier							
612500- Crédit-bail mobilier							
613000- Locations							
614000- Charges locatives							
615200- Entretien sur biens immobiliers							
615500- Entretien sur biens mobiliers							
615600- Maintenance							
616000- Assurances							
618000- Documentation, divers							
TOTAL GROUPE 2						-	-
Autres services extérieurs							
622600- Honoraires Expert comptable						3 000	2 500
622601- Honoraires Commissaire aux comptes						2 000	1 667
622800- Divers							
623000- Publicité, publications, relations publiques							
624000- Transport de biens et collectif du personnel							
625100- Voyages et déplacements							
625600- Missions						-	-
625700- Réceptions							
626000- Frais postaux et de télécommunication						2 000	1 667
627000- Services bancaires							
628000- Cotisation organismes divers							
TOTAL GROUPE 3						7 000	5 834
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL		
- direction							
- secrétariat Mme Cousillan	0,5				12 840	10 700	
- direction financière							
- comptabilité							
TOTAL GROUPE 4						12 840	10 700
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						19 840	16 534

7. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	
Sous-famille 1 : coordination						
- Masse salariale :						
1 neuro psycho	1				47 080	33 348
1 orthophoniste					39 112	33 145
1 infirmière C Quemeneur	1				41 000	34 833
Total sous famille 1					127 192	101 326
Sous-famille 3 : formation						
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation						
- 625130- frais déplacement formations						
- 623330- frais de congrès sur formations						
- 622830- frais divers d'indemnisation formation						
TOTAL SOUS FAMILLE 3					2 200	1 833
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)						
					129 392	103 159
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						
					149 232	119 693
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007						
					-15 864	
INVESTISSEMENTS						
					-	
Reprise sur investissement année ...						
					-	
Montant total des Versements DRDR 2007						
					116 619	
Montant total des Versements FIQCS						
					16 749	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

**DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU DABANTA - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 142**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau DABANTA - N°960 720 142 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 28 juillet 2006, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau DABANTA (N°960 720 142) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis :

ZA ACTITECH
9 rue de l'Abbé Grégoire
BP 50331
64141 BILLERE

Représenté par : Claude BRUNET, Président de l'Association des PEP 64

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 142 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

L'Autorisation de financement dont bénéficie le Réseau DABANTA (N°960 720 142) au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale est prorogée de 13 mois à compter du 1^{er} Décembre 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'Autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2006 est ramené à hauteur de 269 887 euros au lieu de 266 266 euros. Le trop perçu de l'Exercice 2006 concernant les dépenses d'équipement et de fonctionnement s'élève à 60 443 euros au lieu de 63 234 euros.

La différence, soit 2 791 euros, sera imputée sur la Dotation FIQCS de l'Exercice 2007 et sera incluse dans le versement de Décembre 2007.

Le montant de l'autorisation de financement accordé pour le mois de décembre 2007 et s'imputant sur la Dotation 2007 est de 39 495 euros.

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour le mois de décembre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'élève à hauteur de 39 495 euros, selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau DABANTA (N°960 720 142) sont accordées selon les modalités fixées dans la Décision Conjointe Modificative n°4 pour le montant total figurant au Budget annexé à la présente Décision Conjointe Modificative et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	42 286 €
Janvier 2008	92 344 €
Avril 2008	92 344 €

en 4 exemplaires originaux

Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,
Gilles GRENIER

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,
Alain GARCIA

ANNEXE :**Budget**

BUDGET Décision Conjointe Modificative N°5				
RESEAU : DABANTA - N° 960 720 142				
1. FRAIS INDIRECTS		BUDGET Accordé Décembre 2007	BUDGET Prévisionnel ANNEE 2008	Autres sources de financement
Frais de fonctionnement				
Achats non stockés de matières et fournitures				
606300- Entretien et petit équipement		0	153	
606400- Fournitures administratives		900	1 326	
606410- Fournitures ateliers thérapeutiques		0	1 071	
TOTAL GROUPE 1		900	2 550	
Services extérieurs				
613000- Location immobilière		4 800	4 800	
615200- Entretien sur biens immobiliers		0	204	
615600- Maintenance informatique		0	510	
616000- Assurances		200	204	
618000- Documentation		160	306	
TOTAL GROUPE 2		5 160	6 024	
Autres services extérieurs				
622600- Honoraires expert comptable		300	816	
622630- Honoraires Commissaire aux comptes		0	1 530	
623000- Imprimés, infographie, éditions		0	816	
625100- Voyages et déplacements		2 000	2 040	
625700- Réceptions		0	1 122	
626000- Frais postaux et de télécommunication (téléphone)		0	2 040	
628400- Utilisation plateforme TSA		0	612	
TOTAL GROUPE 3		2 300	8 976	
Masse salariale structure administrative				
	nombre ETP	TOTAL	TOTAL	
Coordinateur Médical	0	2 440	30 456	
Coordinateur Administratif et Technique	1	4 112	51 313	
Secrétaire comptable	1	1 579	19 513	
Femme de ménage	0	229	5 664	
TOTAL GROUPE 4		8 360	106 946	
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A		16 720	124 496	
2. FRAIS DIRECTS				
	nombre ETP	TOTAL	TOTAL	
Sous-famille 1 : coordination				
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination				
- 622611- honoraires membres comité de pilotage		0	240	
- 622612- honoraires médecins réunions synthèse		0	3 120	
- 622613- honoraires diététiciens réunions synthèse			800	
TOTAL SOUS FAMILLE 1		0	4 160	
Sous-famille 2 : soins				
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)				
- salaires financés par le CMPP	1	4 614	57 585	CMPP
- Psychologues	3	11 619	145 009	
- Psychomotriciens	1	3 511	43 399	
- Art-thérapeutes	1	2 629	32 497	
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins				
- 622622- honoraires diététiciens atelier "se nourrir" (obèses)		400	7 000	
- 622623- honoraires diététiciens atelier "se nourrir" (boulimiques)		80	1 400	
- 622627- honoraires surveillant de baignade		1 536	4 200	
- 622628- actes de prévention		0	1 200	Mut. 64, CG64 (1200€)
TOTAL SOUS FAMILLE 2		24 389	292 290	
Sous-famille 3 : formation				
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation		600	1 632	
- 625130- frais déplacement formations		50	1 632	
- 623330- frais de congrès sur formations		0	2 856	CG 64 (1200€)
- 648700- Formation professionnelle		150	2 295	
TOTAL SOUS FAMILLE 3		800	8 415	
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)		25 189	304 865	
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)		41 909	429 361	
FIQCS		37 295	369 376	
INVESTISSEMENT		2 200		
TOTAL DECEMBRE 2007		39 495		
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS				
Liste des matériels à financer ANNEE 1				
- 2 ordinateurs portables (extension garantie 3 ans)	coût estimé	2 200		
TOTAL		2 200		



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°5 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE GAVES ET
BIDOUBE - NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 209***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau gérontologique Gaves et Bidouze - N°960 720 209 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 1er décembre 2005, 18 octobre 2006, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007.

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Vu la Circulaire N° DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau gérontologique Gaves et Bidouze (N°960 720 209) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Centre médico-social - 64390 SAUVETERRE DE BEARN

Représenté par : Gaston FAURIE - Président du Réseau Gaves et Bidouze

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 209 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1.2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

L'Autorisation de financement dont bénéficie le Réseau gérontologique Gaves et Bidouze (N°960 720 209) au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale est prorogée de 13 mois à compter du 1er Décembre 2007. Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe.

Le montant de l'autorisation de financement accordé pour le mois de décembre 2007 et s'imputant sur la Dotation 2007 est de 20 550 euros.

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour le mois de décembre de l'Exercice 2007, cette autorisation est fixée à hauteur de 20 550 euros, selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau gérontologique Gaves et Bidouze (N°960 720 209) sont accordées selon les modalités fixées dans la Décision Conjointe Modificative n°4 pour le montant total figurant au Budget annexé à la présente Décision Conjointe Modificative et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	20 550 €
Janvier 2008	57 808 €
Avril 2008	57 808 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 5							
RESEAU : Réseau Gérontologique Gaves et Bidouze N° 960 720 209							
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/12/07 au 31/12/2007)	Montant prévisionnel 2008
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606400- Fournitures administratives						175	2 000
TOTAL GROUPE 1						175	2 000
Services extérieurs							
613000- Locations						0	1 730
615600- Maintenance						0	200
616000- Assurances						0	939
618000- Documentation, divers						0	201
TOTAL GROUPE 2						0	3 070
Autres services extérieurs							
622600- Honoraires expert comptable						0	2 246
622601- Honoraires Commissaire aux comptes						0	3 000
622601- Honoraires Adaptation logiciel liquidation						775	0
623000- Publicité, publications, relations publiques						0	300
625100- Voyages et déplacements						744	8 925
625600- Missions						0	370
625700- Réceptions						33	400
627800- Frais bancaires						10	120
626000- Frais postaux et de télécommunication						208	2 500
TOTAL GROUPE 3						1 770	17 861
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires			
- coordinatrice titulaire	1			0	51 109		
- coordinatrice remplaçante du 01/12/07 au 08/01/08	1			6 317	11 865		
- secrétaire	0,5			0	5 383		
- secrétaire remplaçante (du 1/11/2007 au 26/08/2008)	0,5			2 130	15 213		
TOTAL GROUPE 4						0	83 570
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						10 392	106 501
2. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	salaires brut 12 mois	charges sociales patronales 12 mois	taxes s/salaires 12 mois			
Sous-famille 1 : coordination							
- masse salariale							
Médecin Gériatre	0,5	39871	22308	5 182	62 179		
Assistante sociale	0,6	17885	9565	2 288	27 450		
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination				0	0		
Médecins généralistes				366	4 400		
Infirmiers libéraux				147	1 760		
Kinésithérapeutes				147	1 760		
Dentistes				0	600		
Aides à domicile				103	1 234		
TOTAL SOUS FAMILLE 1						57756	31873
Sous-famille 2 : soins							
- masse salariale							
Psychologue	0,5	12679	7213	1 808	23 806		
TOTAL SOUS FAMILLE 2						12679	7213
Sous-famille 3 : formation							
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation						84	1 140
- 625130- frais déplacement formations						34	400
TOTAL SOUS FAMILLE 3						118	1 540
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)						70435	39086
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						(1)	(2)
Montant des Versements FIQCS						(3)	20 550
						20 550	231 230



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°7 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU GIRONDE VIH - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 175***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau Gironde VIH - N°960 720 175 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 29 juillet 2005, 28 juillet 2006, 20 décembre 2006 7 juin 2007 et du 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau Gironde VIH (N°960 720 175) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : CH Pellegrin Hôpital Le Tondu - 33076 BORDEAUX CEDEX

Représenté par : Noëlle BERNARD - Présidente du Réseau Gironde Ville Hôpital

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 175 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1.2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

L'Autorisation de financement dont bénéficie le Réseau VIH Gironde (N°960 720 175) au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale est prorogée de 13 mois à compter du 1^{er} Décembre 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article « Conditions suspensives et engagements » de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé pour le mois de décembre 2007 et s'imputant sur la Dotation 2007 est de 13 384 euros.

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour le mois de décembre de l'Exercice 2007, cette autorisation de financement s'impute à hauteur de 13 384 euros au titre du Budget de liaison FIQCS, selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau VIH Gironde (N°960 720 175) sont accordées selon les modalités fixées dans la Décision Conjointe Modificative n°6 pour le montant total figurant au Budget annexé à la présente Décision Conjointe Modificative et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

Il est ajouté à l'Article 11 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	13 384 €
Janvier 2008	40 803 €
Avril 2008	40 803 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET PREVISIONNEL						
BUDGET Décision conjointe modificative n° 7						
RESEAU : VIH Gironde - N° 960 720 175						
1. FRAIS INDIRECTS					Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/12/07 au 31/12/07)	Montant prévisionnel 2008
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606110- Eau					50	600
606120- EDF et GAZ					150	1 800
606400- Fournitures administratives					506	5 570
606800- Autres fournitures					177	1 946
TOTAL GROUPE 1					883	9 916
Services extérieurs						
611000- Sous-traitance générale (mailing)					164	1 800
612200- Crédit-bail immobilier					0	0
612500- Crédit-bail mobilier					215	2 368
613000- Locations (Salles de réunions)					236	2 600
613001- Locations local					700	8 400
615600- Maintenance					203	2 100
616000- Assurances					23	400
618000- Documentation, divers					12	130
TOTAL GROUPE 2					1 553	17 798
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable					0	4 500
622601- Honoraires Commissaire aux comptes					0	2 500
625100- Voyages et déplacements					375	4 500
625500 - Frais de déménagement					2 300	0
625600- Missions					91	1 091
626000- Frais postaux et de télécommunication					282	3 382
628000- Inscriptions congrès					0	1 200
TOTAL GROUPE 3					3 048	17 173
Masse salariale structure administrative						
	Nb ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires		
- secrétariat administrative technicien supérieur	1	27 763	12 494	665	0	40 922
TOTAL GROUPE 4	1,58	27 763	12 494	665	0	40 922
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A	1,58	27 763	12 494	665	5 484	85 809
2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	salaires brut (12 mois)	Charges sociales patronales (12 mois)	Taxes / les salaires (12 mois)		
Sous-famille 1 : coordination						
- Coordinatrice	1	39 003	17 551	1 033	0	57 587
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination					0	3 130
TOTAL SOUS FAMILLE 1					0	60 717
Sous-famille 2 : soins						
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins						5 600
IDE: Observance thérapeutique- Education thérapeutique						3 733
IDE: Observance thérapeutique- Education Auto-injection						0
TOTAL SOUS FAMILLE 2					0	9 333
Sous-famille 3 : formation						
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation					600	7 200
- 622830- frais divers d'indemnisation formation						152
TOTAL SOUS FAMILLE 3					600	7 352
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					600	77 402
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					6 084	163 211
INVESTISSEMENTS					7 300	-
Montant total des Versements FIQCS					13 384	163 211
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS						
Liste des matériels à financer ANNEE 1						
	coût estimé	FIQCS				
- Mobilier nouveau local	5600	5600				
- Poste informatique fixe complet	1000	1000				
- Poste informatique portable	700	700				
TOTAL	7300	7300				



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°6 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU R3V, PBL - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 159***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau R3V, PBL - N°960 720 159 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 28 juillet 2006, 20 octobre 2006, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau R3V PBL (N°960 720 159) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Association Hats Ontzea

Rés. Le Futura, 62 Av. de Bayonne - 64600 ANGLET

Représenté par : Alain BERNADY - Président du Réseau R3V

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 159 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

L'Autorisation de financement dont bénéficie le Réseau R3V, PBL (N° 960 720 159) au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale est prorogée de 13 mois à compter du 1^{er} Décembre 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé pour le mois de décembre 2007 et s'imputant sur la Dotation 2007 est de 17 903 euros.

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour le mois de décembre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'élève à 17 903 euros, selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau R3V, PBL (N° 960 720 159) sont accordées selon les modalités fixées dans la Décision Conjointe Modificative n°5 pour le montant total figurant au Budget annexé à la présente Décision Conjointe Modificative et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

Les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	17 903 €
Janvier 2008	66 607 €
Avril 2008	66 607 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision Conjointe Modificative n°6

RESEAU : R3V PBL - N° 960 720 159

					Budget accordé Décembre 2007	Budget Prévisionnel 2008
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606120- EDF GDF						
606300- Entretien et petit équipement					0	1670
606400- Fournitures administratives					250	300
606800- Autres fournitures						1100
TOTAL GROUPE 1					250	3070
Services extérieurs						
613000- Location					696	8350
615500- entretien sur biens mobiliers					0	175
615600- Maintenance					0	220
616000- Assurances					108	1000
61700- Documentation					0	320
TOTAL GROUPE 2					804	10065
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable					400	4000
622630- Honoraires Commissaire aux comptes					190	2200
622800 Divers, impression de documents					0	
623000- Publicités, publications relations publiques					0	1000
624000- Transports de biens et collectifs du personnel					800	10000
625700- Réceptions - réunions de médecins						500
625600- Missions/actions de sensibilisation						500
625100- Voyages et déplacements					100	1000
626000- Frais postaux et de télécommunication (téléphone)					350	2600
TOTAL GROUPE 3					1840	21800
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	total annuel		
Coordinateur administratif	1 ETP	33 000	15 593	48 593	4091	48593
Secrétaire	0,6	13 884	6588	20 472	1748	20792
TOTAL GROUPE 4					5839	69385
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A					8733	104320
2. FRAIS DIRECTS						
Sous-famille 1 : coordination						
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	total		
Coordinateur médical	0,5 ETP	33 415	12 073		0	52071
TOTAL SOUS FAMILLE 1					0	52071
Sous-famille 2 : soins						
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires		
STAPS	1				4192	49600
Infirmière	1				4042	49000
Diététicienne	0,12	2 444,00	1 223,00		285	3422
Psychologue	0,1				151	1816
622620- Honoraires prestataires extérieurs soins						
622620-1 Education thérapeutique					0	4000
622-620-2 Ergothérapie					0	800
TOTAL SOUS FAMILLE 2					8670	108838
Sous-famille 3 : formation						
622830- Frais divers indemnisation formation					250	650
625130 Frais de déplacements formation					250	500
TOTAL SOUS FAMILLE 3					500	1200
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					9170	162109
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					17903	266429
Montant du Versement FIQCS					17 903	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°6 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU TUBERCULOSE GIRONDE - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 167***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau Tuberculose Gironde - N°960 720 167 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 19 décembre 2005, 28 juillet 2006, 20 décembre 2006, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau Tuberculose Gironde (N°960 720 167) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis :

ISPED - Case 11
146 rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX CEDEX

Représenté par : Bernard BEGAUD - Président de l'Université Victor Segalen

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 167 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

L'Autorisation de financement dont bénéficie le Réseau Tuberculose Gironde (N° 960 720 167) au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale est prorogée de 13 mois à compter du 1^{er} Décembre 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé pour le mois de décembre 2007 et s'imputant sur la Dotation 2007 est de 5 145 euros.

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour le mois de décembre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'élève à 5 145 euros, selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	5 145 €
Janvier 2008	15 792 €
Avril 2008	15 792 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,

Gilles GRENIER

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,

*Alain GARCIA***ANNEXE :*****Budget***

BUDGET Décision Conjointe Modificative n°6			
RESEAU : RTG - N° 960 720 167			
1. FRAIS INDIRECTS		Montant accordé Décembre 2007	Budget prévisionnel 2008
Frais de fonctionnement			
606400- Fournitures administratives			0
615600- Maintenance(informatique)			0
Autres services extérieurs			
622800- Divers (frais de gestion)		670	7 040
625100- Voyages et déplacements			1 890
TOTAL		670	8 930
TOTAL FRAIS INDIRECTS		670	8 930
2. FRAIS DIRECTS			
	nombre ETP		
Sous-famille 1 : coordination			
- masse salariale :			
Moniteur	0,5	1 685	20 420
Médecin	0,3	1 674	20 290
Médecin : (à partir du 01/09/06)	0,2	1 116	13 530
TOTAL SOUS FAMILLE 1		4 475	54 240
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)		4 475	54 240
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)		5 145	63 170
Montant du Versement FIQCS		5 145	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°6 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 AVRIL 2004 DU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE PAYS DE BESSÈDE -
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 183***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et financière des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu la Circulaire n°DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau gérontologique Pays de Bessède - N°960 720 183 prise le 20 avril 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 28 janvier 2006, 13 octobre 2006, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau gérontologique Pays de Bessède (N°960 720 183) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Place Maurice Biraben - 24170 BELVES

Représenté par : Dr RIEHL - Président du Réseau Gérontologique Pays de Bessède

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 183 en date du 20 avril 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 1 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

L'Autorisation de financement dont bénéficie le Réseau Pays de Bessède (N°960 720 183) au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale est prorogée de 13 mois à compter du 1^{er} Décembre 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article « Conditions suspensives et engagements » de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé pour le mois de décembre 2007 et s'imputant sur la Dotation 2007 est de 8 792 euros.

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour le mois de décembre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'élève à hauteur de 8 792 euros, selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau Pays de Bessède (N°960 720 183) sont accordées selon les modalités fixées dans la Décision Conjointe Modificative n°5 pour le montant total figurant au Budget annexé à la présente Décision Conjointe Modificative et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant** :

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	8 792 €
Janvier 2008	29 417 €
Avril 2008	29 417 €

Fait à Bordeaux, Le 20 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision Conjointe Modificative n°6

NOM du RESEAU : RESEAU DU PAYS DE BESSEDE - N° 960 720 183

1. FRAIS INDIRECTS	BUDGET Accordé Décembre 2007	BUDGET Prévisionnel 2008
Frais de fonctionnement		
Achats non stockés de matières et fournitures		
606110- Eau		
606120- EDF et GAZ		
606300- Entretien et petit équipement		
606400- Fournitures administratives	115	1 512
606600- Carburants		
606800- Autres fournitures	8	110
TOTAL GROUPE 1	123	1 622
Services extérieurs		
611000- Sous-traitance générale		
612200- Crédit-bail immobilier		
612500- Crédit-bail mobilier		
613000- Locations	262	3 465
614000- Charges locatives		
615200- Entretien sur biens immobiliers		
615500- Entretien sur biens mobiliers		
615600- Maintenance		
618000- Assurances	0	250
618000- Documentation, divers		
TOTAL GROUPE 2	262	3 715
Autres services extérieurs		
622600- Honoraires expert comptable	250	3 300
622601- Honoraires Commissaire aux comptes	250	3 300
623000- Publicité, publications, relations publiques	306	4 033
624000- Transport de biens et collectif du personnel		
625100- Voyages et déplacements	250	3 300
625600- Missions		
625700- Réceptions		
622800- Divers	44	580
626000- Frais postaux et de télécommunication	167	1 870
TOTAL GROUPE 3	1 267	16 383
Masse salariale structure administrative		
A renseigner en détail		
- coordinateur administratif- 1 ETP	2 599	31 862
- secrétariat- 0,5 ETP	1 139	13 864
TOTAL GROUPE 4	3 738	45 726
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A	5 390	67 446
2. FRAIS DIRECTS		
Sous-famille 1 : coordination		
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)		
- assistante sociale	2 429	29 260
Sous-Total Masse salariale(1)	2 429	29 260
- 622620.1 coordination médecin généraliste	300	3 780
- 622620.2 coordination infirmière libérale	55	990
- 622620.3 coordination kinésithérapeute libéral	18	440
- 622620.4 coordination aide à domicile	28	694
- 622620.5 coordination bilan bucco-dentaire	17	840
- 622620.6 réévaluation médecin généraliste	282	4 952
- 622620.7 réévaluation infirmière libérale	55	2 478
- 622620.8 réévaluation kinésithérapeute libéral	18	2 478
- 622620.9 réévaluation aide à domicile	58	1 820
- 622620.10 réévaluation bilan bucco-dentaire	17	840
Sous Total Coordination réévaluation(2)	848	19 312
TOTAL SOUS-FAMILLE 1 COORDINATION: 1+2	3 277	48 572
Sous-famille 3 : formation		
- 622630- honoraires prestataires extérieurs coordination	108	1 430
- 625130- frais déplacement formations	17	220
- 623330- frais de congrès sur formations		
- 622830- frais divers d'indemnisation formation		
TOTAL SOUS FAMILLE 3	125	1 650
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)	3 402	50 222
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)	8 792	117 668
Montant du Versement FIQCS	8 792	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 23.11.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°6 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 22 AVRIL 2004 DU RÉSEAU ROSA - NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960
720 050***

LES DIRECTEURS DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION

ET DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Vu le Code de la Sécurité Sociale et notamment ses Articles L 162-45, L 162-46, R 162-59 et suivants,

Vu le Code de la Santé Publique et notamment son Article L 6321-1,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux et portant application des Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des Réseaux de santé et portant application de l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu l'Article 94 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté Ministériel du 26 février 2007 portant détermination de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté Ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté Ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention ARH-URCAM relative à l'instruction conjointe des demandes de financement au titre de la DRDR (Article L 162-43 du Code de la Sécurité Sociale),

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau ROSA - N°960 720 050 prise le 22 avril 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 18 mars 2005, 8 mars 2007, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Considérant la Décision du Comité de pilotage du Réseau ROSA (n°960 720 050) en sa séance du 23 octobre 2007 d'arrêt de l'activité du Réseau,

Décident conjointement en application de l'Article R 162.64 du Code de la Sécurité Sociale :

De suspendre l'application de la Décision Conjointe initiale autorisant le Réseau ROSA (N°960 720 050) à bénéficier des dispositions de l'Article L 222-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Fait à Bordeaux, le 23 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe du 29.11.2007

***AUTORISATION DE FINANCEMENT RELATIVE AU RÉSEAU SANTÉ RURAL DU HAUT ENTRE DEUX
MERS - NUMÉRO D'IDENTIFICATION : 960 720 472***

**LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ**

**ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,**

Vu les Articles L 162-45 et L 221.1.1 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Décision du Conseil National de gestion du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins en date du 27 novembre 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu la Circulaire n°DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe ARH / URCAM relative au Réseau Santé Rural du Haut Entre Deux Mers de surseoir à statuer en date du 28 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

D'autoriser le Réseau Santé Rural du Haut Entre Deux Mers (N°960 720 472) à bénéficier des dispositions de l'Article L 162-45 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

sis : 5 place Georges Chaigne – 33 190 LA REOLE

représenté par Monsieur le Docteur David CHEVILLOT – Président de l'Association SCSM (Service de Continuité des Soins Médicaux)

PRÉAMBULE :

Les Réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Les Réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation peuvent bénéficier de financements publics, parmi lesquels, le FIQCS. Le fonds permet notamment de couvrir les dépenses de fonctionnement des Réseaux et les dérogations aux dispositions du Code de la Sécurité Sociale.

La présente Décision Conjointe prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

Elle détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1 – PRÉSENTATION DU RÉSEAU FINANÇÉ

NOM DU RÉSEAU	N° IDENTIFICATION	THÈME	ZONE GÉOGRAPHIQUE
RÉSEAU SANTÉ RURAL DU HAUT ENTRE DEUX MERS	960 720 472	POLYPATHOLOGIE	CANTONS LA RÉOLE, MONSÉGUR, PELLEGRUE, SAUVETERRE, SAINT MACAIRE ET AUROS

ARTICLE 2 – AUTORISATION DE FINANCEMENT

L'autorisation pluriannuelle de financement est donnée pour une durée de 36 mois à compter de la date d'effet de la présente Décision sous réserve de la disponibilité du FIQCS. Son montant est calculé annuellement.

Au terme de chaque année N de financement autorisé, le budget prévisionnel de l'année suivante est soumis à l'approbation des Directeurs de l'URCAM et de l'ARH pour ajuster, le cas échéant, au regard du Rapport d'activité de l'année N prévu à l'Article 11 de la présente Décision, le versement annuel suivant, à la baisse ou à la hausse, dans la limite du montant de la Dotation Régionale disponible.

Le Réseau Santé Rural du Haut Entre Deux Mers bénéficie d'une autorisation de financement au titre du FIQCS mentionné à l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée au respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 68 602 euros, sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision.

ARTICLE 3 - MODALITÉS DE PARTICIPATION AU RÉSEAU DES PROFESSIONNELS ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'ensemble des Professionnels et des Etablissements de santé participant au Réseau, soit à titre professionnel, soit dans le cadre du bénévolat, s'engagent à signer la Charte du Réseau figurant en Annexe 3.

ARTICLE 4 - MODALITÉS PAR LESQUELLES LES PATIENTS MANIFESTENT LEUR VOLONTE DE PARTICIPER AU RÉSEAU

Le Réseau garantit au patient le libre choix d'accepter de bénéficier du Réseau ou de s'en retirer.

Le Réseau remet un document d'information aux patients figurant en Annexe 4.

Ce Document est signé si possible par le patient, ou le cas échéant par son entourage.

ARTICLE 5 – CONVENTION CONSTITUTIVE DU RÉSEAU

Le Promoteur du Réseau est tenu d'élaborer et de respecter une Convention constitutive, figurant en Annexe 2, qui précise, outre sa durée et son calendrier de mise en œuvre :

- l'objet du Réseau et les objectifs poursuivis,
- la couverture géographique et la population concernée,
- le siège du Réseau, l'identification précise du promoteur, leur nature juridique,
- les personnes physiques et morales le composant et la répartition de leurs champs d'intervention respectifs,
- les modalités de représentation des usagers,
- l'organisation de la coordination et les conditions de fonctionnement du Réseau,
- le cas échéant, l'organisation du système d'information et l'identification du responsable,
- les modalités du suivi de l'activité, et notamment la tenue d'un Tableau de bord permanent permettant de comparer les résultats obtenus en fonction des résultats attendus,
- les modalités prévues pour l'évaluation du Réseau,
- les conditions et modalités de dissolution du Réseau.

ARTICLE 6 - DESCRIPTIF DE L'AUTORISATION DE FINANCEMENT AU TITRE DU FIQCS

L'autorisation de financement d'un montant global de 619 378 euros, représentant 100 % des produits et des recettes du budget prévisionnel présenté par le promoteur du Réseau, est **accordée sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision**. Cette autorisation s'impute à hauteur de 68 602 euros sur le FIQCS de l'Exercice 2007 et à hauteur de 550 776 euros pour les exercices suivants selon le Budget prévisionnel figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de :

- 140 (dont 60 patients diabétiques et 20 personnes âgées) pour l'année 2008,
- 180 (dont 80 patients diabétiques et 40 personnes âgées) pour l'année 2009,
- 200 (dont 100 patients diabétiques et 60 personnes âgées) pour l'année 2010.

IMPORTANT

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 7 – OBJET ET CONDITIONS DU FINANCEMENT

Le financement accordé est attribué sous réserve que les Promoteurs :

- formalisent le partenariat avec le CLIC Haut Entre Deux Mers,
- précisent son articulation au travers de protocoles formalisés avec les ressources existantes sur la zone géographique d'intervention, en particulier avec les Réseaux de santé,
- définissent des protocoles organisationnels de prise en charge pour chaque thématique.

L'autorisation maximale de financement sera ajustée au terme de chaque année de financement au regard d'une part du Rapport d'activité du Réseau tel que prévu à l'article 11 de la présente Décision, et d'autre part d'un budget prévisionnel de l'année qui sera soumis à l'approbation des Directeurs de l'URCAM et de l'ARH.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau Santé Rural du Haut Entre Deux Mers (N°960 720 472) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
Instances de pilotage et de coordination	Coordination et animation du Réseau Indemnisation forfaitaire 6 réunions en 2007 6 réunions en 2008 (2 heures chacune)	Vie du Réseau	Professionnels de santé libéraux participant	Au Réseau	100 € par réunion	10	6 000 € en 2007

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2008
Education et soins podologiques	Forfait/malade 1 bilan + 5 séances de soins Prise en charge individuelle uniquement pour les patients diabétiques de grade II et III de lésions des pieds conformément au protocole national arrêté par les Services de l'Assurance Maladie et les Services ministériels DGS/DSS/DHOS	Bilan et suivi	Podologue	Au Réseau	137,50 € par patient et par an	Patients de grade podologique II et III 50 % des patients diabétiques (30 patients)	4 125 €
Séances d'éducation diététique individuelles	Séances d'éducation diététiques individuelles : 2/an si IMC < 28 3/an si IMC entre 28 et 30 1 séance de bilan au départ puis séances de suivi	Education	Diététicien	Au Réseau	Bilan : 35 € Suivi : 25 €	50 % des patients diabétiques (30 patients)	3 300 €

IMPORTANT

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 8 – MODALITÉS D'ENTRÉE ET DE SORTIE DU RÉSEAU POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES PATIENTS

Modalités d'inclusion des patients :

- respect des critères médico-sociaux d'inclusion : patients présentant une pathologie chronique nécessitant une coordination des professionnels, en présence de situation complexe et/ou de populations fragiles et/ou dépendantes
- respect des critères administratifs d'inclusion : résidence dans la zone géographique du Réseau
- prise en charge par des professionnels de santé adhérant à la Charte du Réseau
- adhésion au document d'information à destination des patients

Modalités de sortie des patients :

- exclusion liée au non respect des critères médico-sociaux et administratifs
- souhait par le patient exprimé auprès de son médecin ou par simple courrier au Réseau
- déménagement hors territoire ou décès
- prise en charge par un Réseau monothématique suite relais par convention avec le Réseau

Modalités d'adhésion des professionnels :

- prise en charge d'un patient inclus dans le Réseau
- adhésion à la Charte du Réseau

Modalités de sortie des professionnels :

- exclusion liée au non respect de la Charte du Réseau
- départ volontaire

ARTICLE 9 – ENGAGEMENTS DU RÉSEAU

Les Promoteurs du Réseau, bénéficiaires de cette Autorisation, s'engagent :

- à fonctionner dans le respect des dispositions prévues dans la Convention constitutive du Réseau, la Charte du Réseau et le document d'information aux patients annexés à la présente Décision Conjointe,
- à respecter les obligations et modalités prévues pour les versements successifs, l'établissement des Rapports d'activité et d'évaluation,
- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n° DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,
- à contribuer, en liaison avec les Services de l'Etat et de l'Assurance Maladie, à établir le Bilan détaillé de leur activité,
- à effectuer, auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), les démarches rendues obligatoires par le dispositif législatif et réglementaire,
- à tenir une comptabilité conformément aux règles et usages en la matière, avec l'assistance des expertises requises,
- à prendre toutes les dispositions utiles afin d'être en mesure de fournir **un Rapport d'activité au 31 mars de chaque année**, conformément à l'article 1 du Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002,
- à se tenir à jour de leurs obligations sociales, fiscales et parafiscales,
- à tenir sa comptabilité par référence aux principes du plan comptable défini par le **Règlement CRC 99-01** ; outre le bilan, le compte de résultat et l'annexe, à remettre également **le détail** des comptes annuels, qui doivent être clôturés au **31 décembre de chaque année**,
- à joindre le Compte Rendu Financier conformément à l'**Article 10 de la Loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux Droits des citoyens dans leurs relations avec les Administrations complétée par l'Arrêté du 24 mai 2005**,
- à tenir une comptabilité analytique ou à aménager sa comptabilité de manière explicite en cas de projets multiples, de façon à fournir un tableau de répartition des frais indirects en explicitant les clés de répartition,
- à respecter le guide relatif aux obligations comptables des attributaires d'une aide,
- à soumettre sans délai aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM toutes modifications juridiques ou administratives du Réseau ou de l'un de ses Promoteurs, et plus particulièrement toute modification statutaire,
- à présenter, pour toute prestation nécessitant une intervention externe d'un montant supérieur à 5 000 euros, un Cahier des charges précis qui aura été envoyé en même temps à au moins 3 prestataires de services. Lors de toute demande de modification budgétaire ou demande d'aide financière auprès des Directeurs de l'URCAM et de l'ARH, le Cahier des charges devra être accompagné des réponses des sociétés prestataires de services pressenties. Le Promoteur s'engage à respecter les règles de concurrence et devra apporter la preuve de l'envoi de ce Cahier des charges aux différents prestataires à une même date,
- à justifier de tous documents, pièces ou informations relatives tant au projet financé qu'aux dépenses engagées, à la première demande des Directeurs de l'ARH et de l'URCAM, ou de leur mandataire,

- à accorder un libre accès aux Services habilités par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM ou à tout mandataire de leur choix, pour procéder à toute vérification administrative, juridique ou comptable relative au financement accordé,
- à autoriser l'ARH et l'URCAM ainsi que le Ministère et la CNAMTS dans le cadre de l'Observatoire Nationale des Réseaux de Santé (ONRS) à mettre en ligne sur leurs sites Internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du Réseau et le cas échéant, créer des liens entre leurs sites et les coordonnées Internet du Réseau. Le bénéficiaire de l'autorisation de financement disposera d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concernent. (Art 34 – Loi informatique et libertés). Pour l'exercer, il devra s'adresser aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM,
- à respecter les dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ainsi que les engagements souscrits dans le cadre de la mise en œuvre de cette autorisation.

Le respect de ces engagements est considéré par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM comme une condition substantielle de l'octroi de cette autorisation.

ARTICLE 10 - CONTRÔLE DE L'UTILISATION DES FINANCEMENTS AUTORISÉS

Les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM, ou tout mandataire de leur choix, pourront procéder ou faire procéder, à tout moment, à un contrôle et à une vérification de l'utilisation des financements autorisés, tant en ce qui concerne la réalisation des objectifs que la destination des fonds.

L'attributaire des fonds versés à ce titre, s'engage dans le délai d'un mois à compter de la date de versement des fonds à les affecter sur un compte spécifique libellé comme suit : "Réseau Santé Rural du Haut Entre Deux Mers FIQCS N°960 720 472" et dont le Relevé d'Identité Bancaire devra être transmis dans ce délai aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

ARTICLE 11 - MODALITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Chaque année, au plus tard le 31 mars, le Réseau financé par le FIQCS transmet un Rapport d'activité dans lequel il s'attache à montrer, à partir de la tenue d'un Tableau de bord, la réalité de son fonctionnement, l'intérêt médical, social et économique du système mis en place et la qualité des procédures d'auto-évaluation.

Ce Rapport précise les résultats obtenus au regard des résultats attendus, tels qu'ils figurent dans la demande de financement et repris dans la Convention constitutive.

Il présente le budget exécuté de l'année en recettes et dépenses et fait état des modalités de financement global du Réseau en retraçant, le cas échéant, la part consacrée aux rémunérations des professionnels de santé hors champ conventionnel et aux dérogations tarifaires accordées.

En plus du Rapport précédent, un Rapport final d'évaluation doit impérativement être adressé trois mois avant le terme des trois ans suivant la présente Décision, soit le 31 août 2010 au plus tard. Ce Rapport final analyse le bilan des actions menées et leur apport au regard de l'offre de soins préexistante ; il retrace l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

L'ARH et l'URCAM analysent ce Rapport afin de procéder à une évaluation de l'apport du Réseau et des conditions de sa pérennité.

ARTICLE 12 - DISPOSITIONS CONCERNANT LE SYSTÈME D'INFORMATIONS

Le Réseau s'engage à vérifier que la Convention, conclue avec le prestataire chargé de la mise en place du Système d'informations, en garantit l'interopérabilité. A ce titre, le Réseau devra adopter un système d'échange d'informations tenant compte des travaux en cours dans le cadre de la normalisation européenne et internationale.

Concernant les systèmes d'information, le budget afférent est ajusté au regard des dispositifs existants au niveau national et /ou au niveau régional, notamment en terme de mutualisation des systèmes d'information tels que le programme Télésanté Aquitaine.

La présente autorisation de financement contribue exclusivement au développement informatique spécifique ne pouvant faire l'objet de mutualisation.

ARTICLE 13 - NON-RESPECT DES ENGAGEMENTS PRIS PAR LE RÉSEAU

Suspension :

Conformément à l'Article R 162-64 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de violation des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ou en cas de non respect des engagements souscrits par le promoteur du Réseau, les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM peuvent prendre une Décision Conjointe de suspension des versements, adressée par lettre recommandée avec accusé de réception et précisant les motifs.

A compter de la notification de suspension, le Réseau dispose d'un délai de 30 jours pour apporter tout élément susceptible de justifier le manquement constaté et peut demander dans ce délai à être entendu par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

Retrait de la décision de financement :

A défaut de régularisation dans le délai imparti, les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM auront la faculté de décider conjointement le retrait de la Décision de financement, par lettre recommandée avec accusé de réception sans préjudice d'un éventuel recours en répétition des sommes versées et non régulièrement justifiées et de réparation du préjudice subi.

ARTICLE 14 - MODALITÉS DE VERSEMENT DU FINANCEMENT

L'autorisation de financement prévue aux Articles 1 et 5 de la présente Décision Conjointe fera l'objet :

d'un versement unique sous forme d'aide au démarrage financée sur la Dotation **2007** et versée à compter de la date de signature de la présente Décision, **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7**. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel qu'inscrit dans la Convention URCAM-Promoteur **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la présente Décision Conjointe	Dotation 2007, soit 68 602 euros
Janvier 2008	52 692 euros
Avril 2008	52 692 euros

ARTICLE 15 - DÉSIGNATION DE LA CAISSE PIVOT CHARGÉE D'EFFECTUER LE VERSEMENT

L'URCAM d'Aquitaine est chargée de mettre en œuvre la présente Décision, après signature d'une Convention de financement avec le promoteur du Réseau.

ARTICLE 16 – MODIFICATION DES CLAUSES DE FINANCEMENT

Toute modification à la présente Décision devra faire l'objet d'une Décision Conjointe modificative.

ARTICLE 17 – PUBLICATION DE LA DÉCISION

La présente Décision sera publiée au Bulletin des actes administratifs du département dans lequel l'ARH a son siège d'une part, et au Bulletin des actes administratifs du département dans lequel s'appliquent ces Actes conformément à l'Article R710-17-7 du Code de la Santé Publique d'autre part.

Fait à Bordeaux, le 29 novembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

LISTE DES ANNEXES :

1) BUDGET

2) CONVENTION CONSTITUTIVE DU RESEAU

3) CHARTE DU RÉSEAU

4) DOCUMENT D'INFORMATION DES PATIENTS

Annexe 1 :

Budget

BUDGET Décision conjointe											
RESEAU SANTE RURAL DU HAUT ENTRE DEUX MERS N° 960 720						472					
1. FRAIS INDIRECTS						2007	2008	2009	2010		
Frais de fonctionnement						1 mois		11 mois			
606110- Eau dans charges locatives	Pris en charge dans le contrat de location du CH de La Réole					0 €	0 €	0 €	0 €		
606120- EDF et GAZ dans charges locatives						0 €	0 €	0 €	0 €		
606300- Entretien et petit équipement						400 €	700 €	700 €	642 €		
606400- Fournitures administratives						400 €	2 400 €	2 400 €	2 200 €		
606600- Frais de déplacements VAD						1 000 €	2 000 €	2 000 €	1 833 €		
606800- Autres fournitures						50 €	200 €	200 €	183 €		
TOTAL GROUPE 1						1 850 €	5 300 €	5 300 €	4 858 €		
Services extérieurs											
611000- Sous-traitance secrétariat externalisé CSRD						1 857 €	5 992 €	7 427 €	6 171 €		
611010- Sous-traitance : AMO système d'information MDSI : 35 jours homme / 18 mois puis 25 jours homme / 18 mois à 358,80 €/jour						4 186 €	8 372 €	5 980 €	2 990 €		
613000- Locations						1 068 €	12 816 €	12 816 €	11 748 €		
615600- Maintenance locale des agendas par MDSI						932 €	3 728 €	3 728 €	3 417 €		
616000- Assurances						100 €	200 €	204 €	170 €		
617000- Etudes et recherches : chargé de l'évaluation						8 000 €	0 €	0 €	0 €		
618000- Documentation, divers						1 000 €	500 €	500 €	400 €		
TOTAL GROUPE 2						17 143 €	31 608 €	30 655 €	24 897 €		
Autres services extérieurs											
622600- Honoraires expert comptable						7 894 €	7 475 €	7 475 €	6 852 €		
622601- Honoraires Commissaire aux comptes						0 €	3 100 €	3 162 €	2 899 €		
623000- Publicité, publications, relations publiques						7 200 €	1 500 €	1 500 €	2 500 €		
625100- Voyages et déplacements						160 €	480 €	480 €	440 €		
625600- Missions						300 €	600 €	600 €	550 €		
625700- Réceptions						1 000 €	1 000 €	1 000 €	917 €		
626000- Frais postaux et de télécommunication						600 €	3 600 €	3 600 €	3 300 €		
627000- Services bancaires						40 €	130 €	133 €	113 €		
TOTAL GROUPE 3						17 194 €	17 885 €	17 950 €	17 570 €		
Masse salariale structure administrative											
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales	taxes s/salaire							
Coordinatrice administrative	0,50				2 084 €	25 000 €	25 000 €	22 917 €			
- Secrétaire	0,50				1 584 €	19 000 €	19 000 €	17 417 €			
TOTAL GROUPE 4					3 668 €	44 000 €	44 000 €	40 333 €			
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						39 855 €	98 793 €	97 905 €	87 659 €		
2. FRAIS DIRECTS						2007	2008	2009	2010		
Sous-famille 1 : coordination											
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales	taxes s/salaire	1 mois						
- masse salariale : MG coordinateur vacataire	0,30	1 680	722	65	2 467 €	29 607 €					
- masse salariale : infirmière coordinatrice	0,50	1 300	559	20	1 879 €	22 547 €	22 547 €	20 688 €			
- masse salariale : animation réseau (secrétaire)	0,50				1 584 €	19 000 €	19 000 €	17 417 €			
- 622610- honoraires équipe de pilotage					6 000 €	6 000 €					
TOTAL SOUS FAMILLE 1					11 930 €	77 155 €	41 547 €	38 085 €			
Sous-famille 2 : soins											
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales	taxes s/salaire							
- masse salariale : ergothérapeute	0,30	780	335	-	1 115 €	13 385 €	13 385 €	12 269 €			
- masse salariale : éducateur sportif	0,30	700	301	-	1 001 €	12 012 €	12 012 €	11 011 €			
622620- honoraires prestataires dérogatoires - Bilan et suivi diététique						3 300 €	4 400 €	5 500 €			
622620- honoraires prestataires dérogatoires - Education et soins podologiques						4 125 €	5 500 €	6 875 €			
TOTAL SOUS FAMILLE 2					2 116 €	32 822 €	35 297 €	35 655 €			
Sous-famille 3 : formation											
- 625130- frais déplacement formations					100 €	200 €	200 €	183 €			
- 623330- frais de congrès sur formations					0 €	300 €	300 €	300 €			
- 622830- frais divers : formation formateurs					0 €	1 500 €	1 500 €	1 375 €			
TOTAL SOUS FAMILLE 3					100 €	2 000 €	2 000 €	1 858 €			
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 4 (B)						14 147 €	111 976 €	78 844 €	75 599 €		
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						54 002 €	210 769 €	176 749 €	163 258 €		
TOTAL (FONCTIONNEMENT + INVESTISSEMENT)						68 602 €	210 769 €	176 749 €	163 258 €		
Montant total FICQS						68 602	210 769	176 749	163 258		
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS											
Liste des matériels à financer ANNEE 1						coût estimé	FIQCS				
Photocopieuse et bureautique						5 000	5 000				
Ordinateurs fixes (2) portables (1) et licences et sauvegardes						6 600	6 600				
Mobilier						3 000	3 000				
TOTAL						14 600	14 600				



**CRÉATION D'UN CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
AVICENNE À LIBOURNE « ACTIVITÉ DE SOINS DE RÉÉDUCATION ET
RÉADAPTATION FONCTIONNELLE » POUR LE S.A.S. CENTRE DE
RÉÉDUCATION AVICENNE À CAMBO LES BAINS (64)**

Service Offre de Soins

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44 et L.6114-2,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006, du 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par la S.A.S. Centre de Rééducation Avicenne à Cambo les Bains (64250) - en vue d'obtenir l'autorisation d'exercer une activité de soins de rééducation et réadaptation fonctionnelle comprenant la rééducation nutritionnelle, la rééducation polyvalente à orientation cardiologique et la rééducation fonctionnelle polyvalente par transfert de l'activité du Centre Médical Beaulieu de Cambo les Bains vers un établissement qui serait créé à Libourne – Lieu dit « Les Dagueys »,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 23 novembre 2007,

Considérant que la rééducation polyvalente est assurée sur ce site par le Centre Hospitalier de Libourne,

Considérant que la rééducation nutritionnelle ne fait pas partie des activités de rééducation prévues dans le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011,

Dans l'attente de la révision du volet soins de suite et de réadaptation du Schéma régional d'organisation sanitaire,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation d'exercer l'activité de rééducation cardiaque et respiratoire dans le cadre de l'activité de soins de rééducation et réadaptation fonctionnelle au sein d'un établissement à créer à Libourne, au lieu dit « Les Dagueys », est **accordée** à la S.A.S. Centre de Rééducation Avicenne sise à Cambo les Bains (64250).

N° Finess : 64 001 145 8

ARTICLE 2 – L'objectif quantifié fixé en nombre de journées sera fixé contractuellement entre l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Aquitaine et le titulaire de l'autorisation.

ARTICLE 3 – L'activité de rééducation et de réadaptation fonctionnelle est supprimée au Centre Médical Beaulieu à Cambo les Bains.

ARTICLE 4 – La durée de validité de cette autorisation est fixée à 5 ans, à compter de la date de mise en œuvre de la présente décision.

ARTICLE 5 – Une visite de conformité a lieu dans le délai d'un mois après que le titulaire de l'autorisation a signifié au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation qu'il est en mesure de mettre en service ses installations,

ARTICLE 6 - L'autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

ARTICLE 7 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 8 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 4 décembre 2007

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 10.12.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°4 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 JUIN 2005 DU PROGRAMME TÉLÉSANTÉ AQUITAINE - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 217***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu l'Article 94 de la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu les Articles L 162-45 et L 221.1.1 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu les Articles D 221-1 à D 221-27 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Programme Télésanté Aquitaine - N°960 720 217 prise le 20 juin 2007 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date 18 décembre 2006, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Programme Télésanté Aquitaine (N°960 720 217) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 180 rue Guillaume Leblanc - 33000 BORDEAUX

Représenté par : Cédric PAASCHE - GIE Télésanté Aquitaine

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Programme identifié par le N°960 720 217 en date du 20 juin 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Programme ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Programme et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Programme ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au regard du Rapport d'évaluation transmis par le Promoteur en date du 16 octobre 2007, l'Autorisation de financement dont bénéficie le Programme Télésanté Aquitaine (N°960 720 217) au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale est prorogée de 36 mois à compter du 31 décembre 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 6 « Conditions suspensives et engagements » de la Décision Conjointe.**

Le Programme bénéficie à compter du 31 décembre 2007 d'une autorisation pluriannuelle limitative de financement d'un montant de 1 682 901 euros au titre du FIQCS.

Le montant limitatif de l'autorisation de financement accordé pour l'année 2008 et s'imputant sur la Dotation 2008 est de 707 977 euros dont 114 515 euros au titre du projet RESURA, sous réserve du respect des dispositions prévues à l'Article 6 de la Décision Conjointe.

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour l'année 2008, cette autorisation s'élève à hauteur de 707 977 euros, selon le Budget figurant en Annexe 1.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le financement accordé est attribué sous réserve que le Promoteur, **dans un délai de 3 mois à compter de la présente Décision :**

- transmette les autres sources de financement au titre de 2008, accompagné des clés de répartition par projet.
- effectue un **inventaire des investissements réalisés depuis 2005**.
- soumette **les investissements à réaliser en 2008**, accompagnés des éléments justificatifs, qui devront permettre leur autorisation exprès par le Directeur de l'URCAM et le Directeur de l'ARH.
- transmette, **la fiche de recueil dûment complétée relative au projet « RESURA »**.

Le montant limitatif de l'autorisation annuelle de financement sera ajusté au terme de chaque année de financement dans la limite de l'autorisation pluriannuelle initialement accordée, au regard du Budget prévisionnel, du Rapport d'activité tel que prévu à l'Article 11 de la présente Décision, et des Résultats comptables et financiers relatifs à l'Exercice écoulé.

ARTICLE 4

Il est ajouté à l'Article 13 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Les versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Janvier 2008	411 246 euros
Avril 2008	411 246 euros

Fait à Bordeaux, Le 10 décembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,
*Gilles GRENIER***

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,
*Alain GARCIA***

ANNEXE :

Budget

TELESANTE AQUITAINE - n°960 720 217
BUDGET ANNEE 2008

1. FRAIS INDIRECTS				BUDGET accordé ANNEE 2008	BUDGET prévisionnel ANNEE 2009	BUDGET prévisionnel ANNEE 2010				
Frais de fonctionnement										
Achats non stockés de matières et fournitures										
602250 - Fournitures de bureau				1200	1200	1200				
604000 - Etudes et prestations communication				6000	6000	6000				
606100 - EDF				3200	3200	3200				
606300 - Entretien et petit équipement				500	500	500				
606350 - Petit équipement informatique				500	500	500				
606400 - Fournitures administratives				1200	1200	1200				
606800 - Autres fournitures				600	600	600				
TOTAL GROUPE 1				13200	13200	13200				
Services extérieurs										
613500 - Location mobilière et charges locatives				21442	21442	21442				
613000 - Location				3940	3940	3940				
615600 - Maintenance				450	450	450				
616000 - Assurances				900	900	900				
618500 - Frais accueil et réception réunions au GIE TSA				1100	1100	1100				
TOTAL GROUPE 2				27832	27832	27832				
Autres services extérieurs										
622000 - Honoraires Juridiques				5000	5000	5000				
62260 - Honoraires Comm. aux comptes et Expert Compta				6600	6600	6600				
622800 - Administration, hébergement plateforme				46700	46700	46700				
622850 - Outils et prest. Spécif. Admin. Plateforme										
623000 - Publicité				300	300	300				
625000 - Voyages et déplacements				2800	2800	2800				
625700 - Réceptions				200	200	200				
626000 - Frais postaux et de télécommunication				3300	3300	3300				
626100 - Frais internet				1030	1030	1030				
Formation de personnel				8000	8000	8000				
TOTAL GROUPE 3				73930	73930	73930				
Masse salariale structure administrative										
A renseigner en détail				nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires			
- Direction Noëlle Saint-Upéry				0,80	46000	24000		70000	70000	70000
- Secrétariat/Comptabilité Elisabeth Gastien				0,60	13200	4600		17800	17800	17800
TOTAL GROUPE 4								87800	87800	87800
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A								202762	202762	202762

2. FRAIS DIRECTS

	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires			
Sous-famille 1 : coordination							
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)							
Régis ROSE Directeur Technique	0,80	41550	16850		58400	58400	58400
Thierry RINALDO Ingénieur Informaticien	0,66	29400	12000		41400	41400	41400
Soazic LEFRANT Documentaliste Webmaster	0,90	27700	11950		38650	38650	38650
Laurent LABREZE Coordonnateur médical	0,50	27450	11150		38600	38600	38600
Christophe MAURY Ingénieur	1,00	25400	10600		36000	36000	36000
Ingénieur	1,00	39000	16000		55000	55000	55000
Contrat alternance	1,00	10900	1300		12200	12200	12200
indemnités de stage		1600			1600	1600	1600
Taxe Médecine du travail					400	400	400
Taxe participation foramtion professionnelle continue					1100	1100	1100
Lydie PREUILH Chèque CETPE entretien locaux 6heures/mois		1000	350		1350	1350	1350
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					284700	284700	284700

TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+ (1) (2) (3) 487462 487462 487462

Investissement 106 000

TOTAL AVEC INVESTISSEMENTS 593 462 487 462 487 462

RESURA (du 1er janvier 2008 au 30 juin 2008)

Frais de fonctionnement				
622800 - Frais généraux et frais pédagogiques				3 600
615600 - Maintenance logiciels et extansion garantie				25 000
622601 - Honoraires Comm. aux comptes et Exp. comptable				2 000
622800 - Administration ,hébergement plateforme				7 500
623000 - Communications, publications, déplacements				10 500
TOTAL GROUPE 1				48 600

Masse salariale	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL
Expert médical (gestion de projet)	0,40	36300	18700		26 000
Ingénieur	1,00	39700	16300		28 000
Régis ROSE Directeur Technique	0,20	10390	4210		7 300
Elisabeth GASTIEN Secrétariat/comptabilité	0,30	6640	2260		4 450
Taxe Médecine du travail					50
Taxe participation formation professionnelle continue					115
TOTAL GROUPE 2					65 915

TOTAL RESURA FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 ET 2 114 515

FIQCS 707 977 487 462 487 462 1 682 901

BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	DRDR	FIQCS	FIQCS
		Dotation 2006	Dotation 2007	Dotation 2008
- Investissement Etudes, AMO	10000			10000
- Invest. D2R2 et Evol Services TSA	155 000		155 000	
- Invest. Matériel informatique	5 500		1 500	4000
- Invest. Mobilier	3 500		1 500	2000
AMO dossier Réseaux et DMP				
- Plateforme TSA	176 845	72 237		90000
TOTAL	340 845	72 237	158 000	106 000

Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007

Frais Directs et Indirects	Année 2005	Année 2006
622800- Administration, hébergement plateforme		
623000- Publicité, publications, relations publiques		12 303
Etude juridique		2 000
604000 - Etudes et prestations communication		7 500
Total		21 803



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe du 10.12.2007

***DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE FINANCEMENT RELATIVE AU RÉSEAU MNEMOSYNE -
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 522***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu l'Article 94 de la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu les Articles L 162-45 et L 221.1.1 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu les Articles D 221-1 à D 221-27 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutives de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Circulaire N° DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »,

Vu la Décision Conjointe ARH / URCAM relative au Réseau MNEMOSYNE de surseoir à statuer en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

D'autoriser le Réseau MNEMOSYNE (N°960 720 522) à bénéficier des dispositions de l'Article L 162-45 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Association REGAIN
Centre de Gérontologie Pompeyrie
98, avenue Robert Schuman
47923 AGEN CEDEX 9

Représenté par : Monsieur Fernand TREMBLET, Président de l'Association REGAIN

PRÉAMBULE :

Les Réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Les Réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation peuvent bénéficier de financements publics, parmi lesquels, celui du FIQCS. Le fonds permet notamment de couvrir les dépenses de fonctionnement des Réseaux et le cas échéant les dépenses liées aux dérogations prévues à l'Article L 162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

La présente Décision Conjointe prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

Elle détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1 – PRÉSENTATION DU RÉSEAU FINANÇÉ

NOM DU RÉSEAU	N° IDENTIFICATION	THÈME	ZONE GÉOGRAPHIQUE
MNEMOSYNE	960 720 522	GÉRONTOLOGIE	Territoire de Proximité AGEN – NÉRAC tel que défini dans le SROS 3ème génération (16 cantons)

ARTICLE 2 – AUTORISATION DE FINANCEMENT

L'autorisation pluriannuelle de financement est donnée pour une durée de 36 mois à compter de la date d'effet de la présente Décision sous réserve de la disponibilité de la Dotation régionale du FIQCS. Son montant limitatif est arrêté pour chaque année.

Au terme de chaque année N de financement autorisé, le budget prévisionnel de l'année suivante est soumis à l'approbation des Directeurs de l'URCAM et de l'ARH pour ajuster, le cas échéant, au regard du Rapport d'activité de l'année N prévu à l'Article 11 de la présente Décision, le versement annuel suivant, à la baisse ou à la hausse, dans la limite du montant de la Dotation Régionale disponible.

Le Réseau MNEMOSYNE bénéficie d'une autorisation pluriannuelle limitative de financement de 690 536 euros au titre du FIQCS. **Cette autorisation est conditionnée au respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision.**

Le montant limitatif de l'autorisation annuelle de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 39 215 euros, sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision.

ARTICLE 3 - MODALITÉS DE PARTICIPATION AU RÉSEAU DES PROFESSIONNELS ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'ensemble des Professionnels et des Etablissements de santé participant au Réseau, soit à titre professionnel, soit dans le cadre du bénévolat, s'engagent à signer la Charte du Réseau figurant en Annexe 3.

ARTICLE 4 - MODALITÉS PAR LESQUELLES LES PATIENTS MANIFESTENT LEUR VOLONTE DE PARTICIPER AU RÉSEAU

Le Réseau garantit au patient le libre choix d'accepter de bénéficier du Réseau ou de s'en retirer.
Le Réseau remet un document d'information aux patients figurant en Annexe 4.
Ce Document est signé si possible par le patient, ou le cas échéant par son entourage.

ARTICLE 5 – CONVENTION CONSTITUTIVE DU RÉSEAU

Le Promoteur du Réseau est tenu d'élaborer et de respecter une Convention constitutive, figurant en Annexe 2, qui précise, outre sa durée et son calendrier de mise en œuvre :

- l'objet du Réseau et les objectifs poursuivis,
- la couverture géographique et la population concernée,
- le siège du Réseau, l'identification précise du promoteur, leur nature juridique,
- les personnes physiques et morales le composant et la répartition de leurs champs d'intervention respectifs,
- les modalités de représentation des usagers,
- l'organisation de la coordination et les conditions de fonctionnement du Réseau,
- le cas échéant, l'organisation du système d'information et l'identification du responsable,
- les modalités du suivi de l'activité, et notamment la tenue d'un Tableau de bord permanent permettant de comparer les résultats obtenus en fonction des résultats attendus,
- les modalités prévues pour l'évaluation du Réseau,
- les conditions et modalités de dissolution du Réseau.

ARTICLE 6 - DESCRIPTIF DE L'AUTORISATION DE FINANCEMENT AU TITRE DU FIOCS

L'autorisation pluriannuelle de financement d'un montant global de 690 536 euros, représentant 100 % des produits et des recettes du budget prévisionnel présenté par le promoteur du Réseau, est *accordée sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision*. Cette autorisation s'impute à hauteur de 39 215 euros sur la Dotation du FIOCS de l'Exercice 2007 et à hauteur de 651 321 euros pour les Exercices suivants selon le Budget prévisionnel figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de :

- 10 pour 2007,
- 140 pour 2008,
- 175 pour 2009,
- 95 pour 2010.

IMPORTANT

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 7 – OBJET ET CONDITIONS DU FINANCEMENT

Le financement accordé est attribué sous réserve que :

- soit transmis, pour validation et avant toute mise en œuvre, au Secrétariat Technique URCAM/ARH, le contenu pédagogique des formations pluri-disciplinaires et le détail des charges prévues dans la ligne budgétaire « Divers formation »,
- s'agissant du système d'informations et du partage d'information, avant toute acquisition de logiciel, le Promoteur intègre, en application de l'Article 12 de la présente Décision, les outils du Programme Télé Santé Aquitaine,
- s'agissant des honoraires du Commissaire aux comptes et de l'Expert comptable, l'Association REGAIN bénéficiant d'autres financements, le montant accordé soit diminué, la participation du FIOCS à cette prestation se fera au prorata de la part du financement FIOCS dans le financement total de l'Association,
- s'agissant des prestations dérogatoires « Coordination-médecin » et « Coordination-paramédicaux » (cf. Article 7.1 de la présente Décision), les critères de gravités nécessitant cette coordination soient transmis puis validés par le Secrétariat Technique URCAM/ARH avant toute mise en œuvre de ces prestations.
- S'agissant de la prestation dérogatoire « Repérage et Orientation », la fiche de repérage finalisée soit transmise puis validée par le Secrétariat Technique URCAM/ARH avant toute mise en œuvre de cette prestation.

Le montant limitatif de l'autorisation annuelle de financement sera ajusté au terme de chaque année de financement dans la limite de l'autorisation pluriannuelle de financement initialement accordée, au regard du Budget prévisionnel, du Rapport d'activité du Réseau tel que prévu à l'Article 11 de la présente Décision, et des Résultats comptables et financiers relatifs à l'Exercice écoulé.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau MNEMOSYNE (N°960 720 522) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel	Montant total prévisionnel
Participation aux groupes de travail et à la vie du Réseau	Indemnisation des Professionnels de santé libéraux aux réunions (6 réunions en 2007, 14 en 2008 et 4 en 2009)	Vie du Réseau	Professionnels de santé libéraux	100 € par réunion et par professionnel de santé libéraux (PSL)	3 PSL par réunion	2007 : 1 800 € 2008 : 4 200 € 2009 : 1 200 €
Coordination - médecin	Indemnisation des médecins généralistes pour la participation aux réunions de coordination de soins d'un patient.	Coordination	Médecin généraliste	40 € par réunion	2 réunions par patient et par an pour 15 % de la file active	2007 : 120 € 2008 : 1 680 € 2009 : 2 100 € 2010 : 1 140 €
Coordination - paramédicaux	Indemnisation des paramédicaux pour la participation aux réunions de coordination de soins d'un patient.	Coordination	Infirmier, Masseuse-kinésithérapeute	22 € par réunion	2 réunions par patient et par an pour 15 % de la file active	2007 : 66 € 2008 : 924 € 2009 : 1 155 € 2010 : 627 €
Repérage et Orientation	Indemnisation du médecin traitant pour le repérage, l'utilisation de la fiche spécifique et des autres outils du Réseau.	Dépistage, Bilan	Médecin généraliste	40 € en sus d'une consultation par patient et fiche de repérage transmise au Réseau	10 en 2007, 140 en 2008, 175 en 2009, 95 en 2010	2007 : 400 € 2008 : 5 600 € 2009 : 7 000 € 2010 : 3 840 €
Participation formation outil de repérage	Indemnisation des médecins généralistes pour la participation à la formation à l'utilisation de l'outil de repérage et à la présentation des recommandations de prise en charge.	Formation	Médecin généraliste	100 € pour une session de formation d'au moins 2 heures	10 en 2007, 30 en 2008, 20 en 2009, 20 en 2010	2007 : 1 000 € 2008 : 3 000 € 2009 : 2 000 € 2010 : 2 000 €

Participation formation pluridisciplinaire - médecins	Indemnisation des médecins généralistes pour la participation aux sessions de formations pluridisciplinaires sur l'étude de cas.	Formation	Médecin généraliste	100 € pour une session de formation d'au moins 2 heures	12 participants par réunion, 4 réunions prévues par année à partir de 2008	2008 : 4 800 € 2009 : 4 800 € 2010 : 4 800 €
Participation formation pluridisciplinaire - paramédicaux	Indemnisation des paramédicaux pour la participation aux sessions de formations pluridisciplinaires sur l'étude de cas.	Formation	Infirmier, Masseur-kinésithérapeute	70 € pour une session de formation d'au moins 2 heures	18 participants par réunion, 4 réunions prévues par année à partir de 2008	2008 : 5 040 € 2009 : 5 040 € 2010 : 5 040 €

IMPORTANT

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 8 – MODALITÉS D'ENTRÉE ET DE SORTIE DU RÉSEAU POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES PATIENTS

Modalités d'inclusion des patients :

- respect des critères médico-sociaux d'inclusion
- respect des critères administratifs d'inclusion
- prise en charge par des professionnels de santé adhérant à la Charte du Réseau
- adhésion au document d'information à destination des patients

Modalités de sortie des patients :

- exclusion liée au non respect des critères médico-sociaux et administratifs
- départ volontaire (possible à tout moment)

Modalités d'adhésion des professionnels :

- prise en charge d'un patient inclus dans le Réseau
- adhésion à la Charte du Réseau

Modalités de sortie des professionnels :

- exclusion liée au non respect de la Charte du Réseau ou à la sortie du patient
- départ volontaire

ARTICLE 9 – ENGAGEMENTS DU RÉSEAU

Le Promoteur du Réseau, bénéficiaire de cette Autorisation, s'engage :

- à fonctionner dans le respect des dispositions prévues dans la Convention constitutive du Réseau, la Charte du Réseau et le document d'information aux patients annexés à la présente Décision Conjointe,
- à respecter les obligations et modalités prévues pour les versements successifs, l'établissement des Rapports d'activité et d'évaluation,

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n° DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,
- à contribuer, en liaison avec les Services de l'Etat et de l'Assurance Maladie, à établir le Bilan détaillé de leur activité,
- à effectuer, auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), les démarches rendues obligatoires par le dispositif législatif et réglementaire,
- à tenir une comptabilité conformément aux règles et usages en la matière, avec l'assistance des expertises requises,
- à prendre toutes les dispositions utiles afin d'être en mesure de fournir **un Rapport d'activité au 31 mars de chaque année**, conformément à l'article 1 du Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002,
- à se tenir à jour de leurs obligations sociales, fiscales et parafiscales,
- à tenir sa comptabilité par référence aux principes du Plan comptable défini par le **Règlement CRC 99-01** ; outre le bilan, le compte de résultat et l'annexe, à remettre également **le détail** des comptes annuels, qui doivent être clôturés au **31 décembre de chaque année**,
- à joindre le Compte Rendu Financier conformément à l'**Article 10 de la Loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux Droits des citoyens dans leurs relations avec les Administrations complétée par l'Arrêté du 11 octobre 2006**,
- à tenir une comptabilité analytique ou à aménager sa comptabilité de manière explicite en cas de projets multiples, de façon à fournir un tableau de répartition des frais indirects en explicitant les clés de répartition,
- à respecter le Guide relatif aux obligations comptables des attributaires d'une aide, qui leur a été remis lors de la signature de la Convention de financement,
- à soumettre sans délai aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM toutes modifications juridiques ou administratives du Réseau ou de l'un de ses Promoteurs, et plus particulièrement toute modification statutaire,
- à présenter, pour toute prestation nécessitant une intervention externe d'un montant supérieur à 5 000 euros, un Cahier des charges précis qui aura été envoyé en même temps à au moins 3 prestataires de services. Lors de toute demande de modification budgétaire ou demande d'aide financière auprès des Directeurs de l'URCAM et de l'ARH, le Cahier des charges devra être accompagné des réponses des sociétés prestataires de services pressenties. Le Promoteur s'engage à respecter les règles de concurrence et devra apporter la preuve de l'envoi de ce Cahier des charges aux différents prestataires à une même date,
- à justifier de tous documents, pièces ou informations relatives tant au projet financé qu'aux dépenses engagées, à la première demande des Directeurs de l'ARH et de l'URCAM, ou de leur mandataire,
- à accorder un libre accès aux Services habilités par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM ou à tout mandataire de leur choix, pour procéder à toute vérification administrative, juridique ou comptable relative au financement accordé,
- à autoriser l'ARH et l'URCAM ainsi que le Ministère et la CNAMTS dans le cadre de l'Observatoire Nationale des Réseaux de Santé (ONRS) à mettre en ligne sur leurs sites Internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du Réseau et le cas échéant, créer des liens entre leurs sites et les coordonnées Internet du Réseau. Le bénéficiaire de l'autorisation de financement disposera d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concernent. (Art 34 – Loi informatique et libertés). Pour l'exercer, il devra s'adresser aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM,
- à respecter les dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ainsi que les engagements souscrits dans le cadre de la mise en œuvre de cette autorisation.

Le respect de ces engagements est considéré par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM comme une condition substantielle de l'octroi de cette autorisation.

ARTICLE 10 - CONTRÔLE DE L'UTILISATION DES FINANCEMENTS AUTORISES

Les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM, ou tout mandataire de leur choix, pourront procéder ou faire procéder, à tout moment, à un contrôle et à une vérification de l'utilisation des financements autorisés, tant en ce qui concerne la réalisation des objectifs que la destination des fonds.

L'attributaire des fonds versés à ce titre, s'engage dans le délai d'un mois à compter de la date de versement des fonds à les affecter sur un compte spécifique libellé comme suit : "MNEMOSYNE FIQCS N°960 720 522" et dont le Relevé d'Identité Bancaire devra être transmis dans ce délai aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

ARTICLE 11 - MODALITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Chaque année, au plus tard le 31 mars, le Réseau financé par le FIQCS transmet un Rapport d'activité dans lequel il s'attache à montrer, à partir de la tenue d'un Tableau de bord, la réalité de son fonctionnement, l'intérêt médical, social et économique du système mis en place et la qualité des procédures d'auto-évaluation.

Ce Rapport précise les résultats obtenus au regard des résultats attendus, tels qu'ils figurent dans la demande de financement et repris dans la Convention constitutive.

Il présente le budget exécuté de l'année en recettes et dépenses et fait état des modalités de financement global du Réseau en retraçant, le cas échéant, la part consacrée aux rémunérations des professionnels de santé hors champ conventionnel et aux dérogations tarifaires accordées.

En plus du Rapport précédent, un Rapport final d'évaluation doit impérativement être adressé trois mois avant le terme de l'autorisation pluriannuelle de financement, soit le 10 septembre 2010 au plus tard. Ce Rapport final analyse le bilan des actions menées et leur apport au regard de l'offre de soins préexistante ; il retrace l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

L'ARH et l'URCAM analysent ce Rapport afin de procéder à une évaluation de l'apport du Réseau et des conditions de sa pérennité.

ARTICLE 12 - DISPOSITIONS CONCERNANT LE SYSTÈME D'INFORMATIONS

Le Réseau s'engage à vérifier que la Convention, conclue avec le prestataire chargé de la mise en place du Système d'informations, en garantit l'interopérabilité. A ce titre, le Réseau devra adopter un système d'échanges d'informations tenant compte des travaux en cours dans le cadre de la normalisation européenne et internationale.

Concernant les systèmes d'information, le budget afférent tient compte des dispositifs de mutualisation existants au niveau national et /ou au niveau régional, et notamment des services mutualisés offerts par le Programme Télésanté Aquitaine.

La présente autorisation de financement contribue exclusivement aux développements informatiques spécifiques ne faisant pas encore l'objet d'une offre de services mutualisés.

ARTICLE 13 - NON-RESPECT DES ENGAGEMENTS PRIS PAR LE RÉSEAU

Suspension :

Conformément à l'Article R 162-64 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de violation des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ou en cas de non respect des engagements souscrits par le promoteur du Réseau, les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM peuvent prendre une Décision Conjointe de suspension des versements, adressée par lettre recommandée avec accusé de réception et en précisant les motifs.

A compter de la notification de suspension, le Réseau dispose d'un délai de 30 jours pour apporter tout élément susceptible de justifier le manquement constaté et peut demander dans ce délai à être entendu par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

Retrait de la décision de financement :

A défaut de régularisation dans le délai imparti, les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM auront la faculté de décider conjointement le retrait de la Décision de financement, par lettre recommandée avec accusé de réception sans préjudice d'un éventuel recours en répétition des sommes versées et non régulièrement justifiées et de réparation du préjudice subi.

ARTICLE 14 - MODALITÉS DE VERSEMENT DU FINANCEMENT

L'autorisation de financement prévue aux Articles 1 et 5 de la présente Décision Conjointe fera l'objet d'un versement unique pour l'année 2007 équivalent au financement autorisé au titre de la Dotation 2007. Ce versement est exécutoire à la date de la signature de la présente Décision.

Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel qu'inscrit dans la Convention URCAM-Promoteur **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la présente Décision Conjointe	Dotation Année 2007, soit 39 215 euros
Janvier 2008	55 073 euros
Avril 2008	55 073 euros

ARTICLE 15 - DÉSIGNATION DE LA CAISSE PIVOT CHARGÉE D'EFFECTUER LE VERSEMENT

L'URCAM d'Aquitaine est chargée de mettre en œuvre la présente Décision, après signature d'une Convention de financement avec le promoteur du Réseau.

ARTICLE 16 – MODIFICATION DES CLAUSES DE FINANCEMENT

Toute modification à la présente Décision devra faire l'objet d'une Décision Conjointe modificative.

ARTICLE 17 – PUBLICATION DE LA DÉCISION

La présente Décision sera publiée au Recueil des actes administratifs du département dans lequel l'ARH et l'URCAM ont leur siège d'une part, et au Recueil des actes administratifs du département dans lequel s'appliquent ces actes conformément à l'Article R710-17-7 du Code de la Santé Publique d'autre part.

Fait à Bordeaux, le 10 décembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,
Gilles GRENIER**

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,
Alain GARCIA**

Liste des Annexes :

3) BUDGET

4) CONVENTION CONSTITUTIVE DU RESEAU

3) CHARTE DU RÉSEAU

4) DOCUMENT D'INFORMATION DES PATIENTS

Annexe 1 :

Budget

RESEAU : MNEMOSYNE N° 960 720 522							
BUDGET Décision Conjointe de financement							
				Montant Accordé 2007 (du 1/12/07 au 31/12/07)	Montant Prévisionnel 2008	Montant prévisionnel 2009	Montant prévisionnel 2010 (du 1/01/10 au 30/11/10)
1. FRAIS INDIRECTS							
Frais de fonctionnement							
Achats non stockés de matières et fournitures							
606300- Entretien et petit équipement				50	600	600	550
606400- Fournitures administratives				267	3 200	3 200	2 933
606800- Autres fournitures				25	300	300	275
TOTAL GROUPE 1				342	4 100	4 100	3 758
Services extérieurs							
613000- Locations				510	6 120	6 120	5 610
615600- Maintenance				480	5 760	5 760	5 280
616000- Assurances				17	200	200	183
618000- Documentation, divers				67	800	800	733
TOTAL GROUPE 2				1 073	12 880	12 880	11 807
Autres services extérieurs							
622600- Honoraires Expert comptable				333	4 000	4 000	3 667
622601- Honoraires Commissaire aux comptes				258	3 100	3 100	2 842
622700- Frais d'acte et contentieux				300			-
623000- Publicité, publications, relations publiques				3 000	1 000	4 000	3 667
625100- Voyages et déplacements				82	980	980	898
625600- Missions				82	980	980	898
625700- Réceptions				1 000	83	1 000	917
626000- Frais postaux et de télécommunication				5 000	693	5 440	4 967
627000- Services bancaires				11	130	130	119
TOTAL GROUPE 3				10 066	11 166	19 630	17 994
Masse salariale structure administrative							
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires			
- Coordinateur Administratif	1			4 333	52 000	52 000	47 667
- Secrétariat	0,5			1 612	19 345	19 345	17 733
- Médecine du travail, formation continue				238	2 856	2 856	2 618
TOTAL GROUPE 4				6 183	74 201	74 201	68 018
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A				17 664	102 347	110 811	101 577
2. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires			
Sous-famille 1 : coordination							
- Masse salariale : Gestionnaire de situation (IDE)	1				45 000	45 000	41 250
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination :							
Participation aux groupes de travail et vie du Réseau				1 800	4 200	1 200	
Coordination médecins				120	1 680	2 100	1 140
Coordination para-médicaux				66	924	1 155	627
TOTAL SOUS FAMILLE 1				1 986	51 804	49 455	43 017
Sous-famille 2 : soins							
- Masse salariale : Neuropsychologue	1				45 000	45 000	41 250
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins :							
Repérage et orientation				400	5 600	7 000	3 840
TOTAL SOUS FAMILLE 2				400	50 600	52 000	45 090
Sous-famille 3 : formation							
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation							
Participation soirée outil de repérage				1 000	3 000	2 000	2 000
Participation soirées pluridisciplinaires- médecins-				-	4 800	4 800	4 800
Participation soirées pluridisciplinaires - Paramédicaux				-	5 040	5 040	5 040
Animation soirées et formations				400	1 200	1 200	1 200
- 623330- frais de congrès sur formations				-	300	300	300
- 622830- frais divers formation				1 200	1 200	1 200	1 200
TOTAL SOUS FAMILLE 3				2 600	15 540	14 540	14 540
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)				4 986	117 944	115 995	102 647
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)				22 650	220 291	226 806	204 224
INVESTISSEMENTS				16 565			
FIQCS				39 215	220 291	226 806	204 224
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS							
Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007							
	coût estimé	FIQCS Dotation 2007	auto- financement				
- serveur informatique	2215	554	1661				
- video-projecteur	1832	458	1374				
- photocopieur	5322	1331	3991				
- ordinateurs fixes (2), ordinateurs portables (2), licences	8800	6600	2200				
- mobiliers de bureau	6662	4997	1665				
- cablage et aménagement locaux	3500	2625	875				
TOTAL	28 331	16 565	11 766				



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe du 10.12.2007

**DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE FINANCEMENT RELATIVE AU RÉSEAU RELISPAL -
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 555**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu l'Article 94 de la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu les Articles L 162-45 et L 221.1.1 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu les Articles D 221-1 à D 221-27 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe ARH / URCAM relative au Réseau RELISPAL de surseoir à statuer en date du 25 juin 2007,

Décident conjointement

D'autoriser le Réseau RELISPAL (N°960 720 555) à bénéficier des dispositions de l'Article L 162-45 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Association ALSPAL
34 avenue Clémenceau – 33500 LIBOURNE

Représenté par : Docteur Hervé CHELLE – Président de l'Association

PRÉAMBULE :

Les Réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Les Réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation peuvent bénéficier de financements publics, parmi lesquels, celui du FIQCS. Le fonds permet notamment de couvrir les dépenses de fonctionnement des Réseaux et le cas échéant les dépenses liées aux dérogations prévues à l'Article L 162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

La présente Décision Conjointe prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

Elle détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1 – PRÉSENTATION DU RÉSEAU FINANCÉ

NOM DU RÉSEAU	N° IDENTIFICATION	THÈME	ZONE GÉOGRAPHIQUE
RELISPAL	960 720 555	SOINS PALLIATIFS	LIBOURNE, CASTILLON LA BATAILLE, BRANNE, COUTRAS, FRONSAC, GUITRES, LUSSAC, PUJOLS, SAINTE-FOY-LA-GRANDE, PELLEGRUE, SAINT ANDRÉ DE CUBZAC, BLAYE

ARTICLE 2 – AUTORISATION DE FINANCEMENT

L'autorisation pluriannuelle de financement est donnée pour une durée de 36 mois à compter de la date d'effet de la présente Décision sous réserve de la disponibilité de la Dotation régionale du FIQCS. Son montant limitatif est arrêté pour chaque année.

Au terme de chaque année N de financement autorisé, le budget prévisionnel de l'année suivante est soumis à l'approbation des Directeurs de l'URCAM et de l'ARH pour ajuster, le cas échéant, au regard du Rapport d'activité de l'année N prévu à l'Article 11 de la présente Décision, le versement annuel suivant, à la baisse ou à la hausse, dans la limite du montant de la Dotation Régionale disponible.

Le Réseau RELISPAL bénéficie d'une autorisation pluriannuelle limitative de financement de 911 660 euros au titre du FIQCS. **Cette autorisation est conditionnée au respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision.**

Le montant limitatif de l'autorisation annuelle de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 106 709 euros, sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision.

ARTICLE 3 - MODALITÉS DE PARTICIPATION AU RÉSEAU DES PROFESSIONNELS ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'ensemble des Professionnels et des Etablissements de santé participant au Réseau, soit à titre professionnel, soit dans le cadre du bénévolat, s'engagent à signer la Charte du Réseau figurant en Annexe 3.

ARTICLE 4 - MODALITÉS PAR LESQUELLES LES PATIENTS MANIFESTENT LEUR VOLONTE DE PARTICIPER AU RÉSEAU

Le Réseau garantit au patient le libre choix d'accepter de bénéficier du Réseau ou de s'en retirer.

Le Réseau remet un document d'information aux patients figurant en Annexe 4.

Ce Document est signé si possible par le patient, ou le cas échéant par son entourage.

ARTICLE 5 – CONVENTION CONSTITUTIVE DU RÉSEAU

Le Promoteur du Réseau est tenu d'élaborer et de respecter une Convention constitutive, figurant en Annexe 2, qui précise, outre sa durée et son calendrier de mise en œuvre :

- l'objet du Réseau et les objectifs poursuivis,
- la couverture géographique et la population concernée,
- le siège du Réseau, l'identification précise du promoteur, leur nature juridique,
- les personnes physiques et morales le composant et la répartition de leurs champs d'intervention respectifs,
- les modalités de représentation des usagers,
- l'organisation de la coordination et les conditions de fonctionnement du Réseau,
- le cas échéant, l'organisation du système d'information et l'identification du responsable,
- les modalités du suivi de l'activité, et notamment la tenue d'un Tableau de bord permanent permettant de comparer les résultats obtenus en fonction des résultats attendus,
- les modalités prévues pour l'évaluation du Réseau,
- les conditions et modalités de dissolution du Réseau.

ARTICLE 6 - DESCRIPTIF DE L'AUTORISATION DE FINANCEMENT AU TITRE DU FIQCS

L'autorisation pluriannuelle de financement d'un montant global de 911 660 euros, représentant 100 % des produits et des recettes du budget prévisionnel présenté par le promoteur du Réseau, est ***accordée sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision.*** Cette autorisation s'impute à hauteur de 106 709 euros sur la Dotation du FIQCS de l'Exercice 2007 et à hauteur de 804 951 euros pour les Exercices suivants selon le Budget prévisionnel figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de 10 pour l'année 2007, de 30 pour l'année 2008, de 60 pour l'année 2009 et de 90 pour l'année 2010.

IMPORTANT

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 7 – OBJET ET CONDITIONS DU FINANCEMENT

Le financement accordé est attribué sous réserve que le Promoteur :

- étende la zone géographique d'intervention du Réseau en cohérence avec les réseaux de santé existants en matière de soins palliatifs sur le territoire de recours de la Gironde,
- explicite la démarche d'évaluation du Réseau conformément à l'Article 12 de la Convention constitutive du Réseau,
- transmette les Conventions de partenariat formalisées avec l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge des soins palliatifs,
- transmette les fiches de poste actualisées de l'ensemble des salariés du Réseau,
- transmette la fiche de poste du coordinateur administratif, compétent en gestion de projet,
- s'articule avec le Programme Télésanté Aquitaine,
- recherche auprès de partenaires publics ou privés d'autres sources de financement,
- se rapproche des autres Réseaux de prise en charge des soins palliatifs existants en Aquitaine en vue d'une mutualisation de ces Réseaux au travers de la création d'une Fédération conformément au Cahier des charges régional des Réseaux de soins palliatifs en Aquitaine. Cette mutualisation concerne notamment l'acquisition des logiciels, les actions de communication et de publicité et l'évaluation des Réseaux.

Le montant limitatif de l'autorisation annuelle de financement sera ajusté au terme de chaque année de financement dans la limite de l'autorisation pluriannuelle de financement initialement accordée, au regard du Budget prévisionnel, du Rapport d'activité du Réseau tel que prévu à l'article 11 de la présente Décision, et des Résultats comptables et financiers relatifs à l'Exercice écoulé.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau RELISPAL (N°960 720 555) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Coordination	Participation à la coordination et au suivi des patients en au domicile du patient en lien avec l'équipe mobile	Forfait de prise en charge pour les intervenants	Médecin traitant (non coordinateur de la prise en charge à domicile), IDE, MK et pharmacien effecteur au domicile et participant aux réunions	Au réseau	40€ par professionnel de santé libéral (3 PS indemnisés par réunion) et par mois	10 patients en 2007 = 2.400 € 30 patients en 2008 = 7.200 € 60 patients en 2009 = 14.400 € 90 patients en 2010 = 19.800 € soit 19.800 € sur 11 mois	2.400 €
Réunion post-décès	Réunion de régulation « débriefing » des intervenants du patient ; indemnisation pour la participation de 3 Professionnels de santé libéraux	Forfait	Médecin et paramédicaux ; (3 PS)	Au réseau	40€ par professionnel de santé libéral (3 PSL indemnisés par réunion)	2 en 2007 = 250 € 25 en 2008 = 3.000 € 40 en 2009 = 4 800€ 37 en 2010 = 4.400 €	250 €
Coordination de la prise en charge à domicile	Organisation et supervision de la prise en charge du patient par le coordinateur désigné	Forfait de coordination	Médecin traitant ou infirmier du patient désigné comme coordinateur	Au réseau	80 € par patient et par mois	10 patients en 2007 = 1.600 € 30 patients en 2008 = 4.800 € 60 patients en 2009 = 9.600 € 90 patients en 2010 = 13.200 € sur 11 mois	1.600 €

Assistance téléphonique auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Conseils téléphoniques réalisés auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au réseau	40€ par patient	10 patients en 2007 = 400 € 30 patients en 2008 = 1.200 € 60 patients en 2009 = 2.400 € 90 patients en 2010 = 3.300 € sur 11 mois	400 €
Participation aux groupes de travail et à la vie du Réseau	1 réunion pour l'année 2007 seulement	Forfait	Professionnels de santé libéraux	Au réseau	50 € par réunion	4	200 €

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
FORMATION							
Professionnels de santé	Réunions de formation des Professionnels de santé effecteurs soit lors de leur adhésion ou formation à des situations particulières relevant des soins palliatifs. Réunion de 3h, 1 par semestre Organisée par la coordination médico-administrative et les référents territoriaux	Indemnisation	Médecin libéral généraliste	Au réseau	135€ par réunion soit 270 € par an	20	2007 : 2.700 € 2008 = 5.400 € 2009 = 5.400 € 2010 = 5.400 €
			Infirmier libéral		78€ par réunion 156 € par an	15	2007= 1.170 € 2008 = 2.340 € 2009 = 2.340 € 2010 = 2.340 €
			Kinésithérapeute libéral		96€ par réunion 192€ par an	10	2006 = 960 € 2008 = 1 920 € 2009 = 1.920 € 2010 = 1.920 €
Formation des Référents libéraux	Formation professionnelle des Référents (actualisation des connaissances et des pratiques) pour une durée de 3 heures et une périodicité d'une fois par an	Indemnisation	Médecin libéral	Au réseau	135 € par an et par Référent	6 Référents médecins	Coût annuel (2007 à 2009) = 810 €
			Infirmier libéral		78 € par an et par Référent	6 Référents infirmiers	Coût annuel (2007 à 2009)= 468 €

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
INTERVENTION A DOMICILE							
Intervention à domicile du Référent territorial pour l'inclusion du patient	Participation du Référent territorial à la réunion d'inclusion du patient en présence de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par réunion d'inclusion	10 patients en 2007 30 patients en 2008 60 patients en 2009 90 patients en 2010	Pour 2007 = 760 € Pour 2008 = 2.280 € Pour 2009 = 4.560 € Pour 2010 = 6.840 €
Intervention à domicile du Référent territorial pour le suivi du patient	Intervention à domicile du Référent sur demande expresse de l'équipe du domicile et en présence d'au moins un membre de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge et du suivi du patient	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par intervention (avec 2 interventions en moyenne par patient)	10 patients en 2007 30 patients en 2008 60 patients en 2009 90 patients en 2010	Pour 2007 = 760 € (1 intervention) Pour 2008 = 4.560 € Pour 2009 = 9.120 € Pour 2010 = 13.680 €
SOINS EXCEPTIONNELS							
Soins exceptionnels	Soins particuliers de confort du malade dispensés par un intervenant (ex ; ergothérapeute, massages de confort, orthophoniste) 2 interventions par patient	Indemnisation pour 1 professionnel de santé pour un acte non référencé	PS libéraux	Au Réseau	50 € par intervention d'1 h soit 100 € par patient	5 patients en 2007 = 500 € 30 en 2008 = 3.000 € 60 en 2009 = 6.000 € 90 patients en 2010 = 9.000 €	Coût total = 18.500 €

ARTICLE 7.3 - DÉROGATIONS AUX RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
AIDE EXCEPTIONNELLE							
Aide financière exceptionnelle	Aide financière pour les patients après épuisement de toutes les aides possibles ou en complémentarité	Forfait/patient	Patient	Au Réseau	100 maximum par mois €	1 en 2007 = 100 € 10 en 2008 = 4 000 € 20 en 2009 = 6 000 € 25 en 2010 = 5 500 €	100 €

IMPORTANT

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 8 – MODALITÉS D'ENTRÉE ET DE SORTIE DU RÉSEAU POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES PATIENTS

Modalités d'inclusion des patients :

- respect des critères médico-sociaux d'inclusion
- respect des critères administratifs d'inclusion
- prise en charge par des professionnels de santé adhérant à la Charte du Réseau
- adhésion au document d'information à destination des patients

Modalités de sortie des patients :

- exclusion liée au non respect des critères médico-sociaux et administratifs
- départ volontaire (possible à tout moment)

Modalités d'adhésion des professionnels :

- prise en charge d'un patient inclus dans le Réseau
- adhésion à la Charte du Réseau

Modalités de sortie des professionnels :

- exclusion liée au non respect de la Charte du Réseau ou à la sortie du patient
- départ volontaire

ARTICLE 9 – ENGAGEMENTS DU RÉSEAU

Les Promoteurs du Réseau, bénéficiaires de cette Autorisation, s'engagent :

- à fonctionner dans le respect des dispositions prévues dans la Convention constitutive du Réseau, la Charte du Réseau et le document d'information aux patients annexés à la présente Décision Conjointe,
- à respecter les obligations et modalités prévues pour les versements successifs, l'établissement des Rapports d'activité et d'évaluation,

- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n° DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,
- à contribuer, en liaison avec les Services de l'Etat et de l'Assurance Maladie, à établir le Bilan détaillé de leur activité,
- à effectuer, auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), les démarches rendues obligatoires par le dispositif législatif et réglementaire,
- à tenir une comptabilité conformément aux règles et usages en la matière, avec l'assistance des expertises requises,
- à prendre toutes les dispositions utiles afin d'être en mesure de fournir **un Rapport d'activité au 31 mars de chaque année**, conformément à l'article 1 du Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002,
- à se tenir à jour de leurs obligations sociales, fiscales et parafiscales,
- à tenir sa comptabilité par référence aux principes du Plan comptable défini par le **Règlement CRC 99-01** ; outre le bilan, le compte de résultat et l'annexe, à remettre également **le détail** des comptes annuels, qui doivent être clôturés au **31 décembre de chaque année**,
- à joindre le Compte Rendu Financier conformément à l'**Article 10 de la Loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux Droits des citoyens dans leurs relations avec les Administrations complétée par l'Arrêté du 11 octobre 2006**,
- à tenir une comptabilité analytique ou à aménager sa comptabilité de manière explicite en cas de projets multiples, de façon à fournir un tableau de répartition des frais indirects en explicitant les clés de répartition,
- à respecter le Guide relatif aux obligations comptables des attributaires d'une aide, qui leur a été remis lors de la signature de la Convention de financement,
- à soumettre sans délai aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM toutes modifications juridiques ou administratives du Réseau ou de l'un de ses Promoteurs, et plus particulièrement toute modification statutaire,
- à présenter, pour toute prestation nécessitant une intervention externe d'un montant supérieur à 5 000 euros, un Cahier des charges précis qui aura été envoyé en même temps à au moins 3 prestataires de services. Lors de toute demande de modification budgétaire ou demande d'aide financière auprès des Directeurs de l'URCAM et de l'ARH, le Cahier des charges devra être accompagné des réponses des sociétés prestataires de services pressenties. Le Promoteur s'engage à respecter les règles de concurrence et devra apporter la preuve de l'envoi de ce Cahier des charges aux différents prestataires à une même date,
- à justifier de tous documents, pièces ou informations relatives tant au projet financé qu'aux dépenses engagées, à la première demande des Directeurs de l'ARH et de l'URCAM, ou de leur mandataire,
- à accorder un libre accès aux Services habilités par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM ou à tout mandataire de leur choix, pour procéder à toute vérification administrative, juridique ou comptable relative au financement accordé,
- à autoriser l'ARH et l'URCAM ainsi que le Ministère et la CNAMTS dans le cadre de l'Observatoire Nationale des Réseaux de Santé (ONRS) à mettre en ligne sur leurs sites Internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du Réseau et le cas échéant, créer des liens entre leurs sites et les coordonnées Internet du Réseau. Le bénéficiaire de l'autorisation de financement disposera d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concernent. (Art 34 – Loi informatique et libertés). Pour l'exercer, il devra s'adresser aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM,
- à respecter les dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ainsi que les engagements souscrits dans le cadre de la mise en œuvre de cette autorisation.

Le respect de ces engagements est considéré par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM comme une condition substantielle de l'octroi de cette autorisation.

ARTICLE 10 - CONTRÔLE DE L'UTILISATION DES FINANCEMENTS AUTORISES

Les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM, ou tout mandataire de leur choix, pourront procéder ou faire procéder, à tout moment, à un contrôle et à une vérification de l'utilisation des financements autorisés, tant en ce qui concerne la réalisation des objectifs que la destination des fonds.

L'attributaire des fonds versés à ce titre, s'engage dans le délai d'un mois à compter de la date de versement des fonds à les affecter sur un compte spécifique libellé comme suit : "RELISPAL FIQCS N°960 720 555" et dont le Relevé d'Identité Bancaire devra être transmis dans ce délai aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

ARTICLE 11 - MODALITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Chaque année, au plus tard le 31 mars, le Réseau financé par le FIQCS transmet un Rapport d'activité dans lequel il s'attache à montrer, à partir de la tenue d'un Tableau de bord, la réalité de son fonctionnement, l'intérêt médical, social et économique du système mis en place et la qualité des procédures d'auto-évaluation.

Ce Rapport précise les résultats obtenus au regard des résultats attendus, tels qu'ils figurent dans la demande de financement et repris dans la Convention constitutive.

Il présente le budget exécuté de l'année en recettes et dépenses et fait état des modalités de financement global du Réseau en retraçant, le cas échéant, la part consacrée aux rémunérations des professionnels de santé hors champ conventionnel et aux dérogations tarifaires accordées.

En plus du Rapport précédent, un Rapport final d'évaluation doit impérativement être adressé trois mois avant le terme de l'autorisation pluriannuelle de financement, soit le 10 septembre 2010 au plus tard. Ce Rapport final analyse le bilan des actions menées et leur apport au regard de l'offre de soins préexistante ; il retrace l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

L'ARH et l'URCAM analysent ce Rapport afin de procéder à une évaluation de l'apport du Réseau et des conditions de sa pérennité.

ARTICLE 12 - DISPOSITIONS CONCERNANT LE SYSTÈME D'INFORMATIONS

Le Réseau s'engage à vérifier que la Convention, conclue avec le prestataire chargé de la mise en place du Système d'informations, en garantit l'interopérabilité. A ce titre, le Réseau devra adopter un système d'échanges d'informations tenant compte des travaux en cours dans le cadre de la normalisation européenne et internationale.

Concernant les systèmes d'information, le budget afférent tient compte des dispositifs de mutualisation existants au niveau national et /ou au niveau régional, et notamment des services mutualisés offerts par le Programme Télésanté Aquitaine.

La présente autorisation de financement contribue exclusivement aux développements informatiques spécifiques ne faisant pas encore l'objet d'une offre de services mutualisés.

ARTICLE 13 - NON-RESPECT DES ENGAGEMENTS PRIS PAR LE RÉSEAU

Suspension :

Conformément à l'Article R 162-64 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de violation des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ou en cas de non respect des engagements souscrits par le promoteur du Réseau, les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM peuvent prendre une Décision Conjointe de suspension des versements, adressée par lettre recommandée avec accusé de réception et en précisant les motifs.

A compter de la notification de suspension, le Réseau dispose d'un délai de 30 jours pour apporter tout élément susceptible de justifier le manquement constaté et peut demander dans ce délai à être entendu par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

Retrait de la décision de financement :

A défaut de régularisation dans le délai imparti, les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM auront la faculté de décider conjointement le retrait de la Décision de financement, par lettre recommandée avec accusé de réception sans préjudice d'un éventuel recours en répétition des sommes versées et non régulièrement justifiées et de réparation du préjudice subi.

ARTICLE 14 - MODALITÉS DE VERSEMENT DU FINANCEMENT

L'autorisation de financement prévue aux Articles 1 et 5 de la présente Décision Conjointe fera l'objet d'un versement unique pour l'année 2007 équivalent au financement autorisé au titre de la Dotation 2007. Ce versement est exécutoire à la date de la signature de la présente Décision.

Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel qu'inscrit dans la Convention URCAM-Promoteur **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la présente Décision Conjointe	Dotation Année 2007, soit 106 709 euros
Janvier 2008	62 465 euros
Avril 2008	62 466 euros

ARTICLE 15 - DÉSIGNATION DE LA CAISSE PIVOT CHARGÉE D'EFFECTUER LE VERSEMENT

L'URCAM d'Aquitaine est chargée de mettre en œuvre la présente Décision, après signature d'une Convention de financement avec le promoteur du Réseau.

ARTICLE 16 – MODIFICATION DES CLAUSES DE FINANCEMENT

Toute modification à la présente Décision devra faire l'objet d'une Décision Conjointe modificative.

ARTICLE 17 – PUBLICATION DE LA DÉCISION

La présente Décision sera publiée au Recueil des actes administratifs du département dans lequel l'ARH et l'URCAM ont leur siège d'une part, et au Recueil des actes administratifs du département dans lequel s'appliquent ces actes conformément à l'Article R710-17-7 du Code de la Santé Publique d'autre part.

Fait à Bordeaux, le 10 décembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,
Gilles GRENIER**

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,
Alain GARCIA**

Liste des Annexes :

5) BUDGET

6) CONVENTION CONSTITUTIVE DU RESEAU

3) CHARTE DU RÉSEAU

4) DOCUMENT D'INFORMATION DES PATIENTS

Annexe 1 :

Budget

RESEAU : RELISPAL N° 960 720 555

BUDGET Décision conjointe de financement

		Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (1 mois : 1/12/07 au 31/12/2007)	Montant accordé au titre de la Dotation 2008	Montant prévisionnel 2009	Montant prévisionnel 2010 (du 01/01/10 au 30/11/10)	
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606110- Eau						
606120- EDF et GAZ		125	1500	1 500	1 375	
606300- Entretien et petit équipement		30	250	250	229	
606400- Fournitures administratives		3 000	3 000	3 000	2 750	
606800- Autres fournitures		-	-	-	-	
TOTAL GROUPE 1		3 155	4 750	4 750	4 354	
Services extérieurs						
613000- Locations		1 000	10 200	10 200	9 350	
614000- Charges locatives		100	500	550	504	
615200- Entretien sur biens immobiliers		-	-	-	-	
615600- Maintenance		-	-	-	-	
616000- Assurances		80	550	550	504	
618000- Documentation, divers		2 000	500	500	458	
TOTAL GROUPE 2		3 180	11 750	11 800	10 817	
Autres services extérieurs						
622600- Honoraires expert comptable		2 750	5 230	5 230	4 794	
622601- Honoraires Commissaire aux comptes		-	5 000	5 000	4 583	
623000- Publicité, publications, relations publiques		2 000	1 500	1 500	1 375	
625100- Voyages et déplacements		8 000	8 320	8 400	7 700	
625700- Réceptions		500	500	500	458	
626000- Frais postaux et de télécommunication		3 500	3 500	3 500	3 208	
TOTAL GROUPE 3		16 750	24 050	24 130	22 119	
Fédération des Réseaux de soins palliatifs		15 000				
TOTAL GROUPE 4		15 000				
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires		
Coordonnateur administratif	0,5	16170	7120	1710	2 085	25 000
Secrétariat	0,25	11900	5200	1100	861	10 035
TOTAL GROUPE 5					2 946	35 035
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 5 = A					41 031	75 585
						75 715
						69 405

2. FRAIS DIRECTS							
	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires			
Sous-famille 1 : coordination							
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)							
Coordination médicale	0,5			4 333	52 000	52 000	47 667
Infirmière	1			3 667	44 000	44 000	40 333
Psychologue	0,5			2 000	24 000	24 000	22 000
Assistante sociale	0,25			900	10 800	10 800	9 900
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination							-
633000 Formation continue et permanente				800	2500	2500	2 292
622611 Coordination				2 400	7 200	14 400	19 800
622612 Réunions post-décès				250	3 000	4 800	4 400
622613 Coordination de la prise en charge (coordinateur)				1 600	4 800	9 600	13 200
622614 Assistance téléphonique auprès de intervenants (référénts territoriaux de proximité)				400	1 200	2 400	3 300
622615 Participation groupes de travail et vie du Réseau				200	-	-	-
TOTAL SOUS FAMILLE 1				16 550	149 500	164 500	162 892
Sous-famille 2 : soins							
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins							
622621 Intervention à domicile du Référént pour l'inclusion				760	2 280	4 560	6 840
622621 Intervention à domicile du Référént pour le suivi des patients				760	4 560	9 120	13 680
622622 Soins exceptionnels				500	3 000	6 000	9 000
622623 Aide financière exceptionnelle				100	4 000	6 000	5 500
TOTAL SOUS FAMILLE 2				2 120	13 840	25 680	35 020
Sous-famille 3 : formation							
622631 Formation des PS (Médecins)				5 400	5 400	5 400	5 400
622632 Formation des PS (IDE)				2 340	2 340	2 340	2 340
622633 Formation des PS (Kinésithérapeutes)				1 920	1 920	1 920	1 920
622634 Formation de Référénts (Médecins)				810	810	810	810
622635 Formation des Référénts (IDE)				468	468	468	468
TOTAL SOUS FAMILLE 3				10 938	10 938	10 938	10 938
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)				29 608	174 278	201 118	208 850
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)	(1)	(2)	(3)	70 639	249 863	276 833	278 255
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS				36 070			
FIQCS				106 709	249 863	276 833	278 255

Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	FIQCS Dotation 2007	autofinancement
4 bureaux + 4 chaises ou fauteuil	2 400	2 400	
Tables modulables + chaises pour salle réunion	1 500	1 500	
8 Chaises visiteurs dans bureaux	800	800	
4 armoires	2 000	2 000	
2 Tableaux Blanc et 1 Paper board	200	200	
1 écran	250	250	
1 photocopieur	450	450	
1 ensemble de sonorisation portable	850	850	
3 ordinateurs de Bureau avec écran	3 000	3 000	
Achat Logiciels bureautiques pour 4 postes	3 000	3 000	
Logiciel base de données		15000	
1 portable	2 000	2 000	
1 Vidéo projecteur	1 100	1 100	
1 imprimante laser couleur	800	800	
1 imprimante portable	280	280	
1 scanner	300	300	
1 disque dur externe de sauvegarde 320 Go	150	150	
2 clé USB 512	80	80	
3 onduleurs	330	330	
Câbles divers	100	100	
1 central téléphonique répondeur	530	530	
3 téléphones	330	330	
1 télécopieur	320	320	
1 GPS	300	300	
Total	21 070	36 070	



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe du 10.12.2007

***DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE FINANCEMENT RELATIVE AU RÉSEAU PALLIA 24 -
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 530***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu l'Article 94 de la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu les Articles L 162-45 et L 221.1.1 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu les Articles D 221-1 à D 221-27 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe ARH / URCAM relative au Réseau PALLIA 24 de surseoir à statuer en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

D'autoriser le Réseau PALLIA 24 (N°960 720 530) à bénéficier des dispositions de l'Article L 162-45 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 13 rue Guynemer – 24 000 PERIGUEUX

Représenté par : Monsieur Pierre GURTLER – Président du Réseau PALLIA 24

PRÉAMBULE :

Les Réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Les Réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation peuvent bénéficier de financements publics, parmi lesquels, celui du FIQCS. Le fonds permet notamment de couvrir les dépenses de fonctionnement des Réseaux et le cas échéant les dépenses liées aux dérogations prévues à l'Article L 162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

La présente Décision Conjointe prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

Elle détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1 – PRÉSENTATION DU RÉSEAU FINANCÉ

NOM DU RÉSEAU	N° IDENTIFICATION	THÈME	ZONE GÉOGRAPHIQUE
PALLIA 24	960 720 530	SOINS PALLIATIFS	DORDOGNE

ARTICLE 2 – AUTORISATION DE FINANCEMENT

L'autorisation pluriannuelle de financement est donnée pour une durée de 36 mois à compter de la date d'effet de la présente Décision sous réserve de la disponibilité de la Dotation régionale du FIQCS. Son montant limitatif est arrêté pour chaque année.

Au terme de chaque année N de financement autorisé, le budget prévisionnel de l'année suivante est soumis à l'approbation des Directeurs de l'URCAM et de l'ARH pour ajuster, le cas échéant, au regard du Rapport d'activité de l'année N prévu à l'Article 11 de la présente Décision, le versement annuel suivant, à la baisse ou à la hausse, dans la limite du montant de la Dotation Régionale disponible.

Le Réseau PALLIA 24 bénéficie d'une autorisation pluriannuelle limitative de financement de 949 124 euros au titre du FIQCS. Cette autorisation est conditionnée au respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision.

Le montant limitatif de l'autorisation annuelle de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 99 067 euros, sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision.

ARTICLE 3 - MODALITÉS DE PARTICIPATION AU RÉSEAU DES PROFESSIONNELS ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'ensemble des Professionnels et des Etablissements de santé participant au Réseau, soit à titre professionnel, soit dans le cadre du bénévolat, s'engagent à signer la Charte du Réseau figurant en Annexe 3.

ARTICLE 4 - MODALITÉS PAR LESQUELLES LES PATIENTS MANIFESTENT LEUR VOLONTE DE PARTICIPER AU RÉSEAU

Le Réseau garantit au patient le libre choix d'accepter de bénéficier du Réseau ou de s'en retirer.

Le Réseau remet un document d'information aux patients figurant en Annexe 4.

Ce Document est signé si possible par le patient, ou le cas échéant par son entourage.

ARTICLE 5 – CONVENTION CONSTITUTIVE DU RÉSEAU

Le Promoteur du Réseau est tenu d'élaborer et de respecter une Convention constitutive, figurant en Annexe 2, qui précise, outre sa durée et son calendrier de mise en œuvre :

- l'objet du Réseau et les objectifs poursuivis,
- la couverture géographique et la population concernée,
- le siège du Réseau, l'identification précise du promoteur, leur nature juridique,
- les personnes physiques et morales le composant et la répartition de leurs champs d'intervention respectifs,
- les modalités de représentation des usagers,
- l'organisation de la coordination et les conditions de fonctionnement du Réseau,
- le cas échéant, l'organisation du système d'information et l'identification du responsable,
- les modalités du suivi de l'activité, et notamment la tenue d'un Tableau de bord permanent permettant de comparer les résultats obtenus en fonction des résultats attendus,
- les modalités prévues pour l'évaluation du Réseau,
- les conditions et modalités de dissolution du Réseau.

ARTICLE 6 - DESCRIPTIF DE L'AUTORISATION DE FINANCEMENT AU TITRE DU FIQCS

L'autorisation pluriannuelle de financement d'un montant global de 949 124 euros, est *accordée sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Décision*. Cette autorisation s'impute à hauteur de 99 067 euros sur la Dotation du FIQCS de l'Exercice 2007 et à hauteur de 850 057 euros pour les Exercices suivants selon le Budget prévisionnel figurant en Annexe 1.

Le nombre prévisionnel (limitatif) de patients pris en charge dans le Réseau est de :

- 5 pour l'année 2007,
- 50 pour l'année 2008,
- 80 pour l'année 2009,
- 75 pour l'année 2010.

IMPORTANT

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 7 – OBJET ET CONDITIONS DU FINANCEMENT

Le financement accordé est attribué sous réserve que le Promoteur :

- explicite la démarche d'évaluation du Réseau conformément à l'Article 12 de la Convention constitutive du Réseau,
- transmette les Conventions de partenariat formalisées avec l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge des soins palliatifs,
- transmette les fiches de poste actualisées de l'ensemble des salariés du Réseau,
- transmette la fiche de poste du coordinateur administratif, compétent en gestion de projet,
- s'articule avec le Programme Télésanté Aquitaine,
- recherche auprès de partenaires publics ou privés d'autres sources de financement,
- se rapproche des autres Réseaux de prise en charge des soins palliatifs existants en Aquitaine en vue d'une mutualisation de ces Réseaux au travers de la création d'une Fédération conformément au Cahier des charges régional des Réseaux de soins palliatifs en Aquitaine. Cette mutualisation concerne notamment l'acquisition des logiciels, les actions de communication et de publicité et l'évaluation des Réseaux.

L'ensemble de ces éléments devra être transmis au Directeurs de l'URCAM et au Directeur de l'ARH dans un délai de 6 mois à compter de la signature de la présente Décision.

Le montant limitatif de l'autorisation annuelle de financement sera ajusté au terme de chaque année de financement dans la limite de l'autorisation pluriannuelle de financement initialement accordée, au regard du Budget prévisionnel, du Rapport d'activité du Réseau tel que prévu à l'article 11 de la présente Décision, et des Résultats comptables et financiers relatifs à l'Exercice écoulé.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau PALLIA 24 (N°960 720 530) le sont pour l'année 2007 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
Coordination	Participation à la coordination et au suivi des patients en au domicile du patient en lien avec l'équipe mobile	Forfait de prise en charge pour les intervenants	Médecin traitant (non coordinateur de la prise en charge à domicile), IDE, MK et pharmacien effecteur au domicile et participant aux réunions	Au réseau	40 € par professionnel de santé libéral (3 PS indemnisés par mois)	5 patients en 2007 = 1 200 € 50 patients en 2008 = 12 000 € 80 patients en 2009 = 19 200 € 75 patients en 2010 = 18 000 €	1 200 €
Réunion post-décès	Réunion de régulation « débriefing » des intervenants du patient ; indemnisation pour la participation de 3 Professionnels de santé libéraux	Forfait	Médecin et paramédicaux ; (3 PS)	Au réseau	40 € par professionnel de santé libéral (3 PSL indemnisés par réunion)	5 patients en 2007 = 600 € 50 patients en 2008 = 6 000 € 80 patients en 2009 = 9 600 € 75 patients en 2010 = 9 000 €	600 €
Coordination de la prise en charge à domicile	Organisation et supervision de la prise en charge du patient par le coordinateur désigné	Forfait de coordination	Médecin traitant ou infirmier du patient désigné comme coordinateur	Au réseau	80 € par patient et par mois soit 160 € par patient en moyenne	5 patients en 2007 = 800 € 50 patients en 2008 = 8 000 € 80 patients en 2009 = 12 800 € 75 patients en 2010 = 12 000 €	800 €
Assistance téléphonique auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Conseils téléphoniques réalisés auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au réseau	40 € par patient	5 patients en 2007 = 200 € 50 patients en 2008 = 2 000 € 80 patients en 2008 = 3 200 € 75 patients en 2010 = 3 000 €	200 €
Participation aux groupes de travail et à la vie du Réseau	1 réunion pour l'année 2007 12 réunions pour l'année 2008	Forfait	Professionnels de santé libéraux	Au réseau	50 € par réunion	5	250 €

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
FORMATION							
Professionnels de santé	Réunions de formation des Professionnels de santé effecteurs soit lors de leur adhésion ou formation à des situations particulières relevant des soins palliatifs. Réunion de 3h, 1 par semestre Organisée par la coordination médico-administrative et les référents territoriaux	Indemnisation	Médecin libéral généraliste	Au réseau	135 € par réunion soit 270 € par an	10	2007 - 2008 - 2009 - 2010 = 2 700 €
			Infirmier libéral		78 € par réunion 156 € par an	10	2007 - 2008 - 2009 - 2010 = 1 560 €
			Kinésithérapeute libéral		96 € par réunion 192 € par an	10	2007 - 2008 - 2009 - 2010 = 1 920 €
Formation des Référents libéraux	Formation professionnelle des Référents (actualisation des connaissances et des pratiques) pour une durée de 3 heures et une périodicité d'une fois par an	Indemnisation	Médecin libéral	Au réseau	135 € par an et par Référent	6 Référents médecins	Coût annuel 2007 = 810 € Coût annuel 2008 = 810 €
			Infirmier libéral		78 € par an et par Référent	6 Référents infirmiers	Coût annuel = 468 €

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
INTERVENTION A DOMICILE							
Intervention à domicile du Référent territorial pour l'inclusion du patient	Participation du Référent territorial à la réunion d'inclusion du patient en présence de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par réunion d'inclusion	5 patients en 2007 50 patients en 2008	Pour 2007 = 380 € Pour 2008 = 3 800 € Pour 2009 = 6 080 € pour 2010 = 5 700 €

Intervention à domicile du Référent territorial pour le suivi du patient	Intervention à domicile du Référent sur demande expresse de l'équipe du domicile et en présence d'au moins un membre de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge et du suivi du patient	Forfait	Référents territoriaux de proximité	Au Réseau	76 € par intervention (avec 2 interventions en moyenne par patient)	5 patients en 2007 50 patients en 2008 80 patients en 2009 75 patients en 2010	Pour 2007 = 760 € Pour 2008 = 7 600 € Pour 2009 = 12 160 € Pour 2010 = 11 400 €
--	---	---------	-------------------------------------	-----------	---	---	--

SOINS EXCEPTIONNELS

Soins exceptionnels	Soins particuliers de confort du malade dispensés par un Intervenant (ex ; ergothérapeute, massages de confort, orthophoniste) 2 interventions par patient	Indemnisation pour 1 professionnel de santé pour un acte non référencé	PS libéraux	Au Réseau	50 € par intervention d'1 h soit 100 € par patient	5 patients en 2007 = 500 € 50 patients en 2008 = 5 000 € 80 en 2009 = 8 000 € 75 en 2010 = 7 500 €	Coût 2007 = 500 €
---------------------	--	--	-------------	-----------	--	---	-------------------

ARTICLE 7.3 - DÉROGATIONS AUX RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel 2007
AIDE EXCEPTIONNELLE							
Aide financière exceptionnelle	Aide financière pour les patients après épuisement de toutes les aides possibles ou en complémentarité	Forfait/patient	Patient	Au Réseau	100 € maximum par mois	2 en 2007 = 200 € 12 en 2008 = 2 400 € 30 en 2009 = 6 000 € 30 en 2010 = 6 000 €	200 €

IMPORTANT

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 8 – MODALITÉS D'ENTRÉE ET DE SORTIE DU RÉSEAU POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LES PATIENTS

Modalités d'inclusion des patients :

- respect des critères médico-sociaux d'inclusion
- respect des critères administratifs d'inclusion
- prise en charge par des professionnels de santé adhérant à la Charte du Réseau
- adhésion au document d'information à destination des patients

Modalités de sortie des patients :

- exclusion liée au non respect des critères médico-sociaux et administratifs
- départ volontaire (possible à tout moment)

Modalités d'adhésion des professionnels :

- prise en charge d'un patient inclus dans le Réseau
- adhésion à la Charte du Réseau

Modalités de sortie des professionnels :

- exclusion liée au non respect de la Charte du Réseau ou à la sortie du patient
- départ volontaire

ARTICLE 9 – ENGAGEMENTS DU RÉSEAU

Les Promoteurs du Réseau, bénéficiaires de cette Autorisation, s'engagent :

- à fonctionner dans le respect des dispositions prévues dans la Convention constitutive du Réseau, la Charte du Réseau et le document d'information aux patients annexés à la présente Décision Conjointe,
- à respecter les obligations et modalités prévues pour les versements successifs, l'établissement des Rapports d'activité et d'évaluation,
- à permettre le respect des dispositions prévues par la Circulaire n° DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 et en particulier celles relatives à l'Evaluation externe,
- à contribuer, en liaison avec les Services de l'Etat et de l'Assurance Maladie, à établir le Bilan détaillé de leur activité,
- à effectuer, auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), les démarches rendues obligatoires par le dispositif législatif et réglementaire,
- à tenir une comptabilité conformément aux règles et usages en la matière, avec l'assistance des expertises requises,
- à prendre toutes les dispositions utiles afin d'être en mesure de fournir **un Rapport d'activité au 31 mars de chaque année**, conformément à l'article 1 du Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002,
- à se tenir à jour de leurs obligations sociales, fiscales et parafiscales,
- à tenir sa comptabilité par référence aux principes du Plan comptable défini par le **Règlement CRC 99-01** ; outre le bilan, le compte de résultat et l'annexe, à remettre également **le détail** des comptes annuels, qui doivent être clôturés au **31 décembre de chaque année**,
- à joindre le Compte Rendu Financier conformément à l'**Article 10 de la Loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux Droits des citoyens dans leurs relations avec les Administrations complétée par l'Arrêté du 11 octobre 2006**,
- à tenir une comptabilité analytique ou à aménager sa comptabilité de manière explicite en cas de projets multiples, de façon à fournir un tableau de répartition des frais indirects en explicitant les clés de répartition,

- à respecter le Guide relatif aux obligations comptables des attributaires d'une aide, qui leur a été remis lors de la signature de la Convention de financement,
- à soumettre sans délai aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM toutes modifications juridiques ou administratives du Réseau ou de l'un de ses Promoteurs, et plus particulièrement toute modification statutaire,
- à présenter, pour toute prestation nécessitant une intervention externe d'un montant supérieur à 5 000 euros, un Cahier des charges précis qui aura été envoyé en même temps à au moins 3 prestataires de services. Lors de toute demande de modification budgétaire ou demande d'aide financière auprès des Directeurs de l'URCAM et de l'ARH, le Cahier des charges devra être accompagné des réponses des sociétés prestataires de services pressenties. Le Promoteur s'engage à respecter les règles de concurrence et devra apporter la preuve de l'envoi de ce Cahier des charges aux différents prestataires à une même date,
- à justifier de tous documents, pièces ou informations relatives tant au projet financé qu'aux dépenses engagées, à la première demande des Directeurs de l'ARH et de l'URCAM, ou de leur mandataire,
- à accorder un libre accès aux Services habilités par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM ou à tout mandataire de leur choix, pour procéder à toute vérification administrative, juridique ou comptable relative au financement accordé,
- à autoriser l'ARH et l'URCAM ainsi que le Ministère et la CNAMTS dans le cadre de l'Observatoire Nationale des Réseaux de Santé (ONRS) à mettre en ligne sur leurs sites Internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du Réseau et le cas échéant, créer des liens entre leurs sites et les coordonnées Internet du Réseau. Le bénéficiaire de l'autorisation de financement disposera d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concernent. (Art 34 – Loi informatique et libertés). Pour l'exercer, il devra s'adresser aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM,
- à respecter les dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ainsi que les engagements souscrits dans le cadre de la mise en œuvre de cette autorisation.

Le respect de ces engagements est considéré par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM comme une condition substantielle de l'octroi de cette autorisation.

ARTICLE 10 - CONTRÔLE DE L'UTILISATION DES FINANCEMENTS AUTORISÉS

Les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM, ou tout mandataire de leur choix, pourront procéder ou faire procéder, à tout moment, à un contrôle et à une vérification de l'utilisation des financements autorisés, tant en ce qui concerne la réalisation des objectifs que la destination des fonds.

L'attributaire des fonds versés à ce titre, s'engage dans le délai d'un mois à compter de la date de versement des fonds à les affecter sur un compte spécifique libellé comme suit : "PALLIA 24 FIQCS N°960 720 530" et dont le Relevé d'Identité Bancaire devra être transmis dans ce délai aux Directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

ARTICLE 11 - MODALITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Chaque année, au plus tard le 31 mars, le Réseau financé par le FIQCS transmet un Rapport d'activité dans lequel il s'attache à montrer, à partir de la tenue d'un Tableau de bord, la réalité de son fonctionnement, l'intérêt médical, social et économique du système mis en place et la qualité des procédures d'auto-évaluation.

Ce Rapport précise les résultats obtenus au regard des résultats attendus, tels qu'ils figurent dans la demande de financement et repris dans la Convention constitutive.

Il présente le budget exécuté de l'année en recettes et dépenses et fait état des modalités de financement global du Réseau en retraçant, le cas échéant, la part consacrée aux rémunérations des professionnels de santé hors champ conventionnel et aux dérogations tarifaires accordées.

En plus du Rapport précédent, un Rapport final d'évaluation doit impérativement être adressé trois mois avant le terme de l'autorisation pluriannuelle de financement, soit le 10 septembre 2010 au plus tard. Ce Rapport final analyse le bilan des actions menées et leur apport au regard de l'offre de soins préexistante ; il retrace l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

L'ARH et l'URCAM analysent ce Rapport afin de procéder à une évaluation de l'apport du Réseau et des conditions de sa pérennité.

ARTICLE 12 - DISPOSITIONS CONCERNANT LE SYSTÈME D'INFORMATIONS

Le Réseau s'engage à vérifier que la Convention, conclue avec le prestataire chargé de la mise en place du Système d'informations, en garantit l'interopérabilité. A ce titre, le Réseau devra adopter un système d'échanges d'informations tenant compte des travaux en cours dans le cadre de la normalisation européenne et internationale.

Concernant les systèmes d'information, le budget afférent tient compte des dispositifs de mutualisation existants au niveau national et /ou au niveau régional, et notamment des services mutualisés offerts par le Programme Télésanté Aquitaine.

La présente autorisation de financement contribue exclusivement aux développements informatiques spécifiques ne faisant pas encore l'objet d'une offre de services mutualisés.

ARTICLE 13 - NON-RESPECT DES ENGAGEMENTS PRIS PAR LE RÉSEAU

Suspension :

Conformément à l'Article R 162-64 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de violation des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ou en cas de non respect des engagements souscrits par le promoteur du Réseau, les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM peuvent prendre une Décision Conjointe de suspension des versements, adressée par lettre recommandée avec accusé de réception et en précisant les motifs.

A compter de la notification de suspension, le Réseau dispose d'un délai de 30 jours pour apporter tout élément susceptible de justifier le manquement constaté et peut demander dans ce délai à être entendu par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

Retrait de la décision de financement :

A défaut de régularisation dans le délai imparti, les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM auront la faculté de décider conjointement le retrait de la Décision de financement, par lettre recommandée avec accusé de réception sans préjudice d'un éventuel recours en répétition des sommes versées et non régulièrement justifiées et de réparation du préjudice subi.

ARTICLE 14 - MODALITÉS DE VERSEMENT DU FINANCEMENT

L'autorisation de financement prévue aux Articles 1 et 5 de la présente Décision Conjointe fera l'objet d'un versement unique pour l'année 2007 équivalent au financement autorisé au titre de la Dotation 2007. Ce versement est exécutoire à la date de la signature de la présente Décision.

Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel qu'inscrit dans la Convention URCAM-Promoteur **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la présente Décision Conjointe	Dotation Année 2007, soit 99 067 euros
Janvier 2008	67 285 euros
Avril 2008	67 285 euros

ARTICLE 15 - DÉSIGNATION DE LA CAISSE PIVOT CHARGÉE D'EFFECTUER LE VERSEMENT

L'URCAM d'Aquitaine est chargée de mettre en œuvre la présente Décision, après signature d'une Convention de financement avec le promoteur du Réseau.

ARTICLE 16 – MODIFICATION DES CLAUSES DE FINANCEMENT

Toute modification à la présente Décision devra faire l'objet d'une Décision Conjointe modificative.

ARTICLE 17 – PUBLICATION DE LA DÉCISION

La présente Décision sera publiée au Recueil des actes administratifs du département dans lequel l'ARH et l'URCAM ont leur siège d'une part, et au Recueil des actes administratifs du département dans lequel s'appliquent ces actes conformément à l'Article R710-17-7 du Code de la Santé Publique d'autre part.

Fait à Bordeaux, le 10 décembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

LISTE DES ANNEXES :

7) BUDGET

8) CONVENTION CONSTITUTIVE DU RESEAU

3) CHARTE DU RÉSEAU

4) DOCUMENT D'INFORMATION DES PATIENTS

Annexe 1 :

Budget

BUDGET DECISION CONJOINTE									
RESEAU : Pallia 24 - N° 960 720 530									
1. FRAIS INDIRECTS						Montant Accordé Décembre 2007 (1 mois)	Budget Prévisionnel Année 2008	Budget Prévisionnel Année 2009	Budget Prévisionnel Année 2010 (11 mois)
Frais de fonctionnement									
Achats non stockés de matières et fournitures									
606110- Eau						50	300	300	140
606120- EDF et GAZ						200	1 500	1 500	1375
606300- Entretien et petit équipement						1 250	500	500	460
606400- Fournitures administratives						3 000	3 000		2750
606600- Carburants									
606800- Autres fournitures									
TOTAL GROUPE 1						4 500	5 300	2 300	4725
Services extérieurs									
611000- Sous-traitance générale									
612200- Crédit-bail immobilier									
612500- Crédit-bail mobilier									
613000- Locations (locaux, photocopieur)						1 000	10 560	10 560	9800
614000- Charges locatives									
615200- Entretien sur biens immobiliers						100	500	500	460
615500- Entretien sur biens mobiliers									
615600- Maintenance						500	500	500	500
616000- Assurances (multirisque RC)						100	1 100	1 100	1000
617000- Etudes et recherches									
618000- Documentation, divers						1 000	500	500	500
TOTAL GROUPE 2						2 700	13 160	13 160	12260
Autres services extérieurs									
622600- Honoraires expert comptable						2 000	4 000	4 000	3700
622601- Honoraires Commissaire aux comptes							3 000	3 000	2750
622700- Frais d'actes et contentieux									
623000- Publicité, publications, relations publiques						5 000	4 000	4 000	3500
624000- Transport de biens et collectif du personnel									
625100- Voyages et déplacements						1 000	9 000	9 000	8250
625600- Missions									
625700- Réceptions						300	600	600	550
626000- Frais postaux et de télécommunication						500			1375
627000- Services bancaires						50	100	100	90
633000- Formation continue salariés						3275	3000	3000	3000
TOTAL GROUPE 3						12 125	23 700	23 700	23215
Fédération de Soins Palliatifs						15000			
TOTAL GROUPE 4						15000			
Masse salariale structure administrative									TOTAL
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales	taxes s/salaires	total annuel				
Coordonnateur administratif	0,5	16 170	7 120	1 710	25 000	2 085	25 000	25 000	22916
Sécrétaire	0,25					836	10 035	10 035	9198
TOTAL GROUPE 5						2 921	35 035	35 035	32114
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 5=A						37 246	77 195	74 195	72314

2. FRAIS DIRECTS									
	nombre ETP	salaires brut	charges sociales	taxes s/salaires	total annuel				TOTAL
Sous-famille 1 : coordination									
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)						11 223	134 690	136 730	126147
Médecin	0,5	30 960	14 720	4 030	49 710	4 142	49 710	51 450	47700
Infirmier	1				45 600	3 600	45 600	45 600	41800
Psychologue	0,5	18 240	7 970	1 970	28 180	2 348	28 180	28 180	25831
Assistante sociale	0,25				11 200	933	11 200	11 500	10816
622611 Coordination						1 200	12 000	19 200	18000
622612 Réunions post décès						600	6 000	9 600	9000
622613 Coordination de la prise en charge (Coordinateur)						800	8 000	12 800	12000
622614 Assistance téléphonique auprès des intervenants du domicile (référénts territoriaux de proximité)						200	2 000	3 200	3000
622615 Groupes de travail et vie du Réseau						300	3 000	300	0
TOTAL SOUS FAMILLE 1						14 323	165 690	188 262	168147
Sous-famille 2 : soins									
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins									0
622621 Intervention à domicile du Référént pour l'inclusion						380	3 800	6 080	5700
622621 Intervention à domicile du référént pour le suivi des patients						760	7 600	12 160	11400
622622 Soins exceptionnels						500	5 000	8 000	7500
622623 Aide financière exceptionnelle						200	2 400	6 000	6000
TOTAL SOUS FAMILLE 2						1 840	18 800	32 480	30600
Sous-famille 3 : formation									
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation									
622631 Formation des PS (Médecins)						2 700	2 700	2 700	2 700
622632 Formation des PS (IDE)						1 560	1 560	1 560	1 560
622633 Formation des PS (Kinésithérapeutes)						1 920	1 920	1 920	1 920
622634 Formation des Référénts (Médecins)						810	810	810	810
622635 Formation des Référénts (IDE)						468	468	468	468
- 625130- frais déplacement formations									
- 623330- frais de congrès sur formations									
- 622630- frais divers d'indemnisation formation									
TOTAL SOUS FAMILLE 3						7 458	7 458	7 458	7 458
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)						23 621	191 948	228 200	206 205
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS						60 867	269 143	302 395	278 519
INVESTISSEMENT						38 200			
MONTANT TOTAL DU VERSEMENT FIOCS						99 067			
(1) ce total doit être rapproché des comptes 641XXX, hors provision sur congés payés (641200) dans les comptes annuels									
(2) ce total doit être rapproché des comptes 645XXX, hors provisions pour charges sur congés payés, dans les comptes annuels									
(3) ce total doit être rapproché du cumul des postes 631 et 633 dans les comptes annuels									
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS									
Liste des matériels à financer ANNEE 1	Coût estimé	FIOCS	Autofinancement						
Matériel informatique									
2 ordinateurs de bureau (1 PC + 1 serveur)	3 000	3 000							
Autres matériel informatique	1 000	1 000							
3 portables	3 700	3 700							
Logiciels bureautiques	6 000	3 000							
Logiciel base de données		15000							
Onduleur	200	200							
Imprimantes portables	600	600							
Standard Postes téléphoniques	500	500							
Photocopieuse / télécopieur (location)									
Vidéo projecteur	1 500	1 200							
Mobilier de bureau									
5 bureaux; 5 fauteuils	3 500	3 500							
salle de réunion	3 500	3 500							
Autres mobiliers									
6 armoires fermant à clef	3 000	3 000							
TOTAL	20 000	38 200							



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 10.12.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°6 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 JUIN 2005 DU RÉSEAU PALLIADOUR - NUMÉRO D'IDENTIFICATION :
N°960 720 225***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMISA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau PALLIADOUR - N°960 720 225 prise le 20 juin 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 1er décembre 2005, 28 juillet 2006, 20 octobre 2006, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau PALLIADOUR (N°960 720 225) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 1 rue Pierre Rectoran - 64100 BAYONNE

Représenté par :

- Monsieur PIQUEMAL, Directeur du Centre Hospitalier Côte Basque
- Madame NEUMANN, Directrice du Centre Médical Annie Enia
- Madame PEDEMAY, Présidente de Santé Service
- Madame DIZABO, Présidente de l'Association PALLIADOUR

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 225 en date du 20 juin 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'Autorisation de financement dont bénéficie le Réseau PALLIADOUR (N°960 720 225) au titre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale est prorogée de 12 mois à compter du 1^{er} Décembre 2007. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé pour 2008 est de 234 459 euros.

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour l'Exercice 2008, cette autorisation est fixée à hauteur de 234 459 euros, selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

S'agissant des dépenses relatives à la mise à disposition d'une Assistante sociale et d'une Infirmière par le Centre hospitalier de la Côte Basque, le Promoteur devra transmettre au Directeur de l'URCAM et au Directeur de l'ARH, le détail des charges réparties entre ces 2 postes salariés dans un délai de 1 mois après la signature de la présente Décision.

En dehors des prestations dérogatoires reconnues dans les tableaux ci après, les actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés demeurent rémunérés selon la cotation à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et / ou de la Classification Commune des Actes Médicaux par l'organisme de rattachement du patient.

Est considérée comme dérogation, toute prestation ou indemnisation financée par l'Assurance Maladie au titre des dispositions visées par l'Article L162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau PALLIADOUR (N°960 720 225) le sont pour l'année 2008 et sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels applicables.

ARTICLE 7.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel 2008	Montant total prévisionnel 2008
COORDINATION						
Coordination (effecteurs)	Participation à la coordination et au suivi des patients au domicile en lien avec l'équipe mobile	Coordination	Médecin traitant et IDE non coordonnateurs de la prise en charge à domicile, Kinésithérapeute et Pharmacien effecteurs au domicile et participant aux réunions	40 € par Professionnel de santé et par mois (3 PS indemnisés par réunion au maximum, 2 mois)	100 patients	24 000 €
Coordination de la prise en charge à domicile (Coordinateur)	Organisation et supervision de la prise en charge du patient par le Coordinateur désigné	Coordination	Médecin traitant ou Infirmier du patient désigné comme Coordinateur	80 € par patient et par mois (2 mois)	100 patients	1 600 €
Assistance téléphonique auprès des intervenants de l'Equipe du domicile	Conseils téléphoniques réalisés auprès des Intervenants de l'Equipe du domicile	Forfait	Référents territoriaux de proximité	40 € par patient	100 patients	4 000 €

ARTICLE 7.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
INTERVENTIONS A DOMICILE						
Intervention à domicile du Référent territorial pour l'inclusion du patient	Participation du Référent territorial à la réunion d'inclusion du patient en présence de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge	Forfait	Référents territoriaux de proximité	76 € par réunion d'inclusion	100 patients	7 600 €

Intervention à domicile du Référent territorial pour le suivi du patient	Intervention à domicile du Référent à la demande expresse de l'équipe du domicile et en présence d'au moins un membre de l'équipe soignante du domicile pour l'aide à l'établissement de la prise en charge et du suivi du patient	Forfait	Référents territoriaux de proximité	76 € par intervention (avec 2 interventions en moyenne par patient)	100 patients	15 200 €
--	--	---------	-------------------------------------	---	--------------	----------

ARTICLE 7.3 - DÉROGATIONS AUX RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
AIDE EXCEPTIONNELLE						
Aide financière exceptionnelle	Prestation destinée à compenser les dépenses liées au non remboursement de certains médicaments et produits après épuisement de toutes les aides possibles, notamment les aides sociales habituelles (FASS) ou en complémentarité	Indemnisation de compensation Forfait par patient	Patient dont la situation économique ne permettrait pas le maintien à domicile	100 € par mois	25	5 000 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

Il est ajouté à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Les versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :

Echéancier :

Date de versement	Montant
Janvier 2008	58 615 euros
Avril 2008	58 615 euros

Fait à Bordeaux, Le 10 décembre 2007

en 7 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

RESEAU : PALLIADOUR N° 960 720 225								
BUDGET Décision conjointe modificative n° 6								
								Montant accordé au titre de la Dotation 2008
1. FRAIS INDIRECTS								
Frais de fonctionnement								
Achats non stockés de matières et fournitures								
606110- Eau								150
606120- EDF et GAZ								600
606300- Entretien et petit équipement								100
606400- Fournitures administratives								1 200
TOTAL GROUPE 1								2 050
Services extérieurs								
613000- Locations								9500
614000- Charges locatives								400
615200- Entretien sur biens immobiliers								450
615600- Maintenance								700
616000- Assurances								3 000
618300- Documentation technique								250
TOTAL GROUPE 2								14 300
Autres services extérieurs								
622600- Honoraires expert comptable								4 800
622620 - Honoraires gestion feuilles de paye								800
622601- Honoraires Commissaire aux comptes								2 000
623000- Publicité, publications, relations publiques								1 000
625100- Voyages et déplacements								12 000
625620- Réceptions								1 000
626000- Frais postaux								700
626100 Frais de télécommunication								1 800
628110 - Cotisations professionnelles								450
TOTAL GROUPE 3								24 550
Masse salariale structure administrative								
A renseigner en détail	nombre ETP	saire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires				
- coordinateur administratif Mlle MALLET	0,5	15838,26	7417,32	0				23 256
- secrétariat Mlle ELOSUA	0,75	14588,34	5351,27	0				19 940
TOTAL GROUPE 4		30426,6	12768,59	0				43 196
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A		30426,6	12768,59	0				84 096

2. FRAIS DIRECTS					
	nombre ETP	saalaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	
Sous-famille 1 : coordination					
- masse salariale					
Infirmière Coordinatrice salariée Mme VOISIN	0,45	13971,96	6332,88	0	20 305
Psychologue Coordinatrice salariée Mme ZURUTUZA	0,6	17167,68	8240,64	0	25 408
621400- Personnel prêté à l'entreprise :					25 000
<i>Infirmière</i>	0,3				
<i>Assistante sociale</i>	0,25				
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination :					
Coordination Effecteurs					24 000
Coordination de la prise en charge à domicile (Coordinateur)					16 000
Assistance téléphonique Référents					4 000
TOTAL SOUS FAMILLE 1					114 713
Sous-famille 2 : soins					
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins :					
Intervention à domicile du Référent territorial pour l'inclusion du patient					7 600
Intervention à domicile du Référent territorial pour le suivi du patient					15 200
- 622640- honoraires aides exceptionnelles aux patients					5 000
TOTAL SOUS FAMILLE 2					27 800
Sous-famille 3 : formation					
- 622660- honoraires prestataires extérieurs formation					
- 625120- frais déplacement formations					800
- 625130- frais divers d'indemnisation formation					4 000
- 633300 formation continue					1 200
- 633300 formation continue					1 000
TOTAL SOUS FAMILLE 3					7 000
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					149 513
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)					233 609
INVESTISSEMENTS					850
Montant total FIQCS					234 459
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS					
Liste des matériels à financer 2008					
	coût estimé	FIQCS			
Dictaphone	100	100			
GPS	300	300			
Complément vidéoprojecteur	450	450			
TOTAL	850	850			
Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2008*					
Frais Directs et Indirects					
	Année 2007				
- 622600 - Indemnisation psychologue groupe de parole	2 160				
- 622600 - Indemnisation participation groupe de parole	5 400				
Total	7 560				
*le montant total sera ajusté au vu de l'arrêté définitif des comptes de l'Exercice 2007					



Décision conjointe modificative du 14.12.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°6 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 14 DÉCEMBRE 2005 DU RÉSEAU AGIR 33 - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 308***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu l'Article 94 de la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu les Articles L 162-45 et L 221.1.1 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu les Articles D 221-1 à D 221-27 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau AGIR 33 - N°960 720 308 prise le 14 décembre 2005 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 28 juillet 2006, 13 octobre 2006, 15 novembre 2006, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau AGIR 33 (N°960 720 308) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : 7 rue de l'Ormeau Mort - 33000 BORDEAUX

Représenté par : Christian PRULIERE - Président du Réseau Addictions Gironde

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 308 en date du 14 décembre 2005 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

L'article 2 – « Autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Le Réseau AGIR 33 (N°960 720 308) bénéficie d'une autorisation de financement au titre de l'Exercice 2007 du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) mentionné à l'article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale. **Cette autorisation est conditionnée par le respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 276 601 euros s'imputant à hauteur de 61 270 euros au titre du Budget de liaison FIQCS dont 29 280 euros pour le Projet Education thérapeutique Hépatite à virus C, **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

ARTICLE 2

L'article 6 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'élève à hauteur de 276 601 euros selon le Budget figurant en Annexe.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 3

L'article 7 – « *Objet et conditions du financement* » est complété par les dispositions suivantes :

ARTICLE 7.3 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX – EDUCATION THÉRAPEUTIQUE HÉPATITE À VIRUS C

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel	Montant total prévisionnel
Consultation de prévention	Consultation de repérage et de prévention avec utilisation des outils spécifiques - Temps prévu = 1/2 h – 2 consultations maximum par patient	Dépistage, prévention	Médecin généraliste	20 € par patient en sus de la consultation	2 000 actes avec un maximum de 2 séances par patient	20 000 €
Diagnostic éducatif	Etablissement du diagnostic éducatif avec utilisation des outils spécifiques Temps prévu = 1 h	Dépistage, bilan,	Infirmier, Médecin généraliste	40 € par patient à l'inclusion	300 patients	12 000 €
Rencontre pluridisciplinaire - Médecin	Rencontre mensuelle médecin / infirmière éducatrice avec utilisation des outils spécifiques Temps prévu = 1 h / réunion- 9 réunions dans l'année	Coordination	Médecin généraliste	60 € par réunion	20 médecins – 9 réunions	10 800 €
Rencontre pluridisciplinaire - Infirmier	Rencontre mensuelle médecin / infirmière éducatrice avec utilisation des outils spécifiques Temps prévu = 1 h chacun 9 réunions dans l'année	Coordination	Infirmier	35 € par réunion -	40 IDE - 9 réunions	12 600 €
Education thérapeutique	Sessions d'éducatives thérapeutiques individuelles et entretiens- Forfait de 5 h réparties dans l'année	Education	Infirmier éducateur	175 € par infirmier éducateur formé (35 € x 5 h)	200 patients	35 000 €
Suivi par le médecin traitant	Evaluation de l'évolution du patient par rapport à l'acceptation de sa maladie, des objectifs atteints ou non, entretien motivationnel, utilisation des outils. Temps prévu = 1/2 h – 3 consultations maximum par patient	Education	Médecin généraliste	Majoration de 15 € par consultation	200 patients – 3 séances par patient	9 000 €

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 4

L'échéancier prévu à l'Article 14 – « Modalités de versement du financement » est remplacé par l'échéancier suivant :

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 29 820 €
Janvier 2008	92 869 €
Avril 2008	92 869 €

Fait à Bordeaux, Le 14 décembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Décision conjointe modificative n° 6 RESEAU : AGIR 33 N° 960 720 308					
				Montant accordé au titre de la Dotation 2007	Montant prévisionnel 2008 (du 01/01/08 au 30/09/08)
1. FRAIS INDIRECTS					
Frais de fonctionnement					
Achats non stockés de matières et fournitures					
606100- Achats non stockés			1500	1250	
606300- Entretien et petit équipement			2000	1667	
606400- Fournitures administratives			6000	5000	
TOTAL GROUPE 1				9500	7917
Services extérieurs					
612200- crédit bail mobilier (photocopieur)			952	793	
612200- Locations immobilières			8700	7250	
613000- Locations			1100	917	
615500- Entretien et réparations			500	417	
615600- Maintenance			2250	1875	
616000- Assurances			650	542	
618500- Frais de colloque			400	333	
623600- Imprimés			3000	2500	
618000- Documentation, divers			400	333	
TOTAL GROUPE 2				17952	14960
Autres services extérieurs					
622600- Honoraires expert comptable			3000	2500	
622601- Honoraires Commissaire aux comptes			3000	2500	
622600- Honoraires divers			1200	1000	
625100- Voyages et déplacements			5100	4250	
625700- Réceptions			1100	917	
626000- Frais postaux et de télécommunication			4000	3333	
TOTAL GROUPE 3				17400	14500
Masse salariale structure administrative					
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales		
- coordinateur administratif	1		48660	40550	
- coordinateur médical	0,5		53723	44769	
- secrétaire	0,8		31645	26371	
- déléguée santé prévention (Mise à disposition)	1		42240	35200	
TOTAL GROUPE 4				176268	146890
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A				221120	184 267

2. FRAIS DIRECTS						
Sous-famille 1 : coordination						
- réunion de comité				0	0	
TOTAL SOUS FAMILLE 1				0	0	
Sous-famille 2 : soins						
- forfait soins tabac (Prestation dérogatoires n° 7)				2520	1890	
- forfait soin alcool-cannabis (Prestation dérogatoires n° 8)				3780	1890	
TOTAL SOUS FAMILLE 2				6300	3780	
Sous-famille 3 : formation						
- formation des formateurs (Prestation dérogatoires n° 3)				2640	3780	
- indemnisation formateurs (Prestation dérogatoires n°4)				1200	900	
- réunion de groupes pédagogiques (Prestation dérogatoires n° 6)				1000	1000	
- indemnisation MG 1 (Prestation dérogatoires n° 2)				12000	15000	
- formation des experts (Prestation dérogatoires n° 5)				600	300	
TOTAL SOUS FAMILLE 3				17440	20980	
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)					23740	24760
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS					(1)	(2)
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007					-	45 897
INVESTISSEMENTS					1 921	
Education thérapeutique Hépatite à virus C						
Honoraires prestataires extérieurs soins						
Consultation de prévention				6000	14 000	
Diagnostic éducatif				3600	8 400	
Rencontre pluridisciplinaire - Médecins				3240	7 560	
Rencontre pluridisciplinaire - IDE				3780	8 820	
Education thérapeutique IDE				10500	24 500	
Suivi patient par le médecin traitant				2700	6 300	
TOTAL Education thérapeutique Hépatite à virus C				29 820	69 580	
Montant total des Versements DRDR 2007					168 984	
Montant total des Versements FIQCS					61 720	278 607
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS						
Liste des matériels à acquérir ANNEE 2007	coût estimé	DRDR	DRDR	FIQCS		
		Dotation 2005	Dotation 2006	Dotation 2007		
Matériel informatique	244	244		-		
Mobilier, aménagement	1 011	1 011		-		
DMI	17 577	-	17 577	-		
Logiciel comptabilité	1 921	-		1 921		
TOTAL	20 754	1 256	17 577	1 921		
Dotation aux Fonds dédiés à reprendre en 2007						
Frais Directs et Indirects	Année 2005	Année 2006				
Achats non stockés de matières et fournitures	1 050					
Services extérieurs	1 717					
Autres services extérieurs	1 200					
Indemnisations Comité de pilotage	-	1 600				
Total	3 967	1 600				



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 17.12.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°6 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU DABANTA - NUMÉRO
D'IDENTIFICATION : N°960 720 142***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu l'Article 94 de la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu les Articles L 162-45 et L 221.1.1 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu les Articles D 221-1 à D 221-27 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau DABANTA - N°960 720 142 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 28 juillet 2006, 7 juin 2007 et 26 octobre 2007,

Vu la Décision Conjointe ARH / URCAM de surseoir à statuer relative au financement de l'extension du Réseau DABANTA à savoir le projet dénommé « DABANTA Obésité, module 2 » en date du 26 juin 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

D é c i d e n t c o n j o i n t e m e n t

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau DABANTA (N°960 720 142) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis :

ZA ACTITECH

9 rue de l'Abbé Grégoire

BP 50331

64141 BILLERE

Représenté par : Claude BRUNET, Président de l'Association des PEP 64.

PRÉAMBULE :

Les Réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Les Réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation peuvent bénéficier de financements publics, parmi lesquels, celui du FIQCS. Le fonds permet notamment de couvrir les dépenses de fonctionnement des Réseaux et le cas échéant les dépenses liées aux dérogations prévues à l'Article L 162-45 du Code de la Sécurité Sociale.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative intègre la demande de financement complémentaire présenté sous l'intitulé « DABANTA Obésité, module 2 ».

Elle détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échances de paiement).

ARTICLE 1 :

L'Article 2 – « Modalités de participation au Réseau des professionnels et établissements de santé » est modifié comme suit en annule et remplace :

L'ensemble des Professionnels et des Etablissements de santé participant au Réseau, soit à titre professionnel, soit dans le cadre du bénévolat, s'engagent à signer la Charte du Réseau figurant en Annexe 1 de la présente Décision Conjointe modificative.

ARTICLE 2

L'article 3 – « Modalités par lesquelles les patients manifestent leur volonté de participer au Réseau » est modifié comme suit en annule et remplace :

Le Réseau garantit au patient le libre choix d'accepter de bénéficier du Réseau ou de s'en retirer.

Le Réseau remet un document d'information aux patients figurant en Annexe 2 de la présente Décision Conjointe modificative.

Ce Document est signé si possible par le patient, ou le cas échéant par son entourage.

ARTICLE 3

L'article 4 – « Convention constitutive du Réseau » est modifié comme suit en annule et remplace :

Le Promoteur du Réseau est tenu de respecter la Convention constitutive du Réseau, figurant en Annexe 3 de la présente Décision Conjointe modificative, qui précise, outre sa durée et son calendrier de mise en œuvre :

- l'objet du Réseau et les objectifs poursuivis,
- la couverture géographique et la population concernée,
- le siège du Réseau, l'identification précise du(des) promoteur(s), leur nature juridique,
- les personnes physiques et morales le composant et la répartition de leurs champs d'intervention respectifs,
- les modalités de représentation des usagers,
- l'organisation de la coordination et les conditions de fonctionnement du Réseau,
- le cas échéant, l'organisation du système d'information et l'identification du responsable,
- les modalités du suivi de l'activité, et notamment la tenue d'un Tableau de bord permanent permettant de comparer les résultats obtenus en fonction des résultats attendus,
- les modalités prévues pour l'évaluation du Réseau,
- les conditions et modalités de dissolution du Réseau.

ARTICLE 4

L'Article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » est complété par les dispositions suivantes :

Pour le mois de décembre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'élève à hauteur de 39 495 euros, selon le Budget figurant en Annexe 4.

S'agissant des patients en surcharge pondérale, le nombre limitatif d'inclusion de nouveaux patients s'élève à 100 pour l'année 2008.

RAPPEL

Les frais indirects (groupes 1 à 3) sont constitués de groupes de dépenses au sein desquels les écarts (positifs ou négatifs) entre le Budget et le réalisé peuvent être compensés ; en revanche, les dépassements budgétaires d'un groupe à l'autre ne sont pas admis au titre du financement et doivent faire l'objet d'une demande préalable explicite par courrier.

Par ailleurs, aucune compensation relative aux frais directs (masse salariale et prestations dérogatoires) et aucune compensation relative au groupe 4 (masse salariale de la structure administrative) des frais indirects ne pourront être effectuées sans autorisation expresse préalable.

ARTICLE 5

L'Article 6 – « Objet et conditions du financement » est complété par les dispositions suivantes :

En sus des prestations dérogatoires accordées dans le cadre du Réseau DABANTA (N°960 720 142) selon les modalités fixées dans les Décisions Conjointes Modificatives n°4 et 5 sont accordées les prestations dérogatoires figurant dans les Tableaux ci-après qui sont susceptibles d'être révisées en fonction de l'évolution des dispositifs réglementaires et conventionnels.

RAPPEL

Cet encadré doit figurer dans son intégralité dans l'acte d'adhésion au Réseau signé par le professionnel et constitue un engagement de sa part.

Le professionnel s'engage également à participer à l'évaluation du Réseau.

Ces prestations seront réglées directement aux professionnels de santé par la structure de coordination du Réseau. Pour ces actes, les professionnels ne devront donc ni établir de feuille de soins traditionnelle, sauf précisé, ni réclamer un règlement direct au patient. En revanche, afin d'être indemnisé, chaque professionnel établira un relevé des prestations dérogatoires réalisées, en précisant l'identifiant du patient, la date et la nature de la prestation réalisée. Il appartiendra au Réseau de déterminer la forme et la fréquence de transmission de ce relevé des dérogations.

En dehors des actes dérogatoires reconnus dans le tableau ci-dessous, les autres actes réalisés par les professionnels de santé conventionnés restent rémunérés selon la cotation à la NGAP par l'organisme de rattachement du patient. Hormis pour les actes dérogatoires directement payés par le réseau au professionnel, il n'y a donc en dehors d'une reconnaissance d'ALD, aucune dispense d'avance de frais, ou d'exonération du ticket modérateur prévue pour tous les autres actes au bénéfice du patient.

ARTICLE 6.1 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - HORS SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel de bénéficiaires	Montant total prévisionnel
Indemnisation des diététiciens aux réunions de synthèse	Indemnisation des diététiciens libéraux pour leur participation aux réunions de synthèse hebdomadaires	Forfait/ Réunion 1 réunion par semaine	Diététiciens libéraux	Au Réseau	20 € par réunion	10	1 600 € pour 2008

ARTICLE 6.2 - RÉMUNÉRATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX - SOINS

Intitulé	Description	Nature de la dérogation	Bénéficiaire	Modalités de versement	Montant unitaire accordé	Nombre prévisionnel	Montant total prévisionnel 2008
Bilan organique	Réalisation du Bilan par le médecin libéral à l'aide d'une grille annuelle d'évaluation des complications organiques liées à l'obésité	Bilan	Médecins libéraux	Au Réseau	40 €	250	10 000 €
Bilan diététique	Réalisation du Bilan diététique au travers d'une enquête alimentaire – 1 fois par patient	Bilan	Diététiciens libéraux	Au Réseau	40 €	80	3 200 €
Consultation de suivi diététique	Toutes les 2 à 4 semaines effectuer un suivi du Bilan initial	Acte de soins	Diététiciens libéraux	Au Réseau	20 €	200	4 000 €
Atelier du goût	Co-animation d'un atelier thérapeutique sur un thème donné 1 h 30 préparation 1 h 30 animation	Acte de soins	Diététiciens	Au Réseau	100 € par atelier	40	4 000 €
Séances de groupe multifamilial	Co-animation d'un groupe multifamilial toutes les 3 semaines	Acte de soins	Thérapeute familial libéral	Au Réseau	80 € par séance	40	3 200 €
Thérapie familiale uni-familiale	Consultation en présence de l'ensemble ou d'une partie de la famille toutes les 3 semaines 1 h 30 + 0 h 30 préparation (avec un maximum de 4 séances par famille)	Acte de soins	Thérapeute familial libéral	Au Réseau	80 € par séance	40	3 200 €

ARTICLE 6

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement correspondant au mois de décembre 2007 sera effectué sur la base de l'échéancier figurant à l'Article 4 de la Décision Conjointe modificative n°5 en date du 20 novembre 2007.

Pour l'année 2008, les versements prévus au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7** seront effectués **conformément à l'échéancier suivant** :

Echéancier :

Date de versement	Montant
Janvier 2008	117 729 €
Avril 2008	117 729 €

Fait à Bordeaux, Le 17 décembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE 4 :

Budget

BUDGET DCM 6					
RESEAU : DABANTA - N° 960 720 142					
1. FRAIS INDIRECTS		Budget accordé Décembre 2007	Autres sources de financement	Budget prévisionnel 2008	Autres sources de financement
Frais de fonctionnement					
Achats non stockés de matières et fournitures					
606300- Entretien et petit équipement				204	
606400- Fournitures administratives		900		1 734	
606410- Fournitures ateliers thérapeutiques		0		1 306	
TOTAL GROUPE 1		900		3 244	
Services extérieurs					
613000- Location immobilière		2 400		17 280	
615200- Entretien sur biens immobiliers				270	
615600- Maintenance informatique				678	
616000- Assurances		0		270	
618000- Documentation		360		408	
TOTAL GROUPE 2		2 760		18 906	
Autres services extérieurs					
622600- Honoraires expert comptable		0		1 020	
622630- Honoraires Commissaire aux comptes				2 040	
623000- Imprimés, infographie, éditions		936		2 040	
625100- Voyages et déplacements		4 430		3 060	
625700- Réceptions				1 494	
626000- Frais postaux et de télécommunication (téléphone)				2 790	
628400- Utilisation plateforme TSA				678	
TOTAL GROUPE 3		5 366		13 122	
Masse salariale structure administrative	nombre ETP				
Coordinateur Médical	0,25	2 440		30 456	
Rédacteur médical					
Coordinateur Administratif et Technique	1,00	4 112		51 313	
Rédacteur administratif	0,50	0		20 070	
Secrétaire comptable	0,50	1 579		19 513	
Femme de ménage	0,10	229		5 664	
TOTAL GROUPE 4		8 360		127 016	
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A		17 386		162 288	

2. FRAIS DIRECTS					
	nombre ETP				
Sous-famille 1 : coordination					
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination					
- 622611- honoraires membres comité de pilotage		0		240	
- 622612- honoraires médecins réunions synthèse		0		4 800	
- 622613- honoraires diététiciens réunions synthèse		0		1 600	
TOTAL SOUS FAMILLE 1		0		6 640	
Sous-famille 2 : soins					
- masse salariale (à détailler sur tableau nominatif)					
- salaires financés par le CMPP	0,87		4 799	0	57 585
- Psychologues	2,81	11 619		145 010	
- Psychomotriciens	1,00	3 511		65 028	
- Art-thérapeutes	0,85	2 629		32 497	
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins					
-622621-honoraires médecins bilan organique		0		10 000	
- 622622- honoraires diététiciens atelier "se nourrir" (obèses)		0		9 100	
- 622623- honoraires diététiciens atelier "se nourrir" (boulimiques)		0		9 100	
- 622624- honoraires diététiciens atelier du goût		0		4 000	
-622625-1- honoraires diététiciens - Bilan		0		3 200	
-625625-2honoraires diététiciens- consultations				4 000	
- 622626- honoraires thérapeute familial Groupe Multifamilial		0		3 200	
-622627- honoraires thérapeute familial thérapies familiales		0		3 200	
- 622627- honoraires surveillant de baignade		0		4 200	
- 622628- actes de prévention		0		0	MUT,CG 64=1200
TOTAL SOUS FAMILLE 2		17 759		292 535	
Sous-famille 3 : formation					
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation		0		2 040	
- 625130- frais déplacement formations		0		2 176	
- 623330- frais de congrès sur formations		0		2 176	CG 64 (1200€)
- 648700- Formation professionnelle		0		3 060	
TOTAL SOUS FAMILLE 3		0		9 452	
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)		17 759		308 627	
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)		35 145	4 799	470 915	59 985
FIQCS		35 145		470 915	
INVESTISSEMENT		4 350			
TOTAL DECEMBRE 2007		39 495			
BUDGET DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS					
Liste des matériels à financer ANNEE 1	coût estimé	FIQCS			
- 2 ordinateurs portables (extension garantie 3 ans)	2 200	2200			
Logiciel SPSS		2150			
TOTAL	2 200	4350			



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.12.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°6 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE ALIÉNOR -
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 191***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau gérontologique Aliénor - N°960 720 191 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 9 décembre 2005, 13 octobre 2006, 7 juin 2007, 26 octobre 2007 et 20 novembre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau gérontologique Aliénor (N°960 720 191) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Cours l'Abbé Lanusse - 47400 TONNEINS

Représenté par : Patrice GAILLERES - Président de l'Association Les 6 Cantons d'Aliénor

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 191 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

Dans l'article 1.2 – « Autorisation de financement » l'alinéa suivant:

« Ainsi le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 292 784 euros qui s'impute à hauteur de :

- 208 633 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 48 904 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe. »

est annulé et remplacé par l'alinéa suivant :

« Ainsi le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 292 784 euros qui s'impute à hauteur de :

- 186 879 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 70 746 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 6 de la Décision Conjointe. »

ARTICLE 2

L'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » l'alinéa suivant: est complété par les dispositions suivantes :

« Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 292 784 euros se répartissant ainsi :

- 208 633 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 48 904 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe. »

est annulé et remplacé par l'alinéa suivant :

« Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 292 784 euros se répartissant ainsi :

- 186 879 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 70 746 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe. »

ARTICLE 3

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision. Les autres versements seront effectués au début de chaque trimestre au regard du suivi réalisé tel que prévu dans la Convention de transfert **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 et conformément à l'échéancier suivant :**

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 21 841,79 €

Fait à Bordeaux, Le 20 décembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE :

Budget

BUDGET Decision conjointe modificative n° 6						
RESEAU : Réseau Gérontologique Aliénor N° 960 720 191						
						Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/01/07 au 30/11/2007)
1. FRAIS INDIRECTS						
Frais de fonctionnement						
Achats non stockés de matières et fournitures						
606300- Fourn. entretien et petit équipement						430
606400- Fournitures administratives						3 443
606600- Carburants						1 230
TOTAL GROUPE 1						5 103
Services extérieurs						
613000- Locations						4 400
615200- Entretien sur biens immobiliers						916
615500- Entretien sur biens mobiliers						642
615600- Maintenance						500
616100- Assurances						1 340
618000- Documentation, divers						481
TOTAL GROUPE 2						8 279
Autres services extérieurs						
622620- Mission expert comptable						4 308
622610- Honoraires Commissaire aux comptes						3 600
625100- Voyages et déplacements						2 610
625600- Missions						500
626000- Frais postaux et de télécommunication						4 220
627800- Autres frais CCP						480
TOTAL GROUPE 3						15 918
Masse salariale structure administrative						
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires et formation professionnelle et médecine préventive	TOTAL	TOTAL
					ANNUEL EQUIVALENT TEMPS PLEIN	
- secrétariat	1	26 161	14 004	1 716		41 880
ANNUEL ETP		26 539	15 277	1 872	45 688	
- secrétaire comptable	0,50	10 175	5 015	474		18 928
ANNUEL ETP		22 200	10 943	1 034	34 177	
TOTAL GROUPE 4						60 809
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPES 1 A 4 = A						90 109
2. FRAIS DIRECTS						
	nombre ETP	salaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires	TOTAL	
Sous-famille 1 : coordination						
- masse salariale						
IDE 70 %	0,70	19 680	10 631	1 288		31 599
ANNUEL ETP		30 670	16 567	2 008	49 245	
IDE 80 %	0,80	22 852	12 149	1 472		36 474
ANNUEL ETP		31 162	16 567	2 008	49 737	
ASSIST. SOCIALE 50%	0,50	13 711	6 877	755		21 343
ANNUEL ETP		29 914	15 005	1 648	46 567	
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination						
Médecins généralistes (cf tableau dérogatoire)						8 855
Infirmiers libéraux						2 057
Kinésithérapeutes						1 049
Dentistes						1 100
Aide-ménagères						1 979
TOTAL SOUS FAMILLE 1						104 456
Sous-famille 2 : soins						
622640- Bilans gériatriques effectuées par le CHIC						7 200
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins						
Pédicure et podologie						2 277
Bilan et soutien psychologique						7 542
Bilans et soins nutritionnels						4 033
622621-Dérogatoire pour les patients						
Adaptation matériel et habitat						2 017
ETM						14 300
Prestations extra-légales						58 693
Transports						2 157
TOTAL SOUS FAMILLE 2						98 219
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)						202 675
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)						292 784
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007						- 35 247
Montant total des Versements DRDR 2007						186 791
Montant total des Versements FIQCS						70 746



AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE
Mission Régionale de Santé

UNION RÉGIONALE
DES CAISSES D'ASSURANCE
MALADIE D'AQUITAINE

Fonds d'Intervention
pour la Qualité et la
Coordination des Soins

Décision conjointe modificative du 20.12.2007

***DÉCISION CONJOINTE MODIFICATIVE N°6 À LA DÉCISION CONJOINTE D'AUTORISATION DE
FINANCEMENT EN DATE DU 20 DÉCEMBRE 2004 DU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE GAVES ET
BIDOUBE - NUMÉRO D'IDENTIFICATION : N°960 720 209***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE, DIRECTEUR DE LA
MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ

ET LE DIRECTEUR DE L'UNION RÉGIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE D'AQUITAINE,

Vu les Articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu l'Article L 6321-1 du Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des Réseaux,

Vu le Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des Réseaux de santé,

Vu l'Article 94 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale n°2006-1640 créant le FIQCS,

Vu le Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au FIQCS,

Vu l'Arrêté ministériel du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu l'Arrêté ministériel du 22 juin 2007 modifiant l'Arrêté du 16 mars 2007 portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour 2007,

Vu la Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002,

Vu la Circulaire CNAMTS, CCMSA, CANAM Cir-175/2002 du 30 décembre 2002 relative aux Réseaux de santé,

Vu la Lettre Réseau LR-DRM-37/2005 du 9 mars 2005 apportant des précisions sur le rôle des acteurs de l'Assurance Maladie concernés par la gestion budgétaire et finançant des Réseaux de santé,

Vu la Circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de Réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM,

Vu les Orientations relatives au développement des Réseaux de Santé pour l'année 2007 arrêtées par le Conseil de l'URCAM et la Commission Exécutive de l'ARH,

Vu la Convention relative à l'organisation et au fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) en date du 15 décembre 2003 et ses Avenants,

Vu la Décision Conjointe d'autorisation de financement ARH/ URCAM du Réseau gérontologique Gaves et Bidouze - N°960 720 209 prise le 20 décembre 2004 et les Décisions Conjointes modificatives d'autorisation de financement en date des 1er décembre 2005, 18 octobre 2006, 7 juin 2007, 26 octobre 2007 et 20 novembre 2007,

Vu la Convention de transfert des obligations des acteurs régionaux relative au financement des Réseaux dans le cadre de la mise en œuvre du FIQCS en date du 29 juin 2007,

Décident conjointement

De modifier et/ou compléter la Décision Conjointe autorisant le Réseau gérontologique Gaves et Bidouze (N°960 720 209) à bénéficier des dispositions de l'Article L 221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale conformément aux dispositions prévues à l'Article R 162-62 du Code de la Sécurité Sociale.

Sis : Centre médico-social - 64390 SAUVETERRE DE BEARN

Représenté par : Gaston FAURIE - Président du Réseau Gaves et Bidouze

PRÉAMBULE :

La présente Décision Conjointe modificative complète et/ou modifie certaines dispositions de la Décision Conjointe d'autorisation de financement au Réseau identifié par le N°960 720 209 en date du 20 décembre 2004 (ci-après la « Décision Conjointe »). La présente Décision Conjointe modificative n'a pas pour objet de modifier les autres dispositions de la Décision Conjointe.

La présente Décision Conjointe modificative prend en compte l'intérêt médical, social et économique de la demande, notamment au regard des priorités pluriannuelles de santé ; elle tient compte des critères de qualité prévus ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation du Réseau ; elle prend en considération l'organisation et le plan de financement du Réseau et les conditions de prise en charge financière des prestations.

La présente Décision Conjointe modificative détermine la hauteur du financement ainsi que les modalités de versement (règlement forfaitaire à la structure gestionnaire du Réseau ou règlement direct aux professionnels et/ou aux patients des prestations dérogatoires) et la périodicité (échéances de paiement).

ARTICLE 1

Dans l'article 1.2 – « Autorisation de financement » l'alinéa suivant :

« Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 275 582 euros qui s'impute à hauteur de :

- 203 257 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 36 849 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.** »

est annulé et remplacé par l'alinéa suivant :

Le montant de l'autorisation de financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est de 275 582 euros qui s'impute à hauteur de :

- 199 214 euros au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007 (versements effectués avant le 30 juin 2007),
- 40 892 euros au titre du Budget de liaison FIQCS (versements effectués après le 30 juin 2007),

montant total des versements à effectuer pour cet Exercice **sous réserve du respect des dispositions prévues à l'article 7 de la Décision Conjointe.**

ARTICLE 2

Dans l'article 5 – « Descriptif de l'autorisation de financement » l'alinéa suivant :

« Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 275 582 euros se répartissant ainsi :

- 203 257 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 36 849 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe . »

est annulé et remplacé par l'alinéa suivant :

Au titre de l'Exercice 2007, cette autorisation s'impute à hauteur de 275 582 euros se répartissant ainsi :

- 199 214 euros sur la Dotation Régionale de Développement des Réseaux 2007
- 40 892 euros au titre du Budget de liaison FIQCS

selon le Budget figurant en Annexe .

ARTICLE 3

Il est ajouté à l'Article 12 – « Modalités de versement du financement » l'alinéa suivant :

Le versement de la dernière fraction du financement accordé au titre de l'Exercice 2007 est exécutoire à la date de signature de la présente Décision.

Echéancier :

Date de versement	Montant
Date de la signature de la présente Décision	Solde de l'autorisation de financement 2007 soit 4 042,77 €

Fait à Bordeaux, Le 20 décembre 2007

en 4 exemplaires originaux

**Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie,**

Gilles GRENIER

**Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
Directeur de la Mission Régionale de Santé,**

Alain GARCIA

ANNEXE : *Budget*

BUDGET Décision conjointe modificative n° 6				
RESEAU : Réseau Gérontologique Gaves et Bidouze N° 960 720 209				
				Montant accordé au titre de la Dotation 2007 (du 01/01/07 au 30/11/2007)
1. FRAIS INDIRECTS				
Frais de fonctionnement				
Achats non stockés de matières et fournitures				
606400- Fournitures administratives				1 375
TOTAL GROUPE 1				1 375
Services extérieurs				
613000- Locations				1 650
615600- Maintenance				100
616000- Assurances				716
618000- Documentation, divers				201
TOTAL GROUPE 2				2 667
Autres services extérieurs				
622600- Honoraires expert comptable				2 246
622601- Honoraires Commissaire aux comptes				3 000
623000- Publicité, publications, relations publiques				282
625100- Voyages et déplacements				8 181
625600- Missions				339
625700- Réceptions				367
627800- Frais bancaires				110
628000- Frais postaux et de télécommunication				2 292
TOTAL GROUPE 3				16 817
Masse salariale structure administrative				
	nombre ETP	saiaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires
- coordinatrice titulaire	1	0	0	-
- coordinatrice remplaçante (du 1/01/07 au 30/11/07)	1	33197	18726	51 923
- secrétaire	0,5	3441	1763	5 204
- secrétaire remplaçante (du 16/4/07 au 30/11/07)	0,5	6882	3526	10 408
TOTAL GROUPE 4		43520	24015	67 535
TOTAL FRAIS INDIRECTS GROUPE 1 A 4 = A				88 394
2. FRAIS DIRECTS				
	nombre ETP	saiaire brut	charges sociales patronales	taxes s/salaires
Sous-famille 1 : coordination				
- masse salariale				
Médecin Gériatre	0,5	36544	20453	56 997
Assistante sociale	0,5	13662,5	7307	20 969
- 622610- honoraires prestataires extérieurs coordination				
Médecins généralistes				4 034
Infirmiers libéraux				1 614
Kinésithérapeutes				1 614
Dentistes				2 567
Aides à domicile				1 132
TOTAL SOUS FAMILLE 1		50206,5	27760	88 927
Sous-famille 2 : soins				
- masse salariale				
Psychologue	0,5	12679	7213	19 892
- 622620- honoraires prestataires extérieurs soins				
Soins de pédicurie				9 350
Bilan et Soutien psychologique				-
Bilan et soins nutritionnels				9 350
- 622621-Dérogatoires pour les patients				
ETM				10 716
Prestations extra légales				43 130
Transports				4 539
TOTAL SOUS FAMILLE 2		12679	7213	96 977
Sous-famille 3 : formation				
- 622630- honoraires prestataires extérieurs formation				917
- 625130- frais déplacement formations				367
TOTAL SOUS FAMILLE 3				1 284
TOTAL FRAIS DIRECTS SOUS FAMILLES 1 A 3 (B)		62885,5	34973	187 188
TOTAL GENERAL FRAIS DIRECTS ET INDIRECTS (A+B)		(1)	(2)	(3)
Produits constatés d'avance à décaisser en 2007				- 35 476
Montant total des Versements DRDR 2007				199 214
Montant total des Versements FIQCS				40 892



**SCHÉMA RÉGIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE DE LA
RÉGION AQUITAINE**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE,

- VU** le code de la santé publique, notamment les articles L 6115-3, L 6121-1 à L 6121-3, L 6121-9, L 6131-2, R 6121-1 à R 6121-3, R 6131-11 et D 6121-6 à D 6121-10,
- VU** l'arrêté du 31 mars 2006 arrêtant le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la région Aquitaine,
- VU** les arrêtés des 20 mars et 25 avril 2007 relatifs à la révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la région Aquitaine,
- VU** l'avis des Conférences Sanitaires de Territoire du Périgord, des Landes, du Lot-et-Garonne, de Pau et de Bayonne,
- VU** l'avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale réunis en formation conjointe en date du 11 janvier 2008,
- VU** l'avis de la Commission Exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 15 janvier 2008

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER – Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Aquitaine est modifié ainsi qu'il suit :

Annexe territoire de recours du PERIGORD

1- Activités de soins

MÉDECINE	42 650 - 44 270 séjours
2007	42 650 → 44 275
2009	42 475 → 44 100
2011	42 645 → 44 270
SOINS DE SUITE	178 200 - 182 975 journées
2007	178 200 → 176 635
2009	178 200 → 182 975
2011	178 200 → 182 975

PERSONNES ÂGÉES

Court séjour gériatrique	3 implantations
	Périgueux (1)
	Bergerac (1)
	Sarlat (1)

DOULEUR

Consultations pluridisciplinaires	3 implantations
	1 site Périgueux
	2 antennes Bergerac (1)
	Sarlat (1)

2- Equipements matériels lourds

Scanner à utilisation médicale	5 implantations
	Périgueux (3 dont un scanner dédié aux urgences)
	Bergerac (1)
	Sarlat (1)

Le reste sans changement

Annexe territoire de recours des LANDES

1- Activités de soins

Prise en charge des urgences

- Réseau de prise en charge des urgences

Ce réseau devra, obligatoirement, intégrer les établissements disposant des compétences, des techniques et des capacités d'hospitalisation dont ne disposent pas les établissements autorisés pour l'activité de soins de médecine d'urgence, notamment sur le territoire de Mont-de-Marsan, les établissements pratiquant l'ophtalmologie et pour le territoire de Dax les établissements pratiquant l'ORL et l'urologie.

Le reste sans changement

Annexe territoire de recours du LOT-et-GARONNE

1- Activités de soins

Médecine

10 implantations

Agen (2)
Nérac (1)
Pont-du-Casse (1)
Villeneuve-sur-Lot (1)
Fumel (1)
Penne d'Agenais (1)
Marmande (1)
Tonneins (1)
Casteljaloux (1)

Conduites addictives

. Unité d'addictologie

Pont-du-Casse (1)

3- Recomposition - coopération nécessaire et répartition des activités

2. Sur le pôle de Villeneuve-sur-Lot, les 2 implantations de chirurgie seront provisoirement maintenues et 2 unités de surveillance continue seront provisoirement reconnues. Les établissements concernés mettent à profit la durée du SROS pour organiser la recomposition de l'offre de soins, dans le cadre du projet médical de territoire.

Le reste sans changement

Annexe territoire de recours de PAU

1- Activités de soins

Rééducation et réadaptation

6 500 - 13 900 séances d'hospitalisation à temps partiel

Prise en charge des enfants

. Rééducation fonctionnelle spécialisée

1 implantation

Pau (1)

(supprimer la note de bas de page cc)

Personnes âgées

. Court séjour gériatrique

3 implantations

Pau (1)
Oloron Sainte-Marie (1)
Orthez (1)

Conduites addictives

. Unité d'addictologie

1 implantation

Pau (1)

Le reste sans changement

Annexe territoire de recours de BAYONNE

1- Activités de soins

MÉDECINE	55 280 - 56 990 journées
2007	55 280 → 55 500
2009	55 280 → 55 505
2011	56 765 → 56 980
CHIRURGIE	46 180 - 47 550 journées
2007	46 620 → 46 180
2009	46 585 → 46 155
2011	47 550 → 47 110
SOINS DE SUITE	158 300 - 169 900 journées
2007	162 000 → 158 300
2009	169 900 → 163 100
2011	169 900 → 163 100

RÉÉDUCATION RÉADAPTATION objectif	252 805 journées
2007	276 530
2009	252 805
2011	252 805

8 855 - 21 205 **séances**
d'hospitalisation temps partiel

Personnes âgées

. Consultation d'évaluation gériatrique

4 implantations
Cambo
Saint-Jean-de-Luz
Saint-Jean-Pied-de-Port
Labenne

Conduites addictives

. Unité d'addictologie

1 implantation
Bayonne

Le reste sans changement

ARTICLE 2 – Le Schéma révisé sera consultable :

- aux sièges de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine, de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine et des Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales de la Dordogne, de la Gironde, des Landes, du Lot-et-Garonne et des Pyrénées-Atlantiques,
- sur les sites internet suivants : www.parhtage.sante.fr www.aquitaine.sante.gouv.fr

ARTICLE 3 – Le Schéma régional d'Organisation sanitaire révisé peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du Ministre chargé de la Santé, conformément aux articles R 6122-10-1 et R 6122-42 du Code de la Santé Publique, dans un délai de deux mois à compter de la publication.

ARTICLE 4 – Le Directeur adjoint, le Directeur régional des Affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine et les Directeurs départementaux des Affaires sanitaires et sociales des départements de la Dordogne, de la Gironde, des Landes, du Lot-et-Garonne et des Pyrénées-Atlantiques, sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des actes administratifs de chacun des départements de la région Aquitaine et fera l'objet d'un affichage aux sièges de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine, de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales et des Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 15 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*MEMBRES DU CONSEIL RÉGIONAL DE LA QUALITÉ ET DE LA
COORDINATION DES SOINS*

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU le code de la sécurité sociale et notamment l'article L 221-1-1 du code de la sécurité sociale,

VU le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements,

VU le décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins,

VU l'arrêté préfectoral en date du 12 décembre 2007 donnant délégation de signature à Monsieur Jacques CARTIAUX, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine,

VU l'arrêté de Monsieur le Préfet de région en date du 20 décembre 2007 portant nomination des membres du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins,

A R R Ê T E

ARTICLE 1 – L'article 3 de l'arrêté susvisé est ainsi complété :

– Est nommé en tant que représentant de conférences médicales d'établissements :

Suppléant : M. le Docteur François BOUDINET

ARTICLE 2 – A l'article 4 de l'arrêté susvisé les termes « Fédération de l'Hospitalisation Privée d'Aquitaine » remplacent ceux de « Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée et Union Hospitalière Privée »

ARTICLE 3 – Le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales, le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de chacun des départements de la Région Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 4 février 2008

Pour le Préfet de Région
et par délégation,
Le Directeur Régional
Jacques CARTIAUX



*RECETTES, DÉPENSES PRÉVISIONNELLES ET TARIFICATION DES
PRESTATIONS POUR L'EXERCICE BUDGÉTAIRE 2007 DE L'ÉTABLISSEMENT
D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES CHÂTEAU
MAUCAMPS À MACAU - N° FINISS : 33 079 924 8*

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L.313-8, L.314-3 à L.314-9 et R.314-1 à R.314-196 ;

VU la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 ;

VU l'arrêté du 22 octobre 2003 fixant les modèles de documents prévus aux articles 9, 12, 16, 18, 19 47 et 83 du décret 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au 1 de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique,

- VU la note de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie du 15 février 2007 fixant les dotations régionales et départementales indicatives pour 2007,
- VU la circulaire du 6 avril 2007 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2007 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées,
- VU la décision n° 2007-01 du 1^{er} juin 2007 du Directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie fixant le montant des dotations départementales limitatives de dépenses mentionnées à l'article L 314-3-III du Code de l'Action Sociale et des Familles,
- VU le courrier transmis le par lequel la personne ayant qualité pour représenter l'établissement a adressé ses propositions budgétaires et leurs annexes pour l'exercice 2007,
- VU les propositions de modifications budgétaires transmises par courrier en date du 23/01/2008,

SUR RAPPORT du Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales,

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER - Pour l'exercice budgétaire 2007 les recettes et dépenses prévisionnelles de l'EHPAD Château Maucamps à Macau sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants en Euros	Total en Euros
Dépenses	Groupe I Dépenses afférentes à l'exploitation courante	94,79	11 932,70
	Groupe II Dépenses afférentes au personnel	11 760,83	
	Groupe III Dépenses afférentes à la structure	77,08	
Reprise Déficit 2005			
Recettes	Groupe I Produits de la tarification	11 932,70	11 932,70
	Groupe II Autres produits relatifs à l'exploitation		
	Groupe III Produits financiers et produits non encaissables		
Reprise Excédent 2005			

ARTICLE 2 - Pour l'exercice budgétaire 2007 la tarification des prestations de l'EHPAD Château Maucamps à Macau est fixée comme suit à compter du **15 décembre 2007** :

- Tarif journalier soins pour les GIR 1 et 2 **47,71 euros**
- Tarif journalier soins pour les GIR 3 et 4 : **37,12 euros**
- Tarif journalier soins pour les GIR 5 et 6 -
- Tarif journalier soins pour les personnes de moins de 60 ans : -

ARTICLE 3 - Pour l'exercice budgétaire 2007 le forfait global de soins de l'établissement est fixé à **11 932,70 euros** à compter du **15 décembre 2007**.

ARTICLE 4 – Les recours contentieux dirigés contre le présent arrêté doivent être portés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale sis 103 bis rue Belleville - BP 952 - 33063 BORDEAUX CEDEX dans le délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles il sera notifié, à compter de sa notification.

ARTICLE 5– Une copie du présent arrêté sera notifiée à l'établissement ou au service concerné.

ARTICLE 6 – En application des dispositions du III de l'article 35 du décret du 22 octobre susvisé, le ou les tarifs fixés à l'article 2 du présent arrêté seront publiés au Recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

ARTICLE 7 – Le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde, le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Bordeaux, le 5 février 2008

Pour LE PREFET,
P/Le Directeur Départemental
des Affaires Sanitaires et Sociales,
L'Inspectrice Principale,
Cécile RAPINE



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE DES
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES D'AQUITAINE

Service Offre de Soins

Arrêté du 05.02.2008

**RENOUVELLEMENT IMPLICITE D'AUTORISATION D'ACTIVITE DE SOINS DE CHIRURGIE EXERCÉE
SOUS FORME AMBULATOIRE (SA POLYCLINIQUE BORDEAUX-CAUDÉРАН À BORDEAUX)**

LA COMMISSION EXÉCUTIVE DE L'AGENCE RÉGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6122-10, R. 6122-41,

A R R E T E

ARTICLE PREMIER - L'autorisation de renouvellement tacite pour l'exercice de l'activité de soins de chirurgie exercée sous forme ambulatoire est accordée à l'établissement suivant :

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation accordée le 6 mai 2003, à la **SA Polyclinique Bordeaux-Caudéran à Bordeaux**, pour l'exercice de l'activité de soins de chirurgie ambulatoire est tacitement renouvelée en date du 11 février 2008.

Ce renouvellement prendra effet à partir du 21 juin 2009 pour une durée de cinq ans.

ARTICLE 2 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 5 février 2008.

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



Arrêté du 05.02.2008

**RENOUVELLEMENT IMPLICITE D'AUTORISATION D'ACTIVITE DE SOINS DE NEONATOLOGIE (SA
NOUVELLE POLYCLINIQUE BORDEAUX-NORD AQUITAINE à BORDEAUX)**

LA COMMISSION EXECUTIVE DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6122-10, R. 6122-41,

ARRETE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation de renouvellement tacite pour l'exercice de l'activité de soins de néonatalogie est accordée à l'établissement suivant :

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation accordée le 19 décembre 2000 à la **SA Nouvelle Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine à Bordeaux**, pour l'exercice de l'activité de soins de néonatalogie, est tacitement renouvelée en date du 29 janvier 2008.

Ce renouvellement prendra effet à partir du 19 janvier 2009 pour une durée de cinq ans.

ARTICLE 2 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 5 février 2008.

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



Arrêté du 07.02.2008

**MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ À LA
CLINIQUE MÉDICALE « LES FONTAINES DE MONJOUS » (N° FINESS
330780370) AU TITRE DE L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE
DÉCEMBRE 2007**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 17 janvier 2008, par la clinique médicale Les Fontaines de Monjous.

A R R Ê T E

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **28 845,25 €** soit :

. **28 845,25 €** au titre de la part tarifée à l'activité.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié à la clinique médicale Les Fontaines de Monjous et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 7 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement

Fontaines de Monjous (330780370)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : jeudi 17/01/2008, 10:59

Date de validation par la région : mercredi 30/01/2008, 15:04

Date de récupération : mercredi 30/01/2008, 15:05

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
1 Prestations d'hospitalisation	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	169 392,48	198 237,73	28 845,25
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	0,00	0,00	0,00
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	0,00	0,00	0,00
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	0,00	0,00	0,00
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	0,00	0,00	0,00
	Total	169 392,48	198 237,73	28 845,25
	2 Médicaments	Total	0,00	0,00
3 DMI	Total	0,00	0,00	0,00
4 Report activité 2006	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Annule/remplace	0,00	0,00	0,00
	Total	0,00	0,00	0,00
TOTAL				28 845,25



**RENOUVELLEMENT D'AUTORISATION DÉLIVRÉ DANS LE CADRE DES
ARTICLES L. 2142-1, R. 2142-1, L. 6122-9 ET L. 6122-10 DU CODE DE LA
SANTÉ PUBLIQUE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
BORDEAUX À TALENCE (33) : ACTIVITÉ DE SOINS D'ASSISTANCE
MÉDICALE À LA PROCRÉATION (ACTIVITÉS CLINIQUES) AU SEIN DU
GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN À BORDEAUX (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 2142-1 à L. 2142-4, R. 2142-1 à R. 2142-9, L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44,

VU le décret 2006-1660 du 22 décembre 2006 relatif au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation et modifiant le Code de la santé publique,

VU l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 modifiant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la décision ministérielle en date du 30 novembre 2000 accordant au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux 12, rue Dubernat à TALENCE (33) le renouvellement d'autorisation pour la poursuite de la pratique des activités cliniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) suivantes :

- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'une AMP intra-conjugale,
- transfert d'embryon
- recueil par ponction d'ovocytes en vue de don,
- recueil par ponction de spermatozoïdes,

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12, rue Dubernat – 33404 – TALENCE Cedex, en vue d'obtenir le renouvellement d'autorisation afin de poursuivre l'exercice de l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation par la pratique des activités cliniques suivantes:

- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation avec ou sans recours à un tiers donneur de sperme,
- transfert des embryons en vue de leur implantation,
- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'un don,
- recueil par ponction des spermatozoïdes,

au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 – BORDEAUX,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 11 janvier 2008,

CONSIDERANT que l'implantation de cette activité d'AMP répond à l'annexe du schéma régional d'organisation sanitaire prévoyant 2 implantations d'activité d'AMP sur le territoire de Bordeaux-Libourne,

CONDIDERANT que l'activité du Centre Hospitalier Universitaire recensée en 2006 démontre la nécessité de maintien de cette activité clinique d'AMP,

CONSIDERANT que les conditions de fonctionnement des activités cliniques du Centre d'assistance médicale à la procréation et les modalités d'organisation pluridisciplinaires sont conformes aux exigences réglementaires et aux normes de bonne pratique en matière d'AMP,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Le renouvellement d'autorisation visé aux articles L. 2142-1 et R. 2142-1, L. 6122-9 et L. 6122-10 du Code de la Santé Publique **est accordé** au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12, rue Dubernat – 33404 – TALENCE Cedex, afin de poursuivre l'exercice de l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation par la pratique des activités cliniques suivantes :

- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation avec ou sans recours à un tiers donneur de sperme,

- transfert des embryons en vue de leur implantation,
- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'un don,
- recueil par ponction des spermatozoïdes,
au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 – BORDEAUX.

N° FINESS de l'entité juridique : 33 078 119 6

N° FINESS de l'établissement : 33 078 136 0

ARTICLE 2 - La durée de validité de ce renouvellement d'autorisation est de 5 ans à compter du 7 mai 2008.

ARTICLE 3 - Conformément à l'article R. 2142-10 - 7° alinéa, le titulaire de l'autorisation est tenu de déclarer à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente et à l'agence de la biomédecine le nom des praticiens agréés préalablement à la mise en œuvre de l'autorisation, ainsi que préalablement à sa prise de fonction, le nom de tout nouveau praticien. Il est également tenu d'informer l'agence régionale de l'hospitalisation et l'agence de la biomédecine de la cessation d'activité de ces praticiens.

ARTICLE 4 - Le titulaire de cette autorisation est tenu de présenter à l'Agence régionale de l'hospitalisation et à l'Agence de la biomédecine un rapport annuel d'activité prévu à l'article L. 2142-2 du code de la santé publique.

ARTICLE 5 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 6 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES
D'AQUITAINE

Service Offre de Soins

Décision du 12.02.2008

**RENOUVELLEMENT D'AUTORISATION DÉLIVRÉ DANS LE CADRE DES
ARTICLES L. 2142-1, R. 2142-1, L. 6122-9 ET L. 6122-10 DU CODE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
BORDEAUX À TALENCE (33) : ACTIVITÉ DE SOINS D'ASSISTANCE
MÉDICALE À LA PROCRÉATION (ACTIVITÉS BIOLOGIQUES) AU SEIN DU
GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN À BORDEAUX (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 2142-1 à L. 2142-4, R. 2142-1 à R. 2142-9, L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44,

VU le décret 2006-1660 du 22 décembre 2006 relatif au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation et modifiant le Code de la santé publique,

VU l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 modifiant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la décision ministérielle en date du 30 novembre 2000 accordant au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux 12, rue Dubernat à TALENCE (33), le renouvellement d'autorisation pour la poursuite de la pratique des activités biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP) suivantes :

- recueil et traitement de sperme en intra-conjugal et avec tiers donneur,
- traitement des ovocytes,
- fécondation in vitro avec et sans micromanipulation,
- conservation des gamètes en intra-conjugal et avec tiers donneur

- conservation des embryons

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux 12, rue Dubernat – 33404 - TALENCE Cedex., en vue d'obtenir le renouvellement d'autorisation afin de poursuivre l'exercice de l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation par la pratique des activités biologiques suivantes :

- traitement du sperme en vue d'une insémination artificielle ;
- fécondation in vitro sans et avec micro-manipulation comprenant :
 - le recueil, le traitement et la conservation du sperme ;
 - le traitement des ovocytes et la fécondation in vitro sans et avec micro manipulation ;
- recueil, traitement, conservation et cession du sperme en vue de don ;
- traitement, conservation et cession des ovocytes en vue de don,
- conservation des embryons en vue d'un projet parental ;

au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 – BORDEAUX Cedex

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 11 janvier 2008,

CONSIDERANT que les conditions de fonctionnement des activités biologiques du Centre AMP du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux sont conformes aux exigences réglementaires,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Le renouvellement d'autorisation visé aux articles L. 2142-1 et R. 2142-1, L. 6122-9 et L. 6122-10 du Code de la Santé Publique **est accordé** au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux 12, rue Dubernat – 33404 - TALENCE Cedex afin de poursuivre l'exercice de l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation par la pratique des activités biologiques suivantes :

- traitement du sperme en vue d'une insémination artificielle ;
- fécondation in vitro sans et avec micro-manipulation comprenant :
 - le recueil, le traitement et la conservation du sperme ;
 - le traitement des ovocytes et la fécondation in vitro sans et avec micro manipulation ;
- recueil, traitement, conservation et cession du sperme en vue de don ;
- traitement, conservation et cession des ovocytes en vue de don,
- conservation des embryons en vue d'un projet parental ;

au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 – BORDEAUX Cedex.

N° FINESS de l'entité juridique : 33 078 119 6

N° FINESS de l'établissement : 33 078 136 0

ARTICLE 2 - La durée de validité de ce renouvellement d'autorisation est de 5 ans à compter du 7 mai 2008.

ARTICLE 3 - Conformément à l'article R. 2142-10 - 7° alinéa, le titulaire de l'autorisation est tenu de déclarer à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente et à l'agence de la biomédecine le nom des praticiens agréés préalablement à la mise en œuvre de l'autorisation, ainsi que préalablement à sa prise de fonction, le nom de tout nouveau praticien. Il est également tenu d'informer l'agence régionale de l'hospitalisation et l'agence de la biomédecine de la cessation d'activité de ces praticiens.

ARTICLE 4 - Le titulaire de cette autorisation est tenu de présenter à l'Agence régionale de l'hospitalisation et à l'Agence de la biomédecine un rapport annuel d'activité prévu à l'article L. 2142-2 du code de la santé publique.

ARTICLE 5 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 6 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA

AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES
D'AQUITAINE

Service Offre de Soins

Décision du 12.02.2008

**AUTORISATION DÉLIVRÉE DANS LE CADRE DES ARTICLES L. 2142-1,
R. 2142-1 ET L. 6122-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX À TALENCE (33) :**
**EXTENSION D'ACTIVITÉ DE SOINS D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA
PROCRÉATION (BIOLOGIQUE) AU SEIN DU GROUPE HOSPITALIER
PELLEGRIN À BORDEAUX (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 2142-1 à L. 2142-4, R. 2142-1 à R. 2142-9, L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44,

VU le décret 2006-1660 du 22 décembre 2006 relatif au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation et modifiant le Code de la santé publique,

VU l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 modifiant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12, rue Dubernat – 33404 – TALENCE Cedex, en vue d'obtenir l'autorisation d'exercer l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation :

➤ **par extension de l'activité biologique portant sur:**

- la conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux

au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 – BORDEAUX,

VU l'avis de l'Agence de la Biomédecine exprimé par courrier en date du 18 décembre 2007,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 11 janvier 2008,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation visée aux articles L. 2142-1, R.2142-1 et L.6122-1 du Code de la Santé Publique **est accordée** au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12, rue Dubernat – 33404 – TALENCE Cedex, en vue d'exercer l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation

➤ **par extension de l'activité biologique portant sur:**

- la conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux

au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 – BORDEAUX.

N° FINESS de l'entité juridique : 33 078 119 6

N° FINESS de l'établissement : 33 078 136 0

ARTICLE 2 - L'autorisation visée à l'article 1^{er} est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans. Cette autorisation est également réputée caduque pour la partie de l'activité, de la structure ou de l'équipement dont la réalisation, la mise en œuvre ou l'implantation n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

ARTICLE 3 - Cette autorisation vaut de plein droit autorisation de fonctionner, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité prévue à l'article L. 6122-4 du code de la santé publique et réalisée dans les conditions prévues à l'article D. 6122-37 du code de la santé publique.

ARTICLE 4 - La durée de validité de l'autorisation mentionnée à l'article 1^{er} est de 5 ans à compter du jour où est constaté le résultat positif de la visite de conformité.

ARTICLE 5 - Conformément à l'article R. 2142-10 – 7^o alinéa, le titulaire de l'autorisation est tenu de déclarer à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente et à l'agence de la biomédecine le nom des praticiens agréés préalablement à la mise en œuvre de l'autorisation, ainsi que le nom de tout nouveau praticien agréé préalablement à sa prise de fonction. Il est également tenu d'informer l'agence régionale de l'hospitalisation et l'agence de la biomédecine de la cessation d'activité de ces praticiens.

ARTICLE 6 - Le titulaire de cette autorisation est tenu de présenter à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'Agence de la biomédecine un rapport annuel d'activité prévu à l'article L. 2142-2 du code de la santé publique.

ARTICLE 7 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 8 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES
D'AQUITAINE

Service Offre de Soins

Décision du 12.02.2008

***DÉCISION DÉLIVRÉE DANS LE CADRE DES ARTICLES L. 2142-1, R.
2142-1 ET L. 6122-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX À
TALENCE (33) : EXTENSION D'ACTIVITÉ DE SOINS D'ASSISTANCE
MÉDICALE À LA PROCRÉATION (CLINIQUE ET BIOLOGIQUE) AU
SEIN DU GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN À BORDEAUX (33)***

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 2142-1 à L. 2142-4, R. 2142-1 à R. 2142-9, L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44,

VU le décret 2006-1660 du 22 décembre 2006 relatif au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation et modifiant le Code de la santé publique,

VU l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 modifiant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12, rue Dubernat – 33404 – TALENCE Cedex, en vue d'obtenir l'autorisation d'exercer l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation :

➤ **par extension de l'activité clinique portant sur :**

- la mise en oeuvre de l'accueil des embryons,

➤ **par extension de l'activité biologique portant sur:**

- la conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celle-ci,
- au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 – BORDEAUX,

VU l'avis de l'Agence de la Biomédecine exprimé par courrier en date du 18 décembre 2007,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 11 janvier 2008,

CONDIDERANT que les éléments figurant dans le dossier, les renseignements recueillis en complément n'apportent pas les garanties de l'application des normes réglementaires,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation visée aux articles L. 2142-1, R.2142-1 et L.6122- 1 du Code de la Santé Publique **est refusée** au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12, rue Dubernat – 33404 – TALENCE Cedex, en vue d'exercer l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation :

➤ **par extension de l'activité clinique portant sur :**

- la mise en oeuvre de l'accueil des embryons,

➤ **par extension de l'activité biologique portant sur:**

- la conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celle-ci,

au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 – BORDEAUX.

ARTICLE 2 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 3 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES
D'AQUITAINE

Service Offre de Soins

Décision du 12.02.2008

**RENOUVELLEMENT D'AUTORISATION DÉLIVRÉ DANS LE CADRE DES
ARTICLES L. 2142-1, R. 2142-1, L. 6122-9 ET L. 6122-10 DU CODE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE À SELAFA BIOFFICE 17 ALLÉES DE TOURNY À
BORDEAUX (33) : ACTIVITÉ DE SOINS D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA
PROCRÉATION (BIOLOGIQUES) AU SEIN DU LABORATOIRE INSTALLÉ AU
SEIN DE LA POLYCLINIQUE JEAN VILLAR À BRUGES (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 2142-1 à L. 2142-4, R. 2142-1 à R. 2142-9, L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44,

VU le décret 2006-1660 du 22 décembre 2006 relatif au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation et modifiant le Code de la santé publique,

VU l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 modifiant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU l'arrêté ministériel en date du 19 décembre 2000 accordant au Laboratoire Ruffié sis 17 allées de Tourny à BORDEAUX, le renouvellement d'autorisation pour la poursuite de la pratique des activités biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP) suivantes :

- recueil et traitement de sperme en intra-conjugal,
- traitement des ovocytes,
- fécondation in vitro avec et sans micromanipulation,
- conservation des gamètes en intra-conjugal,
- conservation des embryons

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par la SELAFA Biooffice 17, allées de Tourny – 33000 – BORDEAUX, en vue d’obtenir le renouvellement d’autorisation afin de poursuivre l’exercice de l’activité de soins d’assistance médicale à la procréation par la pratique des activités biologiques suivantes :

- traitement du sperme en vue d’une insémination artificielle ;
- fécondation in vitro sans et avec micro-manipulation comprenant :
 - le recueil, le traitement et la conservation du sperme ;
 - le traitement des ovocytes et la fécondation in vitro sans et avec micro manipulation ;
- conservation des embryons en vue d’un projet parental ;

au sein du Laboratoire d’analyses de biologie médicale installé dans les locaux de la Polyclinique Jean Villar à BRUGES sise avenue Maryse Bastié – 33523 – BRUGES Cedex,

VU l’avis de l’Agence de la biomédecine exprimé par courrier en date du 4 décembre 2007,

VU l’avis du Comité régional de l’organisation sanitaire en sa séance du 11 janvier 2008,

CONSIDERANT que les conditions de fonctionnement des activités biologiques du Centre AMP de la Polyclinique Jean Villar à BRUGES, pratiquées par le Laboratoire d’analyses de biologie médicale SELAFA Biooffice, sont conformes aux exigences réglementaires,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Le renouvellement d’autorisation visé aux articles L. 2142-1 et R. 2142-1, L. 6122-9 et L. 6122-10 du Code de la Santé Publique **est accordé** à SELAFA Biooffice 17, allées de Tourny – 33000 – BORDEAUX, afin de poursuivre l’exercice de l’activité de soins d’assistance médicale à la procréation par la pratique des activités biologiques suivantes :

- traitement du sperme en vue d’une insémination artificielle ;
- fécondation in vitro sans et avec micro-manipulation comprenant :
 - le recueil, le traitement et la conservation du sperme ;
 - le traitement des ovocytes et la fécondation in vitro sans et avec micro manipulation ;
- conservation des embryons en vue d’un projet parental.

au sein du Laboratoire d’analyses de biologie médicale installé dans les locaux de la Polyclinique Jean Villar à BRUGES sise avenue Maryse Bastié – 33523 – BRUGES Cedex.

L’équipe de biologistes devra être renforcée par le recrutement d’un biologiste supplémentaire.

N° FINESS de l’entité juridique : 33 000 672 7

ARTICLE 2 - La durée de validité de ce renouvellement d’autorisation est de 5 ans à compter du 7 mai 2008.

ARTICLE 3 - Conformément à l’article R. 2142-10 - 7° alinéa, le titulaire de l’autorisation est tenu de déclarer à l’agence régionale de l’hospitalisation compétente et à l’agence de la biomédecine le nom des praticiens agréés préalablement à la mise en œuvre de l’autorisation, ainsi que préalablement à sa prise de fonction, le nom de tout nouveau praticien. Il est également tenu d’informer l’agence régionale de l’hospitalisation et l’agence de la biomédecine de la cessation d’activité de ces praticiens.

ARTICLE 4 -Le titulaire de cette autorisation est tenu de présenter à l’Agence régionale de l’hospitalisation et à l’Agence de la biomédecine un rapport annuel d’activité prévu à l’article L. 2142-2 du code de la santé publique.

ARTICLE 5 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l’Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 6 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES
D'AQUITAINE

Service Offre de Soins

Décision du 12.02.2008

***DÉCISION DÉLIVRÉE DANS LE CADRE DES ARTICLES L. 2142-1, R. 2142-1,
ET L.6122-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE À SELAFA BIOFFICE 17
ALLÉES DE TOURNY À BORDEAUX (33) : ACTIVITÉ DE SOINS D'ASSISTANCE
MÉDICALE À LA PROCRÉATION (BIOLOGIQUE) AU SEIN DU LABORATOIRE
INSTALLÉ AU SEIN DE LA POLYCLINIQUE JEAN VILLAR À BRUGES (33)***

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 2142-1 à L. 2142-4, R. 2142-1 à R. 2142-9, L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44,

VU le décret 2006-1660 du 22 décembre 2006 relatif au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation et modifiant le Code de la santé publique,

VU l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 modifiant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par la SELAFA Biooffice 17, allées de Tourny – 33000 – BORDEAUX, en vue d'obtenir l'autorisation d'exercer l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation par la pratique de l'activité biologique suivante :

➤ conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux

au sein du Laboratoire d'analyses de biologie médicale installé dans les locaux de la Polyclinique Jean Villar à BRUGES sise avenue Maryse Bastié – 33523 – BRUGES Cedex,

VU l'avis de l'Agence de la biomédecine exprimé par courrier en date du 4 décembre 2007,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 11 janvier 2008,

CONSIDERANT que la conservation à usage autologue des gamètes est incluse dans les activités relatives à la fécondation in vitro avec et sans micromanipulation,

CONSIDERANT que les éléments du dossier ne permettent pas d'envisager la conservation à usage autologue de tissus germinaux et qu'une demande spécifique devra être sollicitée,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation visée aux articles L. 2142-1 et R. 2142-1, et L. 6122-1 du Code de la Santé Publique **est refusée** à SELAFA Biooffice 17, allées de Tourny – 33000 – BORDEAUX, afin d'exercer l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation par la pratique que l'activité biologique suivante :

➤ la conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux.

au sein du Laboratoire d'analyses de biologie médicale installé dans les locaux de la Polyclinique Jean Villar à BRUGES sise avenue Maryse Bastié – 33523 – BRUGES Cedex

N° FINSS de l'entité juridique : 33 000 672 7

ARTICLE 2 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 3 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES
D'AQUITAINE

Service Offre de Soins

Décision du 12.02.2008

**RENOUVELLEMENT D'AUTORISATION DÉLIVRÉ DANS LE CADRE DES
ARTICLES L. 2142-1, R. 2142-1, L. 6122-9 ET L. 6122-10 DU CODE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE À LA SA AQUITAINE SANTÉ – AVENUE MARYSE
BASTIÉ – 33523 – BRUGES CEDEX : ACTIVITÉ DE SOINS
D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (ACTIVITÉS CLINIQUES)
AU SEIN DE LA POLYCLINIQUE JEAN VILAR À BRUGES (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 2142-1 à L. 2142-4, R. 2142-1 à R. 2142-9, L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44,

VU le décret 2006-1660 du 22 décembre 2006 relatif au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation et modifiant le Code de la santé publique,

VU l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 modifiant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la décision ministérielle en date du 30 novembre 2000 accordant à la Polyclinique Jean Villar – avenue Maryse Bastié à BRUGES (33) le renouvellement d'autorisation pour la poursuite de la pratique des activités cliniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) suivantes :

- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'une AMP intra-conjugale,
- transfert d'embryon
- recueil par ponction de spermatozoïdes,

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par la SA Aquitaine Santé – avenue Maryse Bastié – 33523 – BRUGES Cedex, en vue d'obtenir le renouvellement d'autorisation afin de poursuivre l'exercice de l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation par la pratique des activités cliniques suivantes :

- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation avec ou sans recours à un tiers donneur de sperme,
- transfert des embryons en vue de leur implantation,
- recueil par ponction des spermatozoïdes,

au sein de la Polyclinique Jean Villar à BRUGES (33523),

VU l'avis de l'Agence de la biomédecine exprimé par courrier en date du 4 décembre 2007,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 11 janvier 2008,

CONSIDERANT que l'implantation de cette activité d'AMP répond à l'annexe du schéma régional d'organisation sanitaire prévoyant 2 implantations d'activité d'AMP sur le territoire de Bordeaux-Libourne,

CONDIDERANT que la poursuite des activités cliniques d'AMP susvisées répond aux besoins de la population,

CONSIDERANT que les conditions de fonctionnement des activités cliniques du Centre d'assistance médicale à la procréation et les modalités d'organisation pluridisciplinaires sont conformes aux exigences réglementaires et aux normes de bonne pratique en matière d'AMP,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Le renouvellement d'autorisation visé aux articles L. 2142-1 et R. 2142-1, L. 6122-9 et L. 6122-10 du Code de la Santé Publique **est accordé** à la SA Aquitaine Santé – avenue Maryse Bastié – 33523 – BRUGES Cedex, afin de poursuivre l'exercice de l'activité de soins d'assistance médicale à la procréation par la pratique des activités cliniques suivantes :

- recueil par ponction d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation avec ou sans recours à un tiers donneur de sperme,
- transfert des embryons en vue de leur implantation,
- recueil par ponction des spermatozoïdes

au sein de la Polyclinique Jean Villar – Avenue Maryse Bastié – BP 61 – 33523 – BRUGES

N° FINESS de l'entité juridique : 33 000 092 8

N° FINESS de l'établissement : 33 078 258 2

ARTICLE 2 - La durée de validité de ce renouvellement d'autorisation est de 5 ans à compter du 7 mai 2008.

ARTICLE 3 - Conformément à l'article R. 2142-10 - 7° alinéa, le titulaire de l'autorisation est tenu de déclarer à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente et à l'agence de la biomédecine le nom des praticiens agréés préalablement à la mise en œuvre de l'autorisation, ainsi que préalablement à sa prise de fonction, le nom de tout nouveau praticien. Il est également tenu d'informer l'agence régionale de l'hospitalisation et l'agence de la biomédecine de la cessation d'activité de ces praticiens.

ARTICLE 4 -Le titulaire de cette autorisation est tenu de présenter à l'Agence régionale de l'hospitalisation et à l'Agence de la biomédecine un rapport annuel d'activité prévu à l'article L. 2142-2 du code de la santé publique.

ARTICLE 5 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 6 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES
D'AQUITAINE

Service Offre de Soins

Décision du 12.02.2008

**RENOUVELLEMENT D'AUTORISATION DÉLIVRÉ DANS LE CADRE DES
ARTICLES L. 2131-1, R. 2131-5-5, L. 6122-9 ET L. 6122-10 DU CODE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
BORDEAUX (33) : ACTIVITÉ DE SOINS "DIAGNOSTIC PRÉNATAL" AU
SEIN DU GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN À BORDEAUX (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-1 à L. 2131-5, R. 2131-1 à R. 2131-9, L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44,

VU le décret 2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal et au diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro et modifiant le Code de la santé publique,

VU l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 modifiant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la décision ministérielle en date du 30 novembre 2000 accordant au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12 rue Dubernat – 33404 - TALENCE Cedex, le renouvellement d'autorisation pour la poursuite de la pratique des activités en vue d'établir un diagnostic prénatal in utero : la cytogénétique et la génétique moléculaire,

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12 rue Dubernat – 33404 - TALENCE Cedex,, en vue d'obtenir le renouvellement d'autorisation afin de poursuivre l'exercice de l'activité de soins de diagnostic prénatal par la pratique : des analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire et les analyses de génétique moléculaire sur le site du Groupe Hospitalier Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 – BORDEAUX ,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 11 janvier 2008,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Le renouvellement d'autorisation visé aux articles L. 2131-1 et R. 2131-5-5, L. 6122-9 et L. 6122-10 du Code de la Santé Publique est **accordé** au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12 rue Dubernat – 33404 - TALENCE Cedex, en vue de poursuivre l'exercice de l'activité de soins de diagnostic prénatal par la pratique :

- des analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire
- des analyses de génétique moléculaire,

au sein du Groupe Hospitalier Pellegrin – Place Amélie Raba Léon – 33076 – BORDEAUX .

N° FINESS de l'entité juridique : 33 078 119 6

N° FINESS de l'établissement : 33 078 136 0

ARTICLE 2 -La durée de validité de ce renouvellement d'autorisation est de 5 ans à compter du 7 mai 2008.

ARTICLE 3 - Conformément à l'article R. 2131-5-1 – 7° alinéa, le titulaire de l'autorisation est tenu de déclarer à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente et à l'agence de la biomédecine le nom des praticiens agréés préalablement à la mise en œuvre de l'autorisation, ainsi que le nom de tout nouveau praticien agréé préalablement à sa prise de fonction. Il est également tenu d'informer l'agence régionale de l'hospitalisation et l'agence de la biomédecine de la cessation d'activité de ces praticiens.

ARTICLE 4 -Le titulaire de cette autorisation est tenu de présenter à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'Agence de la biomédecine un rapport annuel d'activité prévu à l'article L. 2131-2 du code de la santé publique.

ARTICLE 5 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 6 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



**AUTORISATION DÉLIVRÉE DANS LE CADRE DES ARTICLES L. 2131-1 ET L. 6122-1
DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
BORDEAUX (33) : ACTIVITÉ DE SOINS "DIAGNOSTIC PRÉNATAL", ANALYSES DE
BIOCHIMIE, Y COMPRIS LES ANALYSES PORTANT SUR LES MARQUEURS SÉRIQUES
MATERNELS AU SEIN DU GROUPE HOSPITALIER SUD – SITE DU HAUT-LÉVÊQUE
À PESSAC (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-1 à L. 2131-5, R. 2131-1 à R. 2131-9, L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44,

VU le décret 2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal et au diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro et modifiant le Code de la santé publique,

VU l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 modifiant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12 rue Dubernat – 33404 – TALENCE Cedex, en vue d'obtenir l'autorisation de pratiquer l'activité de soins de diagnostic prénatal par la mise en œuvre des analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels, au sein du Groupe Hospitalier Sud – Site du Haut-Lévêque – Avenue de Magellan – 33604 PESSAC,

VU l'avis de l'Agence de la Biomédecine exprimé par courrier en date du 10 décembre 2007,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 11 janvier 2008,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation visée aux articles L. 2131-1 et R. 2131-5-5, L. 6122-1 et R. 6122-25 du Code de la Santé Publique est **accordée** au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 12 rue Dubernat – 33404 – TALENCE Cedex, en vue d'exercer l'activité de soins de diagnostic prénatal par la mise en œuvre :

- des analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels,
- au sein du Groupe Hospitalier Sud – Site du Haut-Lévêque – Avenue de Magellan – 33604 PESSAC.

sous réserve que soit présentée la déclaration CNIL lors de la visite de conformité.

N° FINESS de l'entité juridique : 33 078 119 6

N° FINESS de l'établissement : 33 078 364 8

ARTICLE 2 - L'autorisation visée à l'article 1^{er} est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans. Cette autorisation est également réputée caduque pour la partie de l'activité, de la structure ou de l'équipement dont la réalisation, la mise en œuvre ou l'implantation n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

ARTICLE 3 - Cette autorisation vaut de plein droit autorisation de fonctionner, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité prévue à l'article L. 6122-4 du code de la santé publique et réalisée dans les conditions prévues à l'article D. 6122-37 du code de la santé publique.

ARTICLE 4 - La durée de validité de l'autorisation mentionnée à l'article 1^{er} est de 5 ans à compter du jour où est constaté le résultat positif de la visite de conformité.

ARTICLE 5 - Conformément à l'article R. 2131-5-1 – 7° alinéa, le titulaire de l'autorisation est tenu de déclarer à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente et à l'agence de la biomédecine le nom des praticiens agréés préalablement à la mise en œuvre de l'autorisation, ainsi que le nom de tout nouveau praticien agréé préalablement à sa prise de fonction. Il est également tenu d'informer l'agence régionale de l'hospitalisation et l'agence de la biomédecine de la cessation d'activité de ces praticiens.

ARTICLE 6 - Le titulaire de cette autorisation est tenu de présenter à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'Agence de la biomédecine un rapport annuel d'activité prévu à l'article L. 2131-2 du code de la santé publique.

ARTICLE 7 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 8 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES
D'AQUITAINE

Service Offre de Soins

Décision du 12.02.2008

**RENOUVELLEMENT D'AUTORISATION DÉLIVRÉ DANS LE CADRE DES
ARTICLES L. 2131-1, R. 2131-5-5, L. 6122-9 ET L. 6122-10 DU CODE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE À LA SELAFA BIOFFICE À BORDEAUX :**
**ACTIVITÉ DE SOINS "DIAGNOSTIC PRÉNATAL" AU SEIN DU
LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE - 17 ALLÉES
DETOURNY À BORDEAUX (33)**

LA COMMISSION EXECUTIVE
DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

VU le Code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-1 à L. 2131-5, R. 2131-1 à R. 2131-9, L.6121-1 à L.6122-21, R.6122-23 à R.6122-44,

VU le décret 2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal et au diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro et modifiant le Code de la santé publique,

VU l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU les arrêtés de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 mars 2007 et du 25 avril 2007 modifiant le Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 et son annexe,

VU la décision ministérielle en date du 22 décembre 2000 accordant au Laboratoire Ruffié sis 17 allée de Tourny – 33000 – BORDEAUX le renouvellement d'autorisation pour la poursuite de la pratique des analyses de génétique moléculaire, de cytogénétique, de biologie fœtale et de biochimie portant sur les marqueurs sériques d'origine embryonnaire ou fœtale dans le sang maternel en vue d'établir un diagnostic prénatal in utero,

VU la demande déclarée complète le 31 août 2007, présentée par SELAFA BIOFFICE 17, allées de Tourny – 33080 – BORDEAUX, en vue d'obtenir le renouvellement d'autorisation afin de poursuivre l'exercice de l'activité de soins de diagnostic prénatal par la pratique : des analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire et les analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels, sur le site du Laboratoire d'analyses de biologie médicale 17, allées de Tourny – 33080 - BORDEAUX,

VU l'avis de l'Agence de la Biomédecine exprimé par courrier en date du 6 décembre 2007,

VU l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire en sa séance du 11 janvier 2008,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Le renouvellement d'autorisation visé aux articles L. 2131-1 et R. 2131-5-5, L. 6122-9 et L. 6122-10 du Code de la Santé Publique est **accordé** à SELAFA BIOFFICE 17, allées de Tourny – 33080 – BORDEAUX, en vue de poursuivre :

- des analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire,

➤ des analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels
- au sein du Laboratoire d'analyses de biologie médicale – 17, allées de Tourny – 33080 BORDEAUX.

N° FINESS de l'entité juridique : 33 000 672 7

N° FINESS de l'établissement : 33 079 548 5

ARTICLE 2 - La durée de validité de ce renouvellement d'autorisation est de 5 ans à compter du 7 mai 2008.

ARTICLE 3 - Conformément à l'article R. 2131-5-1 – 7° alinéa, le titulaire de l'autorisation est tenu de déclarer à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente et à l'agence de la biomédecine le nom des praticiens agréés préalablement à la mise en œuvre de l'autorisation, ainsi que le nom de tout nouveau praticien agréé préalablement à sa prise de fonction. Il est également tenu d'informer l'agence régionale de l'hospitalisation et l'agence de la biomédecine de la cessation d'activité de ces praticiens.

ARTICLE 4 - Le titulaire de cette autorisation est tenu de présenter à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'Agence de la biomédecine un rapport annuel d'activité prévu à l'article L. 2131-2 du code de la santé publique.

ARTICLE 5 - Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé par tout intéressé devant le Ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale. Un recours contentieux peut être exercé dans un délai de deux mois devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 6 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

Service Offre de soins

Arrêté du 14.02.2008

BILAN QUANTIFIÉ DE L'OFFRE DE SOINS POUR LES ÉQUIPEMENTS LOURDS

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le Code de la Santé Publique et notamment les articles L 6122-1, L 6122-2, L 6122-9, L 6122-10 et R 6122-25 à R 6122-31,
- VU** l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 6 juin 2005 fixant le découpage de la région Aquitaine en territoires de santé,
- VU** l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Aquitaine,
- VU** l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 20 mars 2007 modifiant le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Aquitaine,
- VU** l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 28 juin 2007 portant fixation des périodes de dépôt des demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisations,

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER –

Le bilan quantifié de l'offre de soins pour les équipements matériels lourds suivants :

- caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons,
- appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique,
- scanographe à utilisation médicale,
- caisson hyperbare,

est établi conformément au tableau joint en annexe.

ARTICLE 2 –

Pour la période du **1^{er} mars 2008 au 30 avril 2008** :

1 – Pour les caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, une demande d'implantation nouvelle est recevable sur le territoire de santé des Landes :

- site de Mont de Marsan.

Toute demande d'autorisation d'appareils supplémentaires est recevable sur les sites existants :

- Polyclinique Francheville à Périgueux,
- Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux,
- Polyclinique Bordeaux-Nord à Bordeaux,
- Clinique Saint-Augustin à Bordeaux,
- Centre Hospitalier d'Agen,
- Centre Hospitalier de Pau,
- Centre Hospitalier de la Côte Basque à Bayonne.

2 – Pour les scanographes à utilisation médicale, est recevable la demande sur le territoire de santé suivant :

Territoire des Landes :

- site de Mont de Marsan (1)

3 – Pour les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique, est recevable la demande sur le territoire de santé suivant :

Territoire de Bordeaux-Libourne :

- site de la CUB (1) – 1 dédiée cardiologie

4 – Aucune demande d'installation de tomographe à émissions, de caméra à positons, de caisson hyperbare, n'est recevable durant cette période.

ARTICLE 3 –

Ce bilan fera l'objet d'une publication au Recueil des Actes Administratifs de la région Aquitaine et d'un affichage au siège de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales et des Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine jusqu'à la clôture de la période de réception des dossiers.

Fait à Bordeaux, le 14 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine,
Alain GARCIA

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS

IMPLANTATIONS EN AQUITAINE

TERRITOIRE DE RECOURS	Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons		Tomographe à émission de positons		IRM à utilisation clinique		Scanner à utilisation médicale		Caisson hyperbare	
	existant autorisé	prévisions SROS	existant autorisé	prévisions SROS	existant autorisé	prévisions SROS	existant autorisé	prévisions SROS	existant autorisé	prévisions SROS
PERIGORD		1 implantation				3 implantations		4 implantations		
	Polyclinique Francheville à Périgueux				CH de Périgueux Polyclinique Francheville à Périgueux Clinique Pasteur à Bergerac	Périgueux (2) Bergerac (1)	CH de Périgueux Polyclinique Francheville à Périgueux Bergerac (1) Sarlats (1) CH de Sarlat			
BORDEAUX-LIBOURNE		3 implantations		3 implantations CUB (a)		18 implantations		21 implantations		1 implantation
	CHU de Bordeaux Polyclinique Bordeaux Nord à Bordeaux Clinique Saint-Augustin à Bordeaux		CHU de Bordeaux Institut Bergonié à Bordeaux		*CHU de Bordeaux (dont 1 à vocation pédiatrique) *Clinique St-Martin à Pessac *Polyclinique Bordeaux Nord à Bordeaux *Clinique Mutualiste de Pessac Polyclinique Bordeaux-Tondu à Bordeaux Clinique du sport à Mérignac *Polyclinique J.Villar à Bruges *Institut Bergonié à Bordeaux *Polyclinique Bordeaux Rive Droite *CH de Libourne *GCS "IRM Bassin d'Arcachon" *CH de Langon <i>Pour mémoire, Hôpital Inter Armées 1 implantation</i>	dont 4 IRM dédiées : *1 dédiée pour la PEC des examens articulaires *1 dédiée pour la PEC <i>des obèses</i> *1 dédiée pédiatrie *1 dédiée cardiologie COBAS (1) Langon (1) Libourne (1)	*CHU de Bordeaux (dont 1 dédié à la cardiologie) *Institut Bergonié à Bordeaux *Polyclinique Bordeaux Nord à Bordeaux *Clinique Saint-Augustin à Bordeaux *Clinique Tivoli à Bordeaux *Polyclinique Bordeaux Rive Droite à Lormont *Clinique Mutualiste de Pessac *MSPB Bagatelle à Talence *Jean Villar à Bruges *CH de Langon *Clinique Mutualiste de Lesparre *CMC Wallerstein à Arès *CH de Blaye *CH de Libourne (2) *Clinique chirurgicale du Libournais à Libourne *CH d' Arcachon <i>Pour mémoire, Hôpital Inter Armées 1 implantation</i>	CHU de Bordeaux CUB (13) dont 1 scanner dédié à la cardiologie COBAS (1) Arès (1) Lesparre (1) Blaye (1) Langon (1) Libourne (3)		CHU de Bordeaux CUB
LANDES		1 implantation				2 implantations		5 implantations		
		Mont de Marsan			CH de Mont-de-Marsan CH de Dax	Mont-de-Marsan(1) Dax (1)	CH de Mont-de-Marsan CH de Dax Centre d'Imagerie des Landes Dax Polyclinique "Les Chênes" Aire/Adour	Mont-de-Marsan (2) Dax (2) Aire/Adour (1)		
LOT ET GARONNE		1 implantation				3 implantations		4 implantations		
	CH d' Agen				CH d' Agen - Clinique Esquirol - St-Hilaire CH de Villeneuve/lot CHIC Marmande-Tonneins	Agen (1) Villeneuve/lot (1) Marmande (1)	CH d' Agen CH de Villeneuve/lot CHIC Marmande-Tonneins Clinique Esquirol-St-Hilaire à Agen	Agen (2) Marmande(1) Villeneuve/Lot(1)		

<u>PAU</u>	- CH de Pau	1 implantation			CH de Pau SCM Scanner du Béarn à Pau Polyclinique de Navarre à Pau	3 implantations : Pau (3)	CH de Pau Clinique Marzet à Pau CH d'Orthez CH d'Oloron Ste-Marie Clinique d'Aressy	6 implantations Pau (3) Oloron (1) Orthez (1) Aressy (1)
<u>BAYONNE</u>	- CHICB Bayonne	1 implantation Bayonne	CHICB Bayonne	1 implantation Bayonne	CHIC Bayonne Centre d'Imagerie du Pays Basque à Bayonne GIE "IRM Imaïa Banatua" à Bayonne	3 implantations : Bayonne (3)	CHIC Bayonne Centre de diagnostic à Bayonne Clinique Sokorri à Saint-Palais Polyclinique Côte Basque Sud à Saint-Jean-de-Luz	5 implantations Bayonne (3) Saint-Palais (1) Saint-Jean-de-Luz ou Biarritz (1)

Source : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006 - 2011 / Annexes Territoriales.

(a) : la troisième implantation pourra être autorisée à l'issue de la mise en oeuvre des autorisations en cours au plan régional



Arrêté du 14.02.2008

**BILAN QUANTIFIÉ DE L'OFFRE DE SOINS POUR LES ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS
IMAGERIE MÉDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le Code de la Santé Publique et notamment les articles L 6122-1, L 6122-2, L 6122-9, L 6122-10 et R 6122-25 à R 6122-31,
- VU** l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 6 juin 2005 fixant le découpage de la région Aquitaine en territoires de santé,
- VU** l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 31 mars 2006 fixant le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Aquitaine,
- VU** l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 20 mars 2007 modifiant le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Aquitaine,
- VU** l'arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 28 juin 2007 portant fixation des périodes de dépôt des demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation,

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER -

Le bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie est établi conformément au tableau joint en annexe.

ARTICLE 2 -

Pour la période du **1^{er} mars 2008 au 30 avril 2008** :

1) Centres de stimulation cardiaque classique

sont recevables les demandes d'autorisation de création sur les territoires de santé suivants :

- Territoire de Bordeaux-Libourne : site de Libourne, COBAS
- Territoire du Lot-et-Garonne : site de Villeneuve-sur-Lot.

2) Centres hautement spécialisés pour la rythmologie

- aucune demande n'est recevable durant cette période.

3) Pratique de l'angioplastie coronarienne transluminale

- aucune demande n'est recevable durant cette période.

ARTICLE 3 -

Ce bilan fera l'objet d'une publication au Recueil des Actes Administratifs de la région Aquitaine et d'un affichage au siège de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales et des Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine jusqu'à la clôture de la période de réception des dossiers.

Fait à Bordeaux, le 14 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE

IMPLANTATIONS EN AQUITAINE

Territoires de santé	<i>Centres de stimulation cardiaque classique</i>		<i>Centres hautement spécialisés pour la rythmologie</i>		<i>Angioplastie coronarienne transluminale</i>	
	existant autorisé	prévisions SROS	existant autorisé	prévisions SROS	existant autorisé	prévisions SROS
<u>TERRITOIRE DU PERIGORD</u>	<p>Polyclinique Francheville à Périgueux</p> <p>CH de Périgueux</p> <p>CH de Bergerac</p>	<p>2 implantations :</p> <p>Périgueux (1)</p> <p>Bergerac (1)</p>			<p>CH de Périgueux</p>	<p>1 implantation :</p> <p>Périgueux</p>
<u>TERRITOIRE DE BORDEAUX-LIBOURNE</u>	<p>CHU de Bordeaux</p> <p>Clinique Saint-Augustin à Bordeaux</p> <p>Polyclinique Bordeaux-Caudéran à Bordeaux</p> <p>Clinique St-Martin à Pessac</p> <p>Polyclinique Bordeaux-Nord à Bordeaux</p> <p>MSPB Bagatelle à Talence</p>	<p>8 implantations :</p> <p>CUB (6)</p> <p>Libourne (1)</p> <p>COBAS (1)</p>	<p>CHU de Bordeaux</p> <p>Clinique Saint-Augustin à Bordeaux</p>	<p>2 implantations :</p> <p>CUB</p>	<p>CHU de Bordeaux</p> <p>Polyclinique Bordeaux-Caudéran à Bordeaux</p> <p>Clinique Saint-Augustin à Bordeaux</p> <p>Clinique Saint-Martin à Pessac</p> <p>CH de Libourne</p>	<p>5 implantations :</p> <p>CUB (4)</p> <p>Libourne (1)</p>
<u>TERRITOIRE DES LANDES</u>	<p>CH de Mont de Marsan</p> <p>Polyclinique "Les Chênes" à Aire-sur-l'Adour</p> <p>CH de Dax</p>	<p>3 implantations :</p> <p>Dax (1)</p> <p>Mont de Marsan (1)</p> <p>Aire-sur-l'Adour (1)</p>			<p>CH de Mont-de-Marsan</p>	<p>1 implantation :</p> <p>Mont de Marsan</p>
<u>TERRITOIRE DU LOT ET GARONNE</u>	<p>Clinique Esquirol-Saint-Hilaire à Agen</p> <p>CHIC Marmande-Tonneins</p>	<p>2 ou 3 implantations :</p> <p>Agen (1)</p> <p>Villeneuve-sur-Lot (1)</p> <p>Marmande (1 ou 0)</p>			<p>Clinique Esquirol-Saint-Hilaire à Agen</p>	<p>1 implantation :</p> <p>Agen</p>
<u>TERRITOIRE DE PAU</u>	<p>Clinique cardiologique d'Aressy</p> <p>CH de Pau</p> <p>CH d'Oloron-Sainte-Marie</p>	<p>3 implantations :</p> <p>Pau (1)</p> <p>Oloron-Sainte-Marie (1)</p> <p>Aressy (1)</p>	<p>Clinique cardiologique d'Aressy</p> <p>CH de Pau</p>	<p>2 implantations :</p> <p>Pau (1)</p> <p>Aressy (1)</p>	<p>Clinique cardiologique d'Aressy</p> <p>CH de Pau</p>	<p>2 implantations :</p> <p>Pau (1)</p> <p>Aressy (1)</p>
<u>TERRITOIRE DE BAYONNE</u>	<p>GCS "Centre de cardiologie du Pays Basque" à Bayonne</p> <p>Polyclinique Sokorri à St-Palais</p> <p>Polyclinique Côte Basque Sud à Saint-Jean-de-Luz</p>	<p>3 implantations :</p> <p>Bayonne (1)</p> <p>Saint-Palais (1)</p> <p>Saint-Jean-de-Luz (1)</p>	<p>CHICB Bayonne</p>	<p>1 implantation :</p> <p>Bayonne (1)</p>	<p>GCS "Centre de cardiologie du Pays Basque" à Bayonne (site : hôpital Saint-Léon)</p>	<p>1 implantation :</p> <p>Bayonne</p>

Source : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006 - 2011 / Annexes Territoriales.



**MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ AU CENTRE
HOSPITALIER DE BAZAS (N° FINESS 330781212) AU TITRE DE
L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 11 février 2008, par le centre hospitalier de Bazas.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **89 097,81 €** soit :

. **89 097,81 €** au titre de la part tarifée à l'activité.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier de Bazas et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 14 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement**HOPITAL DE BAZAS (330781212)****Année 2007 - Période M12 : Année entière****Cet exercice est validé par la région****Date de validation par l'établissement : lundi 11/02/2008, 14:06****Date de validation par la région : mardi 12/02/2008, 10:38****Date de récupération : mardi 12/02/2008, 10:39**

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	743 510,61	831 823,10	88 312,49
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	0,00	0,00	0,00
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	0,00	0,00	0,00
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	9 301,58	10 086,90	785,32
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	0,00	0,00	0,00
1 Prestations d'hospitalisation	Total	752 812,18	841 910,00	89 097,81
2 Médicaments	Total	0,00	0,00	0,00
3 DMI	Total	0,00	0,00	0,00
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
4 Report activité 2006	Annule/remplace	0,00	0,00	0,00
	Total	0,00	0,00	0,00
TOTAL				89 097,81



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

Arrêté du 14.02.2008

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

***MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ AU
CENTRE HOSPITALIER DE BLAYE (N° FINESS 330781220) AU TITRE
DE L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007***

Service Offre de soins

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 4 février 2008, par le centre hospitalier de Blaye.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **804 224,45 €** soit :

- . **784 530,60 €** au titre de la part tarifée à l'activité,
- . **17 863,86 €** au titre des spécialités pharmaceutiques,
- . **1 829,99 €** au titre des produits et prestations.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier de Blaye et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 14 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement

C. H. SAINT NICOLAS DE BLAYE (330781220)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : lundi 04/02/2008, 09:51

Date de validation par la région : mardi 12/02/2008, 08:51

Date de récupération : mardi 12/02/2008, 08:51

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	6 535 735,11	7 253 503,56	717 768,45
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	110 511,51	119 708,89	9 197,38
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	10 261,06	11 459,32	1 198,25
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	525 622,66	581 418,12	55 795,46
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	5 788,05	6 359,10	571,05
1 Prestations d'hospitalisation	Total	7 187 918,39	7 972 448,98	784 530,60
2 Médicaments	Total	220 188,15	238 052,01	17 863,86
3 DMI	Total	119 354,08	121 184,06	1 829,99
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Report activité	0,00	0,00	0,00
4 2006	Total	0,00	0,00	0,00
TOTAL				804 224,45



*MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ À LA
CLINIQUE MUTUALISTE DU MÉDOC (N° FINESS 330780495) AU TITRE
DE L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 30 janvier 2008, par la clinique mutualiste du Médoc.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **601 435,39 €** soit :

- . **592 660,96 €** au titre de la part tarifée à l'activité,
- . **619,60 €** au titre des spécialités pharmaceutiques,
- . **8 154,83 €** au titre des produits et prestations.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié à la clinique mutualiste du Médoc et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 14 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement**CLINIQUE MUTUALISTE DU MEDOC (330780495)**

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : mercredi 30/01/2008, 15:08

Date de validation par la région : lundi 11/02/2008, 16:26

Date de récupération : lundi 11/02/2008, 16:33

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	6 222 000,64	6 781 759,21	559 758,56
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	128 849,40	138 166,52	9 317,12
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	13 693,66	14 745,21	1 051,55
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	329 381,68	351 915,41	22 533,73
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	0,00	0,00	0,00
1 Prestations d'hospitalisation	Total	6 693 925,39	7 286 586,34	592 660,96
2 Médicaments	Total	15 614,30	16 233,90	619,60
3 DMI	Total	228 506,53	236 661,36	8 154,83
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Report activité	0,00	0,00	0,00
4 2006	Total	0,00	0,00	0,00
			TOTAL	601 435,39



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

Service Offre de soins

Arrêté du 14.02.2008

*MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ À LA
CLINIQUE MUTUALISTE DE PESSAC (N° FINESS 330780529) AU TITRE
DE L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 31 janvier 2008, par la clinique mutualiste de Pessac.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **1 174 949,52 €** soit :

- . 1 102 054,00 € au titre de la part tarifée à l'activité,
- . 18 192,27 € au titre des spécialités pharmaceutiques,
- . 54 703,25 € au titre des produits et prestations.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié à la clinique mutualiste de Pessac et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 14 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement

CLINIQUE MUTUALISTE(330780529)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : jeudi 31/01/2008, 17:36

Date de validation par la région : lundi 11/02/2008, 16:38

Date de récupération : lundi 11/02/2008, 16:38

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	10 125 149,75	11 188 458,66	1 063 308,92
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	92 102,76	108 254,06	16 151,30
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	0,00	0,00	0,00
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	272 457,36	295 032,35	22 574,99
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	1 431,15	1 449,95	18,80
1 Prestations d'hospitalisation	Total	10 491 141,01	11 593 195,02	1 102 054,00
2 Médicaments	Total	255 114,99	273 307,26	18 192,27
3 DMI	Total	1 091 504,14	1 146 207,39	54 703,25
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Report activité	0,00	0,00	0,00
4 2006	Total	0,00	0,00	0,00
TOTAL				1 174 949,52



**MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ AU
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE FOY LA GRANDE (N° FINESS
330781261) AU TITRE DE L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE
DÉCEMBRE 2007**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 30 janvier 2008, par le centre hospitalier de Sainte Foy la Grande.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **238 489,42 €** soit :

- . **238 394,77 €** au titre de la part tarifée à l'activité,
- . **94,65 €** au titre des spécialités pharmaceutiques.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier de Sainte Foy la Grande et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 14 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement**C.H STE FOY LA GRANDE (330781261)****Année 2007 - Période M12 : Année entière****Cet exercice est validé par la région****Date de validation par l'établissement : mercredi 30/01/2008, 11:30****Date de validation par la région : mardi 12/02/2008, 09:22****Date de récupération : mardi 12/02/2008, 09:23**

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	2 343 686,29	2 567 038,72	223 352,43
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	0,00	0,00	0,00
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	0,00	0,00	0,00
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	215 868,58	230 720,57	14 852,00
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	958,80	1 149,15	190,35
1 Prestations d'hospitalisation	Total	2 560 513,67	2 798 908,44	238 394,77
2 Médicaments	Total	21 971,31	22 065,95	94,65
3 DMI	Total	0,00	0,00	0,00
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Report activité	0,00	0,00	0,00
4 2006	Total	0,00	0,00	0,00
TOTAL				238 489,42



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

Service Offre de soins

Arrêté du 18.02.2008

***MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ AU CMC
WALLERSTEIN (N° FINESS 330780537) AU TITRE DE L'ACTIVITÉ
DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois décembre 2007, le 8 février 2008, par le CMC Wallerstein.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **926 222,61 €** soit :

- . **885 397,82 €** au titre de la part tarifée à l'activité,
- . **458,16 €** au titre des spécialités pharmaceutiques,
- . **40 366,63 €** au titre des produits et prestations.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié au CMC Wallerstein et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 18 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement

CLINIQUE WALLERSTEIN (330780537)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : vendredi 08/02/2008, 15:10

Date de validation par la région : jeudi 14/02/2008, 14:21

Date de récupération : jeudi 14/02/2008, 14:21

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	7 592 410,97	8 455 530,74	863 119,77
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	130 514,34	138 922,30	8 407,96
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	0,00	0,00	0,00
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	70 562,12	84 432,21	13 870,09
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	0,00	0,00	0,00
1 Prestations d'hospitalisation	Total	7 793 487,42	8 678 885,24	885 397,82
2 Médicaments	Total	7 019,48	7 477,64	458,16
3 DMI	Total	550 990,68	591 357,31	40 366,63
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Annule/remplace	0,00	0,00	0,00
4 Report activité 2006	Total	0,00	0,00	0,00
			TOTAL	926 222,61



**MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ AU CENTRE
HOSPITALIER DE LA RÉOLE (N° FINESS 330781246) AU TITRE DE
L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 9 février 2008, par le centre hospitalier de La Réole.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **203 774,49 €** soit :

- . **202 142,50 €** au titre de la part tarifée à l'activité,
- . **1 631,99 €** au titre des spécialités pharmaceutiques.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier de La Réole et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 18 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement**C.H. LA REOLE (330781246)****Année 2007 - Période M12 : Année entière****Cet exercice est validé par la région****Date de validation par l'établissement : samedi 09/02/2008, 09:39****Date de validation par la région : jeudi 14/02/2008, 14:31****Date de récupération : jeudi 14/02/2008, 14:32**

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	1 794 381,89	1 982 803,31	188 421,41
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	0,00	0,00	0,00
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	730,91	730,97	0,07
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	147 293,00	161 014,02	13 721,02
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	56,40	56,40	0,00
1 Prestations d'hospitalisation	Total	1 942 462,19	2 144 604,69	202 142,50
2 Médicaments	Total	4 095,03	5 727,02	1 631,99
3 DMI	Total	0,00	0,00	0,00
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Report activité	0,00	0,00	0,00
4 2006	Total	0,00	0,00	0,00
TOTAL				203 774,49



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

Arrêté du 18.02.2008

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

**MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ À L'HÔPITAL
SUBURBAIN DU BOUSCAT (N° FINESS 330000332) AU TITRE DE
L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007**

Service Offre de soins

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** les relevés d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, les 7 et 8 février 2008, par l'hôpital suburbain du Bouscat,

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **703 231,55 €** soit :

- . 672 413,25 € au titre de la part tarifée à l'activité,
- . 30 818,30 € au titre des spécialités pharmaceutiques.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié à l'hôpital suburbain du Bouscat et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 18 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement

HOPITAL SUBURBAIN (33000332)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : vendredi 08/02/2008, 09:49

Date de validation par la région : jeudi 14/02/2008, 13:52

Date de récupération : jeudi 14/02/2008, 13:52

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	3 738 111,89	4 208 129,78	470 017,89
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	0,00	0,00	0,00
	FFM	1 592,63	1 699,55	106,92
	IVG	0,00	0,00	0,00
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	140 368,60	152 806,20	12 437,60
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	3 727,10	4 220,60	493,50
1	Prestations d'hospitalisation Total	3 883 800,22	4 366 856,12	483 055,90
2	Médicaments Total	245 349,53	275 892,15	30 542,63
3	DMI Total	29 255,70	29 255,70	0,00
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Report activité Annule/remplace	0,00	0,00	0,00
4	2006 Total	0,00	0,00	0,00
TOTAL MCO				513 598,53
Activité HAD				189 357,35
Médicaments HAD				275,67
TOTAL				703 231,55

MAT2A HAD DGF : Eléments de l'arrêté de versement
HOPITAL SUBURBAIN(330000332)
Année 2007 - Période M12 : Année entière
Cet exercice est validé par la région
Date de validation par l'établissement : jeudi 07/02/2008, 16:04
Date de validation par la région : jeudi 14/02/2008, 13:56
Date de récupération : jeudi 14/02/2008, 13:57

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	Valorisation brute RAPSS	1 650 265,11	1 842 233,23	191 968,12
	Valorisation corrigée des RAPSS	1 650 265,11	1 842 233,23	191 968,12
	Valorisation T2A des RAPSS	1 650 265,11	1 842 233,23	191 968,12
1 Traitement ANO-RAPSS	Valorisation AM des RAPSS	1 627 821,50	1 817 178,86	189 357,35
	Dépenses brutes de molécules onéreuses	23 276,76	23 552,43	275,67
	Dépenses autorisées de molécules onéreuses	23 544,26	23 819,93	275,67
2 Traitement des molécules onéreuses	Valorisation des dépenses de molécules onéreuses	23 401,32	23 676,99	275,67
TOTAL				189 633,02



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

Service Offre de soins

Arrêté du 18.02.2008

***MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ AU CENTRE
HOSPITALIER D'ARCACHON (N° FINESS 330781204) AU TITRE DE
L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;

VU l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,

VU le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 11 février 2008, par le centre hospitalier d'Arcachon.

A R R Ê T E

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **1 148 686,12 €** soit :

- . **1 088 847,87 €** au titre de la part tarifée à l'activité,
- . **21 189,67 €** au titre des spécialités pharmaceutiques,
- . **38 648,58 €** au titre des produits et prestations.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier d'Arcachon et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 18 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement

CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON (330781204)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : lundi 11/02/2008, 10:49

Date de validation par la région : jeudi 14/02/2008, 14:27

Date de récupération : jeudi 14/02/2008, 14:27

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	10 510 708,79	11 504 398,78	993 689,99
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	190 499,21	204 250,26	13 751,05
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	34 000,49	37 998,08	3 997,59
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	956 949,99	1 034 051,38	77 101,39
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	1 727,25	2 035,10	307,85
1 Prestations d'hospitalisation	Total	11 693 885,73	12 782 733,60	1 088 847,87
2 Médicaments	Total	83 261,27	104 450,94	21 189,67
3 DMI	Total	285 701,67	324 350,25	38 648,58
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Report activité	0,00	0,00	0,00
4 2006	Total	0,00	0,00	0,00
TOTAL				1 148 686,12



**MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ À LA MSP
BAGATELLE (N° FINESS 330000340) AU TITRE DE L'ACTIVITÉ
DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** les relevés d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, les 11 et 12 février 2008, par la MSP Bagatelle.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée **2 489 752,65 €** soit :

- . **2 290 841,86 €** au titre de la part tarifée à l'activité,
- . **128 774,02 €** au titre des spécialités pharmaceutiques,
- . **70 136,77 €** au titre des produits et prestations.

ARTICLE 2 – Le présent arrêté est notifié à la MSP Bagatelle et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 18 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement

M.S.P.B. BAGATELLE (330000340)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : mardi 12/02/2008, 16:24

Date de validation par la région : jeudi 14/02/2008, 14:13

Date de récupération : jeudi 14/02/2008, 14:13

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	14 119 373,29	15 446 182,38	1 326 809,08
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	0,00	0,00	0,00
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	42 559,77	46 166,84	3 607,08
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	393 191,65	435 477,70	42 286,05
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	14 656,95	16 405,35	1 748,40
1 Prestations d'hospitalisation	Total	14 569 781,65	15 944 232,26	1 374 450,61
2 Médicaments	Total	1 496 704,71	1 618 817,74	122 113,03
3 DMI	Total	983 990,75	1 054 127,52	70 136,77
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
Report activité 4 2006	Annule/remplace	0,00	0,00	0,00
	Total	0,00	0,00	0,00

TOTAL MCO	1 566 700,41
Activité HAD	916 391,25
Médicaments HAD	6 660,99
TOTAL	2 489 752,65

MAT2A HAD DGF : Eléments de l'arrêté de versement

M.S.P.B. BAGATELLE (330000340)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : lundi 11/02/2008, 11:15

Date de validation par la région : jeudi 14/02/2008, 14:11

Date de récupération : jeudi 14/02/2008, 14:11

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	Valorisation brute RAPSS	8 195 149,53	9 118 044,98	922 895,45
	Valorisation corrigée des RAPSS	8 195 149,53	9 118 044,98	922 895,45
	Valorisation T2A des RAPSS	8 195 149,53	9 118 044,98	922 895,45
1 Traitement ANO-RAPSS	Valorisation AM des RAPSS	8 155 846,86	9 072 238,11	916 391,25
	Dépenses brutes de molécules onéreuses	89 132,37	95 572,81	6 440,44
	Dépenses autorisées de molécules onéreuses	90 651,02	97 532,56	6 881,54
Traitement des molécules onéreuses 2	Valorisation des dépenses de molécules onéreuses	89 891,46	96 552,45	6 660,99
TOTAL				923 052,24



***MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ AU CLCC
INSTITUT BERGONIÉ (N° FINESS 330000662) AU TITRE DE
L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007***

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 14 février 2008, par le CLCC Bergonié.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **2 519 148,03 €** soit :

- . **1 705 731,89 €** au titre de la part tarifée à l'activité,
- . **801 987,03 €** au titre des spécialités pharmaceutiques,
- . **11 429,11 €** au titre des produits et prestations.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié au CLCC Bergonié et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 18 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement**Institut BERGONIE (330000662)****Année 2007 - Période M12 : Année entière****Cet exercice est validé par la région****Date de validation par l'établissement : jeudi 14/02/2008, 10:15****Date de validation par la région : jeudi 14/02/2008, 16:35****Date de récupération : jeudi 14/02/2008, 16:35**

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	15 636 769,36	17 316 065,50	1 679 296,14
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	0,00	0,00	0,00
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	0,00	0,00	0,00
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	1 318 144,68	1 344 580,43	26 435,75
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	199,75	199,75	0,00
1	Prestations d'hospitalisation Total	16 955 113,79	18 660 845,68	1 705 731,89
2	Médicaments Total	9 234 739,27	10 036 726,30	801 987,03
3	DMI Total	337 337,38	348 766,49	11 429,11
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Report activité Annule/remplace	0,00	0,00	0,00
4	2006 Total	0,00	0,00	0,00
			TOTAL	2 519 148,03



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE DES
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES D'AQUITAINE

Service Offre de Soins

Arrêté du 19.02.2008

***RENOUVELLEMENT IMPLICITE D'AUTORISATION D'ACTIVITE DE SOINS DE CHIRURGIE EXERCÉE
SOUS FORME AMBULATOIRE ACCORDÉ AU CENTRE HOSPITALIER DE MONT-DE-MARSAN***

LA COMMISSION EXÉCUTIVE DE L'AGENCE RÉGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6122-10, R. 6122-41,

ARRETE

ARTICLE PREMIER - L'autorisation de renouvellement tacite pour l'exercice de l'activité de soins de chirurgie exercée sous forme ambulatoire est accordée à l'établissement suivant :

Par application des dispositions de l'article L6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation accordée le 17 décembre 2002, au **Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan**, pour l'exercice de l'activité de soins de chirurgie ambulatoire, est tacitement renouvelée en date du 18 février 2008.

Ce renouvellement prendra effet à partir du 8 mars 2009 pour une durée de cinq ans.

ARTICLE 2 - Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales des Landes, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 19 Février 2008.

Le Président,
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation
Alain GARCIA



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

Service Offre de soins

Arrêté du 19.02.2008

**MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ AU CENTRE
HOSPITALIER DE LIBOURNE (N° FINESS 330781253) AU TITRE DE
L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 18 février 2008, par le centre hospitalier de Libourne.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **5 275 453,68 €** soit :

- . **4 585 592,46 €** au titre de la part tarifée à l'activité,
- . **511 588,67 €** au titre des spécialités pharmaceutiques,
- . **178 272,55 €** au titre des produits et prestations.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier de Libourne et à la Mutualité Sociale Agricole de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 19 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement

CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE (330781253)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : lundi 18/02/2008, 12:22

Date de validation par la région : mardi 19/02/2008, 10:03

Date de récupération : mardi 19/02/2008, 10:05

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	41 881 951,90	46 120 407,20	4 238 455,30
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	410 707,47	447 446,95	36 739,48
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	53 739,33	58 386,62	4 647,29
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	2 951 867,92	3 254 502,20	302 634,29
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	29 830,90	32 947,00	3 116,10
1 Prestations d'hospitalisation	Total	45 328 097,51	49 913 689,97	4 585 592,46
2 Médicaments	Total	5 558 391,97	6 069 980,64	511 588,67
3 DMI	Total	2 000 412,46	2 178 685,00	178 272,55
	Nouvelles factures	0,00	22 042,51	22 042,51
	Report activité	0,00	16 475,24	16 475,24
4 2006	Total	0,00	38 517,76	38 517,76
TOTAL				5 275 453,68



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

Service Offre de soins

Arrêté du 21.02.2008

**MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ AU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX (N° FINISS
330781196) AU TITRE DE L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE
DÉCEMBRE 2007**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** le relevé d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, le 20 février 2008, par le centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

A R R Ê T E

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **40 665 921,73 €** soit :

- . 36 939 922,89 € au titre de la part tarifée à l'activité,
- . 2 623 867,91 € au titre des spécialités pharmaceutiques,
- . 1 102 130,93 € au titre des produits et prestations.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier universitaire de Bordeaux et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 21 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement

C.H.U. DE BORDEAUX (330781196)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : mercredi 20/02/2008, 16:26

Date de validation par la région : jeudi 21/02/2008, 10:33

Date de récupération : jeudi 21/02/2008, 10:33

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	193 346 915,14	229 141 126,77	35 794 211,63
	Alternative à la dialyse en centre	71 910,35	75 774,74	3 864,39
	ATU	624 409,49	685 990,86	61 581,36
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	207 972,12	224 714,79	16 742,67
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	10 905 043,33	11 899 350,83	994 307,50
	Prélèvement d'organe	498 129,00	560 198,00	62 069,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	78 365,45	85 511,80	7 146,35
Prestations				
1 d'hospitalisation	Total	205 732 744,89	242 672 667,78	36 939 922,89
2 Médicaments	Total	24 348 686,83	26 972 554,74	2 623 867,91

3	DMI	Total	16 532 263,08	17 634 394,02	1 102 130,93
		Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
	Report activité	Annule/remplace	697 503,98	697 503,98	0,00
4	2006	Total	697 503,98	697 503,98	0,00
			TOTAL		40 665 921,73



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

Arrêté du 21.02.2008

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

**MONTANT DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE DÛ AU CENTRE
HOSPITALIER DE LANGON (N° FINESS 330781238) AU TITRE DE
L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE POUR LE MOIS DE DÉCEMBRE 2007**

Service Offre de soins

**LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE**

- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 ;
- VU** le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 5 mars 2006, modifié, fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- VU** l'arrêté du 30 mars 2007, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale,
- VU** les relevés d'activité transmis pour le mois de décembre 2007, les 14 et 20 février 2008, par le centre hospitalier de Langon.

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} – Conformément au tableau figurant en annexe du présent arrêté, la somme due par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée à **1 771 805,24 €** soit :

- . **1 706 701,49 €** au titre de la part tarifée à l'activité,
- . **26 244,73 €** au titre des spécialités pharmaceutiques,
- . **38 859,02 €** au titre des produits et prestations.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier de Langon et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde, pour exécution.

Fait à Bordeaux, le 21 février 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA

MAT2A STC MCO DGF : Eléments de l'arrêté de versement

CENTRE HOSPITALIER LANGON (330781238)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : jeudi 14/02/2008, 17:00

Date de validation par la région : mardi 19/02/2008, 16:39

Date de récupération : jeudi 21/02/2008, 11:11

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	GHS y compris suppléments hors prélèvement d'organes	9 110 172,18	10 132 959,98	1 022 787,80
	Alternative à la dialyse en centre	0,00	0,00	0,00
	ATU	214 020,84	233 218,00	19 197,16
	FFM	0,00	0,00	0,00
	IVG	19 251,14	20 884,65	1 633,51
	Actes et consultations externes y compris forfaits techniques	1 029 806,98	1 107 942,07	78 135,09
	Prélèvement d'organe	0,00	0,00	0,00
	Forfait sécurité et environnement hospitalier	3 362,85	4 018,50	655,65
1 Prestations d'hospitalisation	Total	10 376 613,98	11 499 023,20	1 122 409,22
2 Médicaments	Total	223 317,38	249 286,44	25 969,06
3 DMI	Total	174 641,44	213 500,46	38 859,02
	Nouvelles factures	0,00	0,00	0,00
Report activité 2006	Annule/remplace	0,00	0,00	0,00
4 2006	Total	0,00	0,00	0,00

TOTAL MCO	1 187 237,30
Activité HAD	584 292,27
Médicaments HAD	275,67
TOTAL	1 771 805,24

MAT2A HAD DGF : Eléments de l'arrêté de versement

CENTRE HOSPITALIER LANGON (330781238)

Année 2007 - Période M12 : Année entière

Cet exercice est validé par la région

Date de validation par l'établissement : mercredi 20/02/2008, 16:14

Date de validation par la région : jeudi 21/02/2008, 11:09

Date de récupération : jeudi 21/02/2008, 11:09

Traitement	Intitulé	Valorisation de la période précédente	Valorisation de cette période	Versement
	Valorisation brute RAPSS	1 147 584,80	1 702 856,25	555 271,45
	Valorisation corrigée des RAPSS	1 147 584,80	1 702 856,25	555 271,45
	Valorisation T2A des RAPSS	1 147 584,80	1 702 856,25	555 271,45
1 Traitement ANO-RAPSS	Valorisation AM des RAPSS	1 118 527,98	1 702 820,25	584 292,27
	Dépenses brutes de molécules onéreuses	1 929,69	2 205,36	275,67
	Dépenses autorisées de molécules onéreuses	1 929,69	2 205,36	275,67
2 Traitement des molécules onéreuses	Valorisation des dépenses de molécules onéreuses	1 929,69	2 205,36	275,67
			TOTAL	584 567,94



**ARRÊTÉ PRÉFECTORAL N°LR02 AUTORISANT UN LIEU DE
RECHERCHES BIOMÉDICALES**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** Le Code de la Santé Publique et notamment les articles L.1121-1 à L.1121-17 et R.1121-11 à R.1121-16,
- VU** la demande de Monsieur Jean-Pierre LEROY, Directeur de la Recherche Clinique et de l'Innovation - Direction Générale des Hôpitaux de Bordeaux - 12, rue Dubernat - 33404 Talence Cedex, adressée au Préfet de la région Aquitaine,
- VU** le rapport d'enquête du Pharmacien Inspecteur de la Santé Publique et du Médecin Inspecteur de Santé Publique, en date du 31 janvier 2008.
- VU** l'arrêté du 28 juin 2006 portant délégation de signature à Monsieur Jacques CARTIAUX, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Aquitaine,

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER -

L'autorisation mentionnée aux articles L.1121-13, R.1121-13 et R.1121-14 du code de la Santé publique est accordée, pour effectuer des recherches biomédicales au service d'oncologie médicale et de radiothérapie, placé sous la responsabilité du Professeur Jean-Philippe MAIRE. Ce centre est situé au rez-de-chaussée de l'hôpital Saint André, Unité 2 et Unité 8 - Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux - Groupe Hospitalier Saint André, sis 1, rue Jean Burguet – 33075 BORDEAUX Cedex

ARTICLE 2 - Cette autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans à compter de la date de notification pour les recherches biomédicales figurant dans le dossier transmis à l'appui de la demande.

ARTICLE 3 - Si aucune recherche n'est entreprise dans l'année suivant la délivrance de l'autorisation, cette dernière devient caduque, sauf motifs dûment justifiés. Toute modification ultérieure doit faire l'objet d'une nouvelle demande.

ARTICLE 4 - Le Secrétaire général pour les Affaires Régionales d'Aquitaine, le Directeur régional des Affaires sanitaires et sociales et le Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Gironde sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui fera l'objet d'une notification individuelle au titulaire et sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région.

Fait à Bordeaux, le 22 février 2008

LE PREFET,
Pour le Préfet,
Le Directeur Régional
Jacques CARTIAUX



**ACTE RÉGLEMENTAIRE AYANT POUR FINALITÉ DE FACILITER LES
FORMALITÉS D'EMBAUCHE DES EMPLOYEURS ET RELATIF À LA
DÉMATÉRIALISATION DES ATTESTATIONS DE SALAIRES ET DES
ATTESTATIONS DE REPRISE DE TRAVAIL POUR LES EMPLOYEURS
QUI LE SOUHAITENT**

**LE DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE CENTRALE
DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE**

- VU** la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux Libertés modifiée en dernier lieu par la loi N° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel,
- VU** l'arrêté du 17 mars 2000 (JO du 21 mars) portant approbation de la convention constitutive du Groupement d'Intérêt Public " Modernisations des Déclarations Sociales ".
- VU** les articles L 323-4, L 331-3, L 331-8, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du code de la Sécurité Sociale.
- VU** les avis n°759193 et 759193 M1 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en date du 2 janvier 2003 relatif à la simplification des démarches administratives des employeurs et à la télé déclaration sur net entreprises de la déclaration d'accidents du travail des salariés agricoles et transmission à la MSA concernée.
- VU** l'avis n°759193 M2 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en date du 5 octobre 2007 et rétroactif au 25 août 2007,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Les organismes de mutualité sociale agricole veulent poursuivre la simplification des démarches administratives auxquelles sont soumis les employeurs de main d'œuvre adhérents au régime agricole en ajoutant aux déclarations déjà dématérialisées, l'attestation de salaire (hors accident de travail) et l'attestation de reprise de travail.

Ce traitement automatisé d'informations à caractère personnel permet aux employeurs qui le souhaitent de saisir directement les données figurant sur ces attestations via Internet (net-entreprise.fr), de les imprimer, de les transmettre via Internet à leur MSA et le cas échéant de les modifier.

La durée de conservation de ces informations et d'accessibilité par l'employeur est de 27 mois.

ARTICLE 2 - Les informations concernées par ce traitement sont :

- L'identification de l'employeur (nom, prénom ou raison sociale, adresse, SIRET etc)
- L'identification du salarié (nom, prénom, adresse, date de naissance, NIR etc)
- Les éléments permettant l'étude du dossier de l'arrêt et des droits du salarié,
- Les éléments permettant le calcul des indemnités journalières dues au salarié (ou à l'employeur dans le cas d'une demande de subrogation).

ARTICLE 3 - Les destinataires de ces informations sont les caisses de Mutualité Sociale Agricole dont relève l'intéressé ainsi que les employeurs qui peuvent accéder à leurs déclarations dématérialisées.

ARTICLE 4 - Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant sur place ou par courrier, auprès des directeurs des organismes de mutualité sociale agricole dont relèvent les personnes concernées par le présent traitement.

Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

ARTICLE 5 - Le Directeur Général de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole et les Directeurs des organismes de Mutualité Sociale Agricole sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution de cet acte réglementaire qui sera affiché dans les locaux de chacune des caisses de Mutualité Sociale Agricole concernées et sur le site Internet de la MSA.

Fait à Bagnolet, le 21 novembre 2007

Le Directeur Général de la Caisse Centrale de
la Mutualité Sociale Agricole
Yves HUMEZ

« Le traitement automatisé de données à caractère personnel mis en œuvre par la MSA Gironde est conforme aux dispositions de la présente décision ci-dessus. Ce traitement est placé sous la responsabilité du Directeur de la caisse pour ce qui le concerne.

Le droit d'accès et de rectification des informations à caractère personnel contenues dans ce traitement est ouvert à toutes les personnes physiques concernées par le traitement. Il s'exerce auprès du Directeur de la Caisse ou de l'organisme de MSA. ».

Fait à Bordeaux, le 25 février 2008

Le Directeur de la MSA Gironde

Madeleine TALAVERA



MUTUALITE SOCIALE
AGRICOLE
CAISSE CENTRALE

Décision du 25.01.2008

***ACTE RÉGLEMENTAIRE RELATIF À UN TRAITEMENT DE DONNÉES À
CARACTÈRE PERSONNEL CONCERNANT LA CONSULTATION VIA
INTERNET DES DROITS DES ASSURÉS DU RÉGIME AGRICOLE À TITRE
EXPÉRIMENTAL PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS***

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE CENTRALE
DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

- VU** la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux Libertés modifiée en dernier lieu par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel,
- VU** l'article 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie,
- VU** l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité Sociale,
- VU** la délibération n° 91-002 bis du 8 janvier 1991 portant avis sur un modèle-type des Caisses centrales de Mutualité Sociale Agricole relatif à la consultation par voie télématique de la carte d'assuré sociale agricole,
- VU** le récépissé de déclaration de la Commission Nationale Informatique et Libertés sur le dossier numéro 250706 V1 en date du 05 mars 2007.
- VU** la décision du Correspondant Informatique et des Libertés sur le dossier n°CIL n°07-03 en date du 5 juillet 2007.

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Le présent traitement automatisé mis en œuvre au sein des Organismes de Mutualité Sociale Agricole a pour finalité de permettre aux établissements hospitaliers et aux professionnels de santé pratiquant le tiers-payant de consulter, par internet, des informations relatives à l'étendue des droits à l'assurance maladie du régime agricole des assurés sociaux. Cette action expérimentale s'étend sur une sélection de centres hospitaliers répartis sur toute la France.

ARTICLE 2 - Les informations à caractère personnel concernées par ce traitement sont :

- 1) des données d'identification de l'assuré
 - Nom
 - Prénom
 - Date et rang de naissance
 - NIR
 - Date des soins
- 2) des données administratives relatives aux droits en assurance maladie de l'assuré
 - droits aux prestations du bénéficiaire (durée des droits, volume)
 - référence de l'organisme d'appartenance
 - code gestion
 - existence d'une assurance accident (uniquement pour les exploitants agricoles)
 - existence d'une assurance complémentaire souscrite auprès de la MSA (droits ouverts ou non)
 - médecin traitant (oui ou non)

Ces données seront conservées durant la période d'appartenance de l'assuré au régime agricole. L'authentification des personnes habilitées est basée sur l'utilisation d'une carte de professionnel d'établissement (CPE) ou d'une carte de Professionnel de santé (CPS) munie d'un code d'accès personnel.

ARTICLE 3 - Les informations visées à l'article 2 sont destinées aux bureaux des entrées des établissements de soins ainsi qu'aux professionnels de santé habilités à pratiquer le système du tiers payant.

ARTICLE 4 - Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification des informations la concernant, en s'adressant auprès des directeurs des organismes de Mutualité Sociale Agricole dont relèvent les personnes concernées par le présent traitement. Toutefois, le droit d'opposition ne s'exerce pas.

ARTICLE 5 - Le Directeur Général de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole et les Directeurs des organismes de Mutualité Sociale Agricole sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Le Correspondant à la protection
des données à caractère personnel
Christian FER

Fait à Bagnole, le 25 janvier 2008
Le Directeur Général de la Caisse Centrale de
la Mutualité Sociale Agricole
Yves HUMEZ

« Le traitement automatisé de données à caractère personnel mis en œuvre par la MSA Gironde est conforme aux dispositions de la présente décision ci-dessus. Ce traitement est placé sous la responsabilité du Directeur de la caisse pour ce qui le concerne.

Le droit d'accès et de rectification des informations à caractère personnel contenues dans ce traitement est ouvert à toutes les personnes physiques concernées par le traitement. Il s'exerce auprès du Directeur de la Caisse ou de l'organisme de MSA. ».

Fait à Bordeaux, le 25 février 2008

Le Directeur de la MSA Gironde
Madeleine TALAVERA



MUTUALITE SOCIALE
AGRICOLE
CAISSE CENTRALE

Décision du 12.02.2008

***TRAITEMENT DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL
CONCERNANT LA TRANSMISSION DE DONNÉES ISSUES DE LA DUE
ET DU TESA À L'ANPE, À AGRICA ET À LA DIRECTION DES
ÉTUDES ET DES RÉPERTOIRES STATISTIQUES DE LA CCMSA***

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE CENTRALE
DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

- VU** la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,
- VU** l'article 1000-6 du code rural,
- VU** le décret n° 98-252 du 1^{er} avril 1998 relatif à la déclaration unique d'embauche,
- VU** l'arrêté du 1^{er} juillet 1998 fixant le modèle de formulaire « déclaration unique d'embauche » pour l'emploi de main d'œuvre visée à l'article 1144 du code rural,
- VU** l'article 38 de la loi n° 98-574 du 9 juillet 1999, instituant le titre emploi simplifié agricole,
- VU** l'article 1237 du code rural,
- VU** le décret n° 2000-217 du 7 mars 2000 pris pour l'application de l'article 1000-6 du code rural et relatif au titre emploi simplifié agricole,
- VU** l'ordonnance 2005-893 du 2 août 2005, Ordonnance relative au contrat de travail nouvelles embauches,
- VU** l'avis réputé favorable de la Commission Nationale Informatique et Libertés sur le dossier numéro 711005 en date du 20 août 2000,

DECIDE

ARTICLE PREMIER - Il est créé un traitement de données à caractère personnel au sein des organismes de Mutualité sociale Agricole qui a pour objet de transmettre à l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE), à l'Association de Gestion pour le compte des Régimes de Retraites Complémentaires des professions Agricoles (AGRICA) des données relatives à l'emploi (embauche, contrat de travail etc...) et à la Direction des Etudes et des Répertoires Statistiques (DERS) de la CCMSA des données relatives au Contrat Nouvelle Embauche (CNE).

Cette transmission de données permet à ces organismes de :

- assurer un suivi non nominatif de l'emploi agricole pour l'ANPE,
- simplifier les procédures administratives des employeurs en réalisant des opérations d'affiliation et de radiation des salariés et des entreprises sur la demande d'AGRICA,
- suivre les besoins statistiques liés à la mise en place du CNE pour la DERS.

La durée du traitement est subordonnée à la durée des conventions. Les données seront conservées pendant 6 mois.

ARTICLE 2 - Les informations concernées par ce traitement sont :

- données relatives à l'établissement employeur: n°SIRET, code NAF, code postal, n°département de la MSA, raison sociale, nombre total de salariés de l'entreprise ;
- données relatives à l'affiliation du salarié aux régimes complémentaires : affiliation à la CAMARCA retraite, affiliation à la CAMARCA décès, affiliation à la CAMARCA GIT, affiliation à la CPCEA, affiliation à la CCPMA, cotisation à la CRRCA ;
- données d'identification du salarié : n°invariant MSA, NIR, nom patronymique, nom d'usage, prénom, sexe, date de naissance, adresse, code commune INSEE de résidence, code postal ;
- données relatives à l'emploi : type de contrat, qualité du salarié, durée de CDD, temps partiel, date de radiation, catégorie d'emploi, type de contrat particulier (CNE).

ARTICLE 3 - Les destinataires des données visées à l'article 2 sont :

L'ANPE, AGRICA et la Direction des études et des répertoires (DERS) de la CCMSA.

ARTICLE 4 - Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant auprès des directeurs des organismes de Mutualité Sociale Agricole dont relèvent les personnes concernées par le présent traitement.

Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

ARTICLE 5 - Le Directeur Général de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole et les Directeurs des organismes de Mutualité Sociale Agricole sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Le Correspondant à la protection
des données à caractère personnel
Christian FER

Fait à Bagnole, le **12 février 2008**
Le Directeur Général de la Caisse Centrale de
la Mutualité Sociale Agricole
Yves HUMEZ

« Le traitement automatisé de données à caractère personnel mis en œuvre par la MSA Gironde est conforme aux dispositions de la présente décision ci-dessus. Ce traitement est placé sous la responsabilité du Directeur de la caisse pour ce qui le concerne.

Le droit d'accès et de rectification des informations à caractère personnel contenues dans ce traitement est ouvert à toutes les personnes physiques concernées par le traitement. Il s'exerce auprès du Directeur de la Caisse ou de l'organisme de MSA. »

Fait à Bordeaux, le 28 février 2008

Le Directeur de la MSA Gironde
Madeleine TALAVERA



**DÉFINITION DES CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ APPLIQUÉES EN AQUITAINE
DANS LE TRAITEMENT DES DOSSIERS DE DEMANDE DE SUBVENTION AU
TITRE DU PLAN VÉGÉTAL POUR L'ENVIRONNEMENT POUR L'ANNÉE 2008**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** le règlement (CE) n° 1698/2005 du Conseil du 20 septembre 2005 concernant le soutien au développement rural par le Fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER),
- VU** le règlement (CE) n° 1974/2006 de la commission du 15 décembre 2006 portant modalités d'application du règlement n°1698/2005 du Conseil concernant le soutien au développement rural par le Fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER),
- VU** le Plan de Développement Rural Hexagonal, approuvé par une décision de la commission européenne du 19 juillet 2007,
- VU** le décret n°99-1060 du 16 décembre 1999 relatif aux subventions de l'Etat pour des projets d'investissement et ses décrets d'application,
- VU** le décret n°2000-675 du 17 juillet 2000 pris en application de l'article 10 du décret 99-1060 du 16 décembre 1999 relatif aux subventions d'Etat pour des projets d'investissements,
- VU** Le décret relatif aux règles nationales d'éligibilité des dépenses des programmes de développement rural 2007/2013 (à paraître)
- VU** l'arrêté du 5 juin 2003 relatif aux pièces à produire à l'appui des demandes de subvention de l'Etat pour des projets d'investissements,
- VU** l'arrêté interministériel du 14 février 2008 relatif au plan végétal pour l'environnement
- VU** l'arrêté interministériel du 12 septembre 2006 relatif à la mise sur le marché et à l'utilisation des produits visés à l'article L.253-1 du code rural et notamment son article premier et son titre II,
- VU** l'arrêté préfectoral du 30 octobre 2006 définissant les conditions de priorités dans le traitement des dossiers de demande de subvention au titre du plan végétal pour l'environnement pour l'année 2006,
- VU** le document régional de développement rural validé le 11 décembre 2007
- Considérant** la nécessité d'appuyer des stratégies définies régionalement pour des pratiques agricoles respectueuses de l'environnement,
- Considérant** la qualité des eaux superficielles et souterraines de la Région, les travaux menés dans le cadre de la révision du Schéma Directeur d'Aménagement et de gestion des Eaux du bassin Adour-Garonne, les diagnostics établis par le groupe régional d'actions visant à réduire les pollutions de l'eau par les produits phytosanitaires
- Considérant** les consultations entreprises et les propositions formulées pour la définition des conditions de priorités régionales en 2008,
- Sur** proposition de Monsieur le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales,

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER - Objet

Les dispositions du présent arrêté définissent, pour la région Aquitaine et pour l'année 2008, les conditions d'éligibilité dans le traitement des dossiers sollicitant une aide financière pour des dépenses d'investissement destinées à la modernisation des exploitations agricoles, dans le cadre du plan végétal pour l'environnement défini par arrêté interministériel du 18 avril 2007.

En Aquitaine, le plan végétal pour l'environnement (PVE) participe au programme pour une agriculture respectueuse de l'environnement en Aquitaine (AREA). Le dispositif aquitain du PVE est désigné « AREA-PVE ».

L'AREA-PVE comporte 5 volets répondant à des enjeux différents.

Le premier volet concerne l'enjeu de réduction des pollutions par des produits phytosanitaires.

Le deuxième volet concerne l'enjeu de réduction des pollutions par les effluents végétaux. Au titre du présent arrêté, on entend par « effluents végétaux » les effluents issus de la transformation des raisins et des prunes ainsi que les effluents de serres, cultures hors sol, bulbes et muguet.

Le troisième volet concerne les économies d'énergie dans les serres existantes au 31 décembre 2005.

Le quatrième volet concerne l'enjeu de la réduction des prélèvements sur la ressource en eau.

Le cinquième volet concerne la mise en œuvre de plans d'actions territorialisées pour lesquels les enjeux seront définis en fonction du contexte local.

Le présent arrêté définit les modalités particulières attachées à la mise en œuvre des volets pour lesquels est sollicité le concours du Fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER) ou des crédits de l'Etat.

Les dispositions du présent arrêté s'appliquent quel que soit le financeur public (Etat, Agence de l'Eau, Collectivités territoriales) sans préjudice des conditions d'éligibilité définies dans les textes sus-visés et dans les règlements d'intervention des différents financeurs.

ARTICLE 2 - Conditions d'éligibilité applicables aux volets 1 et 2 de l'AREA-PVE.

Les financements publics des premier et deuxième volets de l'AREA-PVE s'adressent :

- aux exploitants à titre principal, exerçant à titre individuel ou dans un cadre sociétaire (dans le cas d'une société les associés-exploitants à titre principal doivent détenir plus de 50% des parts), une dérogation au critère exploitant à titre principal (y compris en société) est accordée seulement dans le cas d'une installation (comme définie à l'article 3),
- aux fondations, associations sans but lucratif et établissements d'enseignement et de recherche agricole.

Les propriétaires bailleurs de biens fonciers à usage agricole ne sont pas éligibles, sauf pour le volet 5.

Les investissements réalisés par les Coopératives d'Utilisation du Matériel Agricole (CUMA) ne seront pas aidés dans le cadre de l'AREA-PVE. Ils pourront être aidés dans le cadre d'autres dispositifs.

Les aides de l'Etat et de l'Agence de l'Eau Adour-Garonne pour le premier volet de l'AREA-PVE sont réservées aux demandeurs dont le siège social est situé dans l'une des communes indiquées à l'annexe 1 du présent arrêté.

Les dépenses de main d'œuvre propre à la structure qui demande l'aide (auto-construction ou auto-plantation) ne sont pas éligibles. Seules peuvent être aidées les dépenses faisant l'objet d'une facture.

ARTICLE 3 - Définition d'une installation et traitement spécifique.

Dans le cadre de l'AREA-PVE, une « installation » recouvre tous les cas où l'exploitant est installé depuis moins de 5 ans au moment de l'engagement juridique de l'aide AREA-PVE par le préfet de département, au titre de l'aide de l'Etat ou de l'aide européenne.

A l'intérieur de cette définition générale on distingue :

- le jeune agriculteur (« JA ») : bénéficiant des aides nationales à l'installation et installé depuis moins de 5 ans (par rapport à la date figurant sur le certificat de conformité) au moment de l'engagement juridique de l'aide AREA-PVE par le préfet de département ;
- le nouvel installé (« NI ») : non éligible aux aides nationales à l'installation et installé depuis moins de 5 ans (par rapport à la date d'inscription MSA ou à un régime de base obligatoire de protection sociale des salariés et des non-salariés en tant que chef d'exploitation) au moment de l'engagement juridique de l'aide AREA-PVE par le préfet de département.

Le taux maximum d'aide publique est de 40 % de l'assiette éligible hors prêts Jeune Agriculteur. L'intervention de l'Etat et de l'Union Européenne ne donne lieu à aucune bonification.

ARTICLE 4 - Conditions spécifiques de mise en œuvre du premier volet.

La liste des dépenses éligibles au titre du 1^{er} volet de l'AREA-PVE figure en annexe 2 du présent arrêté.

En outre, le dispositif AREA-PVE impose aux demandeurs de respecter des conditions minimales nationales et régionales.

Les conditions minimales nationales sont définies par le deuxième tableau figurant à l'annexe 2 de la circulaire du 30 avril 2007 relative au Plan végétal pour l'environnement. Elles sont à respecter dès le dépôt de la demande d'aide. Elles font l'objet d'une déclaration sur l'honneur incluse dans le formulaire de demande d'aide et constituent des points de contrôle prévus par l'arrêté interministériel du 18 avril 2007 relatif au plan végétal pour l'environnement

Les conditions régionales sont définies en annexe 3 du présent arrêté. Elles font l'objet d'un engagement du demandeur de les respecter au plus tard lors de la demande de versement du solde de la subvention.

Dans les cas particuliers où les conditions minimales régionales exigées dans cette annexe ne seraient pas pertinentes, le Directeur Départemental de l'Agriculture et de la Forêt pourra en exempter les demandeurs, sur la base d'un argumentaire technique indiquant notamment les raisons de la demande d'exemption et les mesures prévues en remplacement.

Les demandeurs sollicitant une aide au titre du premier volet de l'AREA-PVE doivent avoir fait réaliser un diagnostic-projet phyto-environnemental de l'ensemble de leur exploitation. Le compte-rendu de ce diagnostic-projet figure au dossier de demande d'aide.

Ce diagnostic-projet doit avoir été réalisé par un organisme agréé par les financeurs publics. Les organismes candidats à l'agrément devront posséder les compétences nécessaires à la réalisation des diagnostics-projets et n'être aucunement dépendants des intérêts des fournisseurs directs et indirects de produits phytosanitaires ou de matériel agricole.

Les Chambres d'Agriculture d'Aquitaine sont exemptées de demander cet agrément.

Conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article 8 du décret n° 99-1060 du 16 décembre 1999 relatif aux subventions d'Etat pour des projets d'investissement modifié par le décret n° 2003-367 du 18 avril 2003, ce diagnostic ne sera pas considéré comme un commencement d'exécution du projet.

Le délai pour réaliser les investissements du premier volet et acquitter les factures correspondantes est d'un an à compter de l'autorisation de commencer l'exécution du projet. Les pièces nécessaires à la mise en paiement de l'aide devront être adressées à la DDAF dans les 14 mois suivant la notification de l'aide du premier financeur.

ARTICLE 5 - Conditions spécifiques de mise en œuvre du deuxième volet.

La liste des dépenses éligibles au titre du deuxième volet de l'AREA-PVE figure en annexe 4 du présent arrêté.

Les demandeurs sollicitant une aide au titre du deuxième volet de l'AREA-PVE doivent avoir fait réaliser un diagnostic-projet concernant la gestion des effluents végétaux de l'ensemble de leur exploitation. Le compte-rendu de ce diagnostic-projet figure au dossier de demande d'aide.

Ce diagnostic-projet doit avoir été réalisé par un organisme agréé par les financeurs publics. Les organismes candidats à l'agrément devront posséder les compétences nécessaires à la réalisation des diagnostics-projets et n'être aucunement dépendants des intérêts des fournisseurs directs et indirects de matériel de transformation des produits végétaux et de traitement des effluents végétaux.

Les Chambres d'Agriculture d'Aquitaine sont exemptées de demander cet agrément.

Conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article 8 du décret n° 99-1060 du 16 décembre 1999 relatif aux subventions d'Etat pour des projets d'investissement modifié par le décret n° 2003-367 du 18 avril 2003, ce diagnostic ne sera pas considéré comme un commencement d'exécution du projet.

Le montant maximum de dépense éligible pour le volet 2 est de 50 000 €.

Le délai pour réaliser les investissements du deuxième volet et acquitter les factures correspondantes est de deux ans à compter de l'autorisation de commencer l'exécution du projet. Les pièces nécessaires à la mise en paiement de l'aide devront être adressées à la DDAF dans les 26 mois suivant la notification de l'aide du premier financeur.

ARTICLE 6 - Conditions de mise en œuvre conjointe des premier et deuxième volets.

Le présent article définit les règles applicables aux demandeurs qui ont une activité de transformation du raisin en vin ou de transformation des prunes en pruneaux ou une activité générant des effluents de serres, cultures hors sol, bulbes et muguet.

Afin d'inciter ces derniers à l'amélioration de l'impact environnemental de l'ensemble des activités constituant des enjeux prioritaires en Aquitaine, et dans la mesure où un seul dossier peut-être déposé au cours de la période 2007-2013 au titre des volets 1, 2, 4 et 5, l'engagement dans une démarche de limitation des pollutions est requis conjointement sur les volets 1 et 2 de l'AREA-PVE.

L'engagement dans une démarche de limitation des pollutions par les produits phytosanitaires sera considéré comme effectif si l'exploitation est conforme aux conditions minimales nationales et régionales définies à l'article 4 du présent arrêté. Le versement de la subvention du volet 2 sera conditionné à la vérification, par une visite sur place ou par la fourniture de justificatifs suffisants, de la conformité de l'exploitation avec les conditions minimales nationales et régionales du volet 1 d'AREA PVE.

L'engagement dans une démarche de limitation des pollutions par les effluents végétaux sera considéré comme effectif si le demandeur a réalisé ou projette de réaliser un traitement adapté à la nature et à la quantité des effluents produits ainsi qu'au milieu récepteur des effluents traités.

Les dispositifs comportant uniquement du dégrillage et de la décantation ne sont pas considérés comme suffisants au regard de l'AREA-PVE.

Le projet de réaliser le traitement des effluents peut être individuel ou collectif :

pour les effluents de chais :

- S'il est individuel et ne figure pas dans le projet AREA-PVE, notamment lorsque le demandeur n'est pas éligible à l'aide des financeurs du volet 2, l'engagement dans une démarche de limitation des pollutions par les effluents végétaux ne sera considéré comme effectif que si le demandeur a fait conjointement une demande de soutien financier à l'Agence de l'Eau Adour-Garonne et si l'Agence de l'Eau donne un avis favorable à cette demande. Si l'avis est défavorable, le demandeur devra réaliser les investissements nécessaires au traitement des effluents végétaux adaptés à la nature et à la quantité des effluents produits ainsi qu'au milieu récepteur et devra s'engager à le réaliser dans un délai de deux ans. Le versement du solde ou de la subvention du volet 1 sera conditionné par la réalisation effective des investissements sus cités constatée par une visite sur place ou la fourniture de justificatifs.

- S'il est collectif, les financeurs se réservent le droit de juger au cas par cas, selon l'état d'avancement du projet collectif de traitement des effluents végétaux, de l'effectivité de l'engagement du demandeur au regard de l'AREA-PVE, et donc de l'opportunité d'accorder ou non la subvention pour le volet 1.

pour les effluents liés à la transformation de prunes :

- S'il est individuel et ne figure pas dans le projet AREA-PVE, notamment lorsque le demandeur n'est pas éligible à l'aide des financeurs du volet 2, l'engagement dans une démarche de limitation des pollutions par les effluents végétaux ne sera considéré comme effectif que si le demandeur s'engage à réaliser les travaux de traitement des ses effluents dans un délai de 2 ans. Le versement du solde ou de la subvention du volet 1 sera conditionné par la réalisation effective des investissements sus cités constatée par une visite sur place ou la fourniture de justificatifs.

- S'il est collectif, les financeurs se réservent le droit de juger au cas par cas, selon l'état d'avancement du projet collectif de traitement des effluents végétaux, de l'effectivité de l'engagement du demandeur au regard de l'AREA-PVE, et donc de l'opportunité d'accorder ou non la subvention pour le volet 1.

Afin de préciser la démarche suivie en matière de traitement des effluents végétaux et même si la demande d'aide ne porte pas sur le volet 2, le dossier de demande d'aide doit décrire la situation et les évolutions prévues en matière de traitement des effluents végétaux.

Le demandeur doit joindre les justificatifs liés au traitement des effluents végétaux correspondant à la situation existante au moment de la demande d'aide ainsi qu'à la demande de règlement du solde de la subvention.

Le demandeur doit conserver l'ensemble des justificatifs pendant la durée de l'engagement de l'AREA-PVE et les présenter lors de tout contrôle.

Les justificatifs liés au traitement des effluents végétaux sont par exemple : le certificat d'adhésion à une structure de traitement collectif, la convention de raccordement au réseau d'assainissement public, la facture ou le contrat de prestation de traitement des effluents , un plan d'épandage et une capacité de stockage adaptée et validés par un organisme agréé au sens de l'article 5 du présent arrêté.

Pour les effluents issus des serres, cultures hors sols, bulbes et muguet : L'éligibilité des investissements concernés est conditionnée à la réalisation du Volet 1 (enjeu phytosanitaire).

ARTICLE 7 - Conditions de mise en œuvre conjointe du troisième volet.

La liste des investissements éligibles au 3^{ème} volet de l'AREA-PVE est rappelée en annexe 5 du présent arrêté. Elle comporte les investissements prévus par la circulaire du 30 avril 2007 relative au Plan végétal pour l'environnement (PVE) ainsi que des investissements spécifiques.

ARTICLE 8 - Conditions de traitement des dossiers

Cet arrêté s'applique à tous les dossiers déposés en DDAF avant le 28 novembre 2008 et non instruits avant le 11 décembre 2007 (date du dernier comité des financeurs en 2007).

ARTICLE 9 - Cas de non-respect des dispositions du présent arrêté

Les dispositions prévues par les articles 19 et 20 de l'arrêté du 18 avril 2007 relatif au plan végétal pour l'environnement s'appliquent en cas de non respect des dispositions du présent arrêté, tant pour les prescriptions de niveau régional que celles de niveau national.

ARTICLE 10 - Article d'exécution

Le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales, le directeur régional de l'agriculture et de la forêt, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Région Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 25 février

P/LE PREFET,
P/le Préfet
Le Secrétaire Général
pour les Affaires Régionales
Frédéric MAC KAIN

Annexe 1

LISTE DES COMMUNES DE LA ZONE À ENJEU PHYTOSANITAIRE EN AQUITAINE : ZONE D'ÉLIGIBILITÉ POUR LES AIDES DU VOLET 1 DE L'AREA-PVE DE L'ÉTAT ET DE L'AGENCE DE L'EAU ADOUR-GARONNE EN 2008.

(PAS DE CHANGEMENT PAR RAPPORT A 2007)

DÉPARTEMENT DE LA DORDOGNE (2 PAGES)

DEPARTEMENT DE LA GIRONDE (3 PAGES)

DEPARTEMENT DES LANDES (2 PAGES)

DEPARTEMENT DU LOT-ET-GARONNE (2 PAGES)

DEPARTEMENT DES PYRENEES ATLANTIQUES (2 PAGES)

*Voir les listes ci-après**

*(*uniquement pour le département de la Gironde)*

GIRONDE

ABZAC	33001	BAZAS	33036	BRUGES	33075	CAVIGNAC	33114
AILLAS	33002	BEAUTIRAN	33037	BUDOS	33076	CAZALIS	33115
AMBARES-ET-LAGRAVE	33003	BEGADAN	33038	CABANAC-ET-VILLAGRAINS	33077	CAZATS	33116
AMBES	33004	BEGLES	33039	CABARA	33078	CAZAUGITAT	33117
ANDERNOS-LES-BAINS	33005	BEGUEY	33040	CADARSAC	33079	CENAC	33118
ANGLADE	33006	BELLEBAT	33043	CADAUJAC	33080	CENON	33119
ARBANATS	33007	BELLEFOND	33044	CADILLAC	33081	CERONS	33120
ARBIS	33008	BELVES-DE-CASTILLON	33045	CADILLAC-EN-FRONSADAIS	33082	CESSAC	33121
ARCACHON	33009	BERNOS-BEAULAC	33046	CAMARSAC	33083	CESTAS	33122
ARCINS	33010	BERSON	33047	CAMBES	33084	CEZAC	33123
ARSAC	33012	BERTHEZ	33048	CAMBLANES-ET-MEYNAC	33085	CHAMADELLE	33124
ARTIGUES-PRES-BORDEAUX	33013	BEYCHAC-ET-CAILLAU	33049	CAMIAAC-ET-SAINT-DENIS	33086	CISSAC-MEDOC	33125
LES ARTIGUES-DE-LUSSAC	33014	BIEUJAC	33050	CAMIRAN	33087	CIVRAC-DE-BLAYE	33126
ARVEYRES	33015	BIGANOS	33051	CAMPS-SUR-L'ISLE	33088	CIVRAC-SUR-DORDOGNE	33127
ASQUES	33016	LES BILLAUX	33052	CAMPUGNAN	33089	CIVRAC-EN-MEDOC	33128
AUBIAC	33017	BIRAC	33053	CANEJAN	33090	CLEYRAC	33129
AUBIE-ET-ESPESSAS	33018	BLAIGNAC	33054	CANTENAC	33091	COIMERES	33130
AUDENGE	33019	BLAIGNAN	33055	CANTOIS	33092	COIRAC	33131
AURIOLLES	33020	BLANQUEFORT	33056	CAPIAN	33093	COMPS	33132
AUROS	33021	BLASIMON	33057	CAPLONG	33094	COUBEYRAC	33133
AVENSAN	33022	BLAYE	33058	CAPTIEUX	33095	COUQUEQUES	33134
AYGUEMORTE-LES-GRAVES	33023	BLESIGNAC	33059	CARBON-BLANC	33096	COURPIAC	33135
BAGAS	33024	BOMMES	33060	CARDAN	33098	COURS-DE-MONSEGUR	33136
BAIGNEAUX	33025	BONNETAN	33061	CARIGNAN-DE-BORDEAUX	33099	COURS-LES-BAINS	33137
BALIZAC	33026	BONZAC	33062	CARS	33100	COUTRAS	33138
BARIE	33027	BORDEAUX	33063	CARTELEGUE	33101	COUTURES	33139
BARON	33028	BOSSUGAN	33064	CASSEUIL	33102	CREON	33140
LE BARP	33029	BOULIAC	33065	CASTELMORON-D'ALBRET	33103	CROIGNON	33141
BARSAC	33030	BOURDELLES	33066	CASTELNAU-DE-MEDOC	33104	CUBNEZAIS	33142
BASSANNE	33031	BOURG	33067	CASTELVIEL	33105	CUBZAC-LES-PONTS	33143
BASSENS	33032	BOURIDEYS	33068	CASTETS-EN-DORTHE	33106	CUDOS	33144
BAURECH	33033	LE BOUSCAT	33069	CASTILLON-DE-CASTETS	33107	CURSAN	33145
BAYAS	33034	BRANNE	33071	CASTILLON-LA-BATAILLE	33108	CUSSAC-FORT-MEDOC	33146
BAYON-SUR-GIRONDE	33035	BRANNENS	33072	CASTRES-GIRONDE	33109	DAIGNAC	33147
		BRAUD-ET-SAINT-LOUIS	33073	CAUDROT	33111	DARDENAC	33148
		BROUQUEYRAN	33074	CAUMONT	33112	DAUBEZE	33149
				CAUVIGNAC	33113	DIEULIVOL	33150

DONNEZAC	33151	GORNAC	33189	LARUSCADE	33233	MARTILLAC	33274
DONZAC	33152	GOUALADE	33190	LATRESNE	33234	MARTRES	33275
DOULEZON LES EGLISOTTES-ET- CHALAURES	33153	GOURS	33191	LAVAZAN	33235	MASSEILLES	33276
ESCAUDES	33154	GRADIGNAN	33192	LEOGEATS	33237	MASSUGAS	33277
ESCOUSSANS	33155	GREZILLAC	33194	LEOGNAN	33238	MAURIAC	33278
ESPIET	33156	GRIGNOLS	33195	LERM-ET-MUSSET	33239	MAZERES	33279
LES ESSEINTES	33157	GUILLAG	33196	LESPARRE-MEDOC	33240	MAZION	33280
ETAULIERS	33158	GUILLOS	33197	LESTIAC-SUR-GARONNE LES LEVES-ET- THOUMEYRAGUES	33241	MERIGNAC	33281
EYNESSE	33159	GUITRES	33198	33198	33242	MERIGNAS	33282
EYRANS	33160	GUJAN-MESTRAS	33199	LIBOURNE	33243	MESTERRIEUX	33283
EYSINES	33161	LE HAILLAN	33200	LIGNAN-DE-BAZAS	33244	MIOS	33284
FALEYRAS	33162	HAUX	33201	LIGNAN-DE-BORDEAUX	33245	MOMBRIER	33285
FARGUES	33163	HURE	33204	LIGUEUX	33246	MONGAUZY	33287
FARGUES-SAINT-HILAIRE	33164	ILLATS	33205	LISTRAC-DE-DUREZE	33247	MONPRIMBLANC	33288
LE FIEU	33165	ISLE-SAINT-GEORGES	33206	LISTRAC-MEDOC	33248	MONSEGUR	33289
FLOIRAC	33166	IZON	33207	LORMONT	33249	MONTAGNE	33290
FLAUJAGUES	33167	JUGAZAN	33209	LOUBENS	33250	MONTAGODIN	33291
FLOUDES	33168	JUILLAC	33210	LOUCHATS	33251	MONTIGNAC	33292
FONTET	33169	LABARDE	33211	LOUPES	33252	MONTUSSAN	33293
FOSES-ET-BALEYSSAC	33170	LABESCAU	33212	LOUPIAC	33253	MORIZES	33294
FOURS	33171	LA BREDE	33213	LOUPIAC-DE-LA-REOLE	33254	MOUILLAC MOULIETS-ET- VILLEMARTIN	33295
FRANCS	33172	LADAUX	33215	LUCMAU	33255	33295	33296
FRONSAC	33173	LADOS	33216	LUDON-MEDOC	33256	MOULIS-EN-MEDOC	33297
FRONTENAC	33174	LAGORCE LA LANDE-DE- FRONSAC	33218	LUGAIGNAC	33257	MOULON	33298
GABARNAC	33175	LAMARQUE	33219	LUGASSON	33258	MOURENS	33299
GAILLAN-EN-MEDOC	33176	LAMOTHE-LANDERRON	33220	LUGON-ET-L'ILE-DU-CARNAY	33259	NAUJAN-ET-POSTIAC	33301
GAJAC	33177	LALANDE-DE-POMEROL	33221	LUSSAC	33261	NEAC	33302
GALGON	33178	LANDERROUAT LANDERROUET-SUR- SEGUR	33222	MACAU	33262	NERIGEAN	33303
GANS	33179	33179	33223	MADIRAC	33263	NEUFFONS	33304
GARDEGAN-ET-TOURTIRAC	33180	LANDIRAS	33224	MARANSIN	33264	LE NIZAN	33305
GAURIAC	33181	LANGOIRAN	33225	MARCENAI	33266	NOAILLAC	33306
GAURIAGUET	33182	LANGON	33226	MARCILLAC	33267	NOAILLAN	33307
GENERAC	33183	LANSAC	33227	MARGAUX	33268	OMET	33308
GENISSAC	33184	LANTON	33228	MARGUERON	33269	ORDONNAC	33309
GENSAC	33185	LAPOUYADE	33229	MARIMBAULT	33270	ORIGNE	33310
GIRONDE-SUR-DROPT	33186	LAROQUE	33230	MARIONS	33271	PAILLET	33311
GISCOS	33187	LARTIGUE	33231	MARSAS	33272	PAREMPUYRE	33312
	33188		33232	MARTIGNAS-SUR-JALLE	33273	PAUILLAC	33314

LES PEINTURES	33315	RIONS	33355	SAINT-EMILION	33394	SAINT-MACAIRE	33435
PELLEGRUE	33316	LA RIVIERE	33356	SAINT-ESTEPHE	33395	SAINT-MAGNE	33436
PERISSAC	33317	ROAILLAN	33357	SAINT-ETIENNE-DE-LISSE	33396	SAINT-MAGNE-DE-CASTILLON	33437
PESSAC	33318	ROMAGNE	33358	SAINTE-EULALIE	33397	SAINT-MAIXANT	33438
PESSAC-SUR-DORDOGNE	33319	ROQUEBRUNE	33359	SAINT-EXUPERY	33398	SAINT-MARIENS	33439
PETIT-PALAIS-ET-CORNEMPS	33320	LA ROUILLE	33360	SAINT-FELIX-DE-FONCAUDE	33399	SAINT-MARTIAL	33440
PEUJARD	33321	RUCH	33361	SAINT-FERME	33400	SAINT-MARTIN-LACAUSADE	33441
LE PIAN-MEDOC	33322	SABLONS	33362	SAINTE-FLORENCE	33401	SAINT-MARTIN-DE-LAYE	33442
LE PIAN-SUR-GARONNE	33323	SADIRAC	33363	SAINTE-FOY-LA-GRANDE	33402	SAINT-MARTIN-DE-LERM	33443
PINEUILH	33324	SAILLANS	33364	SAINTE-FOY-LA-LONGUE	33403	SAINT-MARTIN-DE-SESCAS	33444
PLASSAC	33325	SAINT-AIGNAN	33365	SAINTE-GEMME	33404	SAINT-MARTIN-DU-BOIS	33445
PLEINE-SELVE	33326	SAINT-ANDRE-DE-CUBZAC	33366	SAINT-GENES-DE-BLAYE	33405	SAINT-MARTIN-DU-PUY	33446
PODENSAC	33327	SAINT-ANDRE-DU-BOIS	33367	SAINT-GENES-DE-CASTILLON	33406	SAINT-MEDARD-DE-GUIZIERES	33447
POMEROL	33328	SAINT-ANDRE-ET-APPELLES	33369	SAINT-GENES-DE-FRONSAC	33407	SAINT-MEDARD-D'EYRANS	33448
POMPEJAC	33329	SAINT-ANDRONY	33370	SAINT-GENES-DE-LOMBAUD	33408	SAINT-MEDARD-EN-JALLES	33449
POMPIGNAC	33330	SAINT-ANTOINE	33371	SAINT-GENIS-DU-BOIS	33409	SAINT-MICHEL-DE-CASTELNAU	33450
PONDAURAT	33331	SAINT-ANTOINE-DU-QUEYRET	33372	SAINT-GERMAIN-DE-GRAVE	33411	SAINT-MICHEL-DE-FRONSAC	33451
PORCHERES	33332	SAINT-ANTOINE-SUR-L'ISLE	33373	SAINT-GERMAIN-D'ESTEUIL	33412	SAINT-MICHEL-DE-RIEUFRET	33452
PORTETS	33334	SAINT-AUBIN-DE-BLAYE	33374	SAINT-GERMAIN-DU-PUCH	33413	SAINT-MICHEL-DE-LAPUJADE	33453
LE POUT	33335	SAINT-AUBIN-DE-BRANNE	33375	SAINT-GERMAIN-DE-LA-RIVIERE	33414	SAINT-MORILLON	33454
PRECHAC	33336	SAINT-AUBIN-DE-MEDOC	33376	SAINT-GERVAIS	33415	SAINT-PALAIS	33456
PREIGNAC	33337	SAINT-AVIT-DE-SOULEGE	33377	SAINT-GIRONS-D'AIGUEVIVES	33416	SAINT-PARDON-DE-CONQUES	33457
PRIGNAC-EN-MEDOC	33338	SAINT-AVIT-SAINT-NAZAIRE	33378	SAINT-HILAIRE-DE-LA-NOAILLE	33418	SAINT-PAUL	33458
PRIGNAC-ET-MARCAMPS	33339	SAINT-BRICE	33379	SAINT-HILAIRE-DU-BOIS	33419	SAINT-PEY-D'ARMENS	33459
PUGNAC	33341	SAINT-CAPRAIS-DE-BLAYE	33380	SAINT-HIPPOLYTE	33420	SAINT-PEY-DE-CASTETS	33460
PUISSEGUIN	33342	SAINT-CAPRAIS-DE-BORDEAUX	33381	SAINT-JEAN-DE-BLAIGNAC	33421	SAINT-PHILIPPE-D'AIGUILLE	33461
PUJOLS-SUR-CIRON	33343	SAINT-CHRISTOLY-DE-BLAYE	33382	SAINT-JEAN-D'ILLAC	33422	SAINT-PHILIPPE-DU-SEIGNAL	33462
PUJOLS	33344	SAINT-CHRISTOLY-MEDOC	33383	SAINT-JULIEN-BEYCHEVELLE	33423	SAINT-PIERRE-D'AURILLAC	33463
LE PUY	33345	SAINT-CHRISTOPHE-DES-BARDES	33384	SAINT-LAURENT-MEDOC	33424	SAINT-PIERRE-DE-BAT	33464
PUYBARBAN	33346	SAINT-CHRISTOPHE-DE-DOUBLE	33385	SAINT-LAURENT-D'ARCE	33425	SAINT-PIERRE-DE-MONS	33465
PUYNORMAND	33347	SAINT-CIBARD	33386	SAINT-LAURENT-DES-COMBES	33426	SAINT-QUENTIN-DE-BARON	33466
QUEYRAC	33348	SAINT-CIERS-D'ABZAC	33387	SAINT-LAURENT-DU-BOIS	33427	SAINT-QUENTIN-DE-CAPLONG	33467
QUINSAC	33349	SAINT-CIERS-DE-CANESSE	33388	SAINT-LAURENT-DU-PLAN	33428	SAINTE-RADEGONDE	33468
RAUZAN	33350	SAINT-CIERS-SUR-GIRONDE	33389	SAINT-LEGER-DE-BALSON	33429	SAINT-ROMAIN-LA-VIRVEE	33470
REIGNAC	33351	SAINTE-COLOMBE	33390	SAINT-LEON	33431	SAINT-SAUVEUR	33471
LA REOLE	33352	SAINT-COME	33391	SAINT-LOUBERT	33432	SAINT-SAUVEUR-DE-PUYNORMAND	33472
RIMONS	33353	SAINTE-CROIX-DU-MONT	33392	SAINT-LOUBES	33433	SAINT-SAVIN	33473
RIOCAUD	33354	SAINT-DENIS-DE-PILE	33393	SAINT-LOUIS-DE-MONTFERRAND	33434	SAINT-SELVE	33474

SAINT-SEURIN-DE-BOURG	33475	TALENCE	33522
SAINT-SEURIN-DE-CADOURNE	33476	TARGON	33523
SAINT-SEURIN-DE-CURSAC	33477	TARNES	33524
SAINT-SEURIN-SUR-L'ISLE	33478	TAURIAC	33525
SAINT-SEVE	33479	TAYAC	33526
SAINT-SULPICE-DE-FALEYRENS	33480	LE TEICH	33527
SAINT-SULPICE-DE-GUILLERAGUES	33481	LA TESTE-DE-BUCH	33529
SAINT-SULPICE-DE-POMMIERS	33482	TEUILLAC	33530
SAINT-SULPICE-ET-CAMEYRAC	33483	TIZAC-DE-CURTON	33531
SAINT-SYMPHORIEN	33484	TIZAC-DE-LAPOUYADE	33532
SAINTE-TERRE	33485	TOULENNE	33533
SAINT-TROJAN	33486	LE TOURNE	33534
SAINT-VINCENT-DE-PAUL	33487	TRESSES	33535
SAINT-VINCENT-DE-PERTIGNAS	33488	UZESTE	33537
SAINT-VIVIEN-DE-BLAYE	33489	VALEYRAC	33538
SAINT-VIVIEN-DE-MONSEGUR	33491	VAYRES	33539
SAINT-YZAN-DE-SOUDIAC	33492	VERAC	33542
SAINT-YZANS-DE-MEDOC	33493	VERDELAIS	33543
SALAUNES	33494	VERTHEUIL	33545
SALIGNAC	33495	VIGNONET	33546
SALLEBOEUF	33496	VILLANDRAUT	33547
LES SALLES-DE-CASTILLON	33499	VILLEGOUGE	33548
SAMONAC	33500	VILLENAVE-DE-RIONS	33549
SAUCATS	33501	VILLENAVE-D'ORNON	33550
SAUGON	33502	VILLENEUVE	33551
SAUTERNES	33504	VIRELADE	33552
LA SAUVE	33505	VIRSAC	33553
SAUVETERRE-DE-GUYENNE	33506	YVRAC	33554
SAUVIAC	33507	MARCHEPRIME	33555
SAVIGNAC	33508		
SAVIGNAC-DE-L'ISLE	33509		
SEMENS	33510		
SENDETS	33511		
SIGALENS	33512		
SILLAS	33513		
SOULIGNAC	33515		
SOUSSAC	33516		
SOUSSANS	33517		
TABANAC	33518		
LE TAILLAN-MEDOC	33519		
TAILLECAVAT	33520		

Annexe 2

LISTE DES DEPENSES ELIGIBLES AU PREMIER VOLET (enjeu phytosanitaire) DE L'AREA-PVE EN AQUITAINE EN 2008

Préambule : ne sont pas éligibles :

- les équipements d'occasion,
- les équipements en copropriété.

Sont éligibles les dépenses inscrites dans la présente liste :

ER : une exigence régionale définie à l'article 4 et à l'annexe 3 porte sur ces dépenses

F : cet équipement est intégré au forfait « kit environnement » s'il est porté par un pulvérisateur neuf.

A – Diminuer le risque de pollution accidentelle lors du remplissage des pulvérisateurs

- ER - Matériel pour éviter les retours d'eau de remplissage vers le réseau d'alimentation en eau ou le milieu (discontinuité hydraulique) : potence (sans trempage du tuyau), réserve d'eau, volucompteur programmable avec fonction anti-retour.
- Matériel de prévention des débordements : réserve d'eau de contenance inférieure à celle du pulvérisateur, volucompteur programmable
 - Aire de remplissage étanche avec récupération des éventuels débordements
 - Dispositif rince-bidons déversant l'eau de rinçage dans la cuve du pulvérisateur

B – Réduire les pollutions lors des traitements, notamment par la protection des points d'eau.

- Rampe « face par face » c'est à dire permettant le traitement localisé et simultané des deux faces d'un même rang. L'assiette éligible est plafonnée à 50 % du prix d'achat d'un pulvérisateur neuf ou 100 % du coût de la rampe dans le cadre de l'équipement d'un pulvérisateur existant.
 - Haies pour piéger les embruns et les ruissellements, notamment devant les points d'eau : matériel végétal, paillage, protection des plants et prestation de plantation. La main d'œuvre de l'exploitation employée pour la plantation n'est pas éligible.
- F - Buses anti-dérive reconnues par le MAP (*sur pulvérisateur neuf : élément du forfait « kit environnement »*)
- Panneaux récupérateurs de bouillie
 - Anémomètre

C- Optimiser les conditions de préparation et d'application des produits phytosanitaires

ER/ - Anti-gouttes sur porte-buse (*sur pulvérisateur neuf : élément du forfait « kit environnement »*)

F

- Diagnostic de pulvérisateur par un prestataire extérieur contrôlant les différents points rassemblés dans l'Annexe 6
- ER (plafond 150 €)
- Système de régulation de la pulvérisation : DPA et DPAAE
 - Systèmes évitant le recouvrement des traitements : traceurs à mousse, système de guidage (système plafonné à 10 000 €)
 - Paillasse ou plate-forme stable pour préparer les bouillies, matériel de pesée (sauf pesée bascule) et outils de dosage

D– Réduire la pollution par les effluents phytosanitaires

ER/ - Cuve de rinçage à la parcelle sur le pulvérisateur ou le tracteur avec système de rinçage automatisé de l'intérieur des cuves (*sur pulvérisateur neuf : élément du forfait « kit environnement »*)

F

- Traitement des effluents : procédés validés par le MEDD Plafond 5 000 €
- Systèmes d'injection directe
- Système de rinçage intérieur de la cuve du pulvérisateur
- Aire de lavage du pulvérisateur étanche avec récupération des effluents
- Stockage des effluents : cuve de stockage étanche
- Système de confinement et de récupération des excédents de bouillie sur les appareils de traitement fixes

F – Matériel de lutte sans produits phytosanitaires

- Filets anti-insectes, filets insects-proof et matériel associé ;
- Pailleuses pour films organiques biodégradables ;
- Matériel de désinfection des sols par la vapeur ;
- Matériel de gestion des mauvaises herbes sans pesticide en cultures basses : bineuses mécaniques et à gaz, herse étrille... ;
- Matériel de désherbage thermique ;
- Matériel de désherbage mécanique sur le rang et/ou l'inter-rang en cultures pérennes : décavillonneuse, têtes satellites avec palpeurs, outils à disques (pulvérisateurs), outils à griffes (sauf sous-solage), charrue viticole, herse rotative... ;
- Matériel d'implantation d'un couvert herbacé en viticulture (semoirs petites largeurs) ;
- Matériel d'entretien d'un couvert herbacé en cultures pérennes (broyeurs, tondeuses, combinés-prairie, aérateur de prairie...) ;
- Systèmes de guidage pour les techniques ci-dessus et mixtes (plafonnés à 10 000 €) ;
- Epampreuse mécanique.

F – Matériel de lutte mixte diminuant le recours aux produits phytosanitaires par la prévention du développement des ennemis des cultures ou la localisation des traitements

- Désherbineuse
- En cultures pérennes : matériel de pulvérisation dirigée sous le rang permettant une réduction de la dose d'herbicide par rapport à la dose homologuée pour la surface désherbée chimiquement sous le rang sur justifications apportées dans le diagnostic
- En cultures basses : dispositifs combinés sur un semoir pour le traitement localisé sur le rang de semis, entraînant une réduction de dose par rapport à la dose homologuée pour l'ensemble de la surface de la parcelle sur justifications apportées dans le diagnostic
- Matériel de broyage et de retrait de résidus pour limiter la pression parasitaire en viticulture et arboriculture (broyeurs de sarments non éligibles).

-

G – Diagnostic-projet

ER Diagnostic-projet phyto-environnemental de l'exploitation préalable au dépôt du dossier réalisé par un organisme agréé par les financeurs. Dépense éligible plafonnée à 500 €.

H – Investissements à finalités multiples :

- Forfait kit environnement : lors de l'achat d'un pulvérisateur neuf conforme à la norme EN 12761 (mention du fournisseur sur le devis et la facture), la dépense concernant 4 équipements environnementaux est forfaitisée à 3000€ éligibles : la cuve de rinçage avec système de rinçage intérieur du pulvérisateur, le système anti-gouttes, les buses anti-dérive et le système anti-débordement.

En viticulture, ce forfait n'est attribué que si le pulvérisateur acheté neuf est de type « face par face », c'est à dire permettant le traitement localisé et simultané des deux faces d'un même rang, ou de tout autre procédé dont l'intérêt environnemental est scientifiquement prouvé. L'achat d'un pulvérisateur n'ayant pas ces caractéristiques n'est pas aidé.

- Aire de lavage et de remplissage étanche avec récupération des débordements et des effluents phytosanitaires.

Annexe 3

CONDITIONS MINIMALES REGIONALES RELATIVES AU PREMIER VOLET (enjeu phytosanitaire) DE L'AREA-PVE EN AQUITAINE EN 2008 ; applicables également au deuxième volet (effluents végétaux).

Rappel : les dispositions liant le volet 1 (enjeu phytosanitaire) et le volet 2 (enjeu effluents végétaux) impliquent le respect de ces dispositions dès lors que la demande porte sur le volet 2 de l'AREA-PVE, même en l'absence d'investissement du volet 1 (enjeu phytosanitaire).

Pour obtenir un financement public dans le cadre de l'AREA-PVE, les exploitations agricoles doivent satisfaire à l'ensemble des trois conditions suivantes, au plus tard lors de la justification des dépenses :

1. Le remplissage du pulvérisateur doit être sécurisé en tout lieu par un système assurant la discontinuité hydraulique, c'est à dire un dispositif anti-retour, afin de protéger la ressource en eau, par exemple par un clapet anti-retour, une potence de remplissage telle que le tuyau ne trempe pas dans la cuve du pulvérisateur, une cuve intermédiaire. Aucun dispositif particulier n'est exigé pour les lieux où ne sont remplis que des pulvérisateurs à injection directe.
2. Le matériel de pulvérisation des produits phytosanitaires présent dans l'exploitation, à l'exception des pulvérisateurs manuels, doit être équipé de l'ensemble des 2 dispositifs suivants :
 - une cuve de rinçage permettant de diluer le fond de cuve afin de l'épandre (non exigée pour les pulvérisateurs à injection directe). Dans le cas où le pulvérisateur ne pourrait être équipé d'une cuve de rinçage pour cause d'impossibilité technique démontrée dans le diagnostic, une aire de lavage devra être prévue dans le projet.
 - un dispositif anti-goutte sur porte-buses.
3. Les pulvérisateurs de plus de 5 ans et n'ayant pas fait l'objet d'un diagnostic de pulvérisateur depuis 5 ans, devront subir un diagnostic de pulvérisateur par un prestataire extérieur contrôlant les différents points rassemblés dans l'Annexe 6. La facture du diagnostic de pulvérisateur devra figurer parmi les justificatifs des dépenses. Ce diagnostic est conseillé et éligible lors de l'achat d'un pulvérisateur neuf ou d'un pulvérisateur d'occasion de moins de 5 ans, mais il n'est pas obligatoire pour recevoir une aide dans le cadre de l'AREA-PVE.

Annexe 4

LISTE DES DEPENSES ELIGIBLES AU 2^{ème} VOLET (enjeu effluents végétaux) DE L'AREA-PVE EN AQUITAINE EN 2008.

Préambule : ne sont pas éligibles :

- les équipements d'occasion,
- les équipements en copropriété.

Effluents viticoles :

- Séparation des réseaux eaux pluviales et eaux usées
- Collecte et transfert des effluents vitivinicoles
- Achat et installation de systèmes de dégrillage et décantation
- Achat et installation de systèmes de stockage des effluents
- Investissements de pré-traitement et de traitement des effluents vitivinicoles selon des process validés

Effluents en pruniculture :

- Séparation et évacuation des eaux pluviales
- Collecte et transfert des effluents issus du lavage des prunes et des matériels
- Achat et installation de systèmes de dégrillage et décantation
- Stockage des effluents : travaux et achat de système de stockage

Effluents issus des serres, cultures hors sol, bulbes et muguet :

- Séparation des eaux pluviales/eaux de drainage
- Système de collecte, bacs de récupération des solutions nutritives,
- Matériel de désinfection, matériel de recyclage des solutions nutritives,
- Lagunage, bassin végétalisé, fosse de stockage des drainages et autres méthodes de traitement des effluents (évaporation, biofiltres...) dont le process est validé par l'Agence de l'Eau.

Diagnostic-projet : exigence régionale

- Diagnostic-projet préalable au dépôt du dossier (dépense éligible plafonnée à 500 €)

Annexe 5

LISTE DES DEPENSES ELIGIBLES AU 3^{ème} VOLET (économies d'énergies dans les serres existantes au 31 décembre 2005) DE L'AREA-PVE EN AQUITAINE EN 2008.

Préambule : ne sont pas éligibles :

- les équipements d'occasion,
- les équipements en copropriété.

1- Economie d'énergie

Système de régulation (régulation assistée par ordinateur) : logiciel permettant la fluctuation de la température de la serre autour d'une valeur moyenne et/ou l'ordinateur climatique comprenant ce module ainsi que l'installation, l'alimentation électrique, les sondes et l'automate de contrôle.

Open buffer (stockage d'eau chaude) : ballon de stockage d'eau permettant le découplage de la production de chaleur et de la distribution de chaleur dans la serre. Cette installation comprend le ballon, sa mise en place par une entreprise, les raccords hydrauliques et le module de régulation.

Ecrans thermiques : toile mobile déployée au dessous de la couverture de la serre, comprenant les supports, le mécanisme de fermeture et ouverture, la toile, la régulation, le branchement électrique et le montage ; pose de cloison en plastique pour limiter les zones à chauffer.

Calorifugeage : isolation des conduites de chauffage allant de la chaufferie aux serres de production.

Récupération de chaleur sur les fumées de combustion.

Investissements de régulation : Thermomètres enregistreurs ; Réglage des moteurs (automatisme serres et matériel).

2- Energies renouvelables

Pompe à chaleur : unité de pompe à chaleur (géothermique, air/eau, air/air, eau/eau, ou eau/air), raccords aux réseaux eau/électricité et distribution de la chaleur (réseau basse température ou gaines de distribution d'air chaud).

Biomasse énergie (production de chaleur et éventuellement d'électricité) à partir de bois, déchets organiques (dans ce cas il devra être démontré notamment la pérennité, la qualité et le caractère local de l'approvisionnement)

Autres énergies : solaire thermique (production d'eau chaude), solaire photovoltaïque (conformément aux lignes directrices de la Commission Européenne pour les aides d'Etat dans le domaine de la protection de l'environnement, les coûts admissibles sont à calculer déduction faite de tous bénéfices et coûts d'exploitation liés à l'investissement supplémentaire nécessaire pour protéger l'environnement et engendrés durant les 5 premières années de vie de l'investissement), énergie éolienne.

Annexe 6

LISTE DES POINTS DE CONTRÔLE DU DIAGNOSTIC DE PULVERISATEUR

1. Examens préliminaires : **Etat du matériel (fonctionnalité du pulvérisateur ; propreté du matériel ; contexte) ; Eléments de sécurité (transmissions hydrauliques entre tracteur et pulvérisateur ; transmissions mécaniques entre tracteur et pulvérisateur ; transmissions mécaniques au niveau du pulvérisateur ; fixations au châssis ; débrayage du/des ventilateur(s) ; ...**
2. **Etat général** : Dispositif d'attelage (déformations ; modifications ; corrosion) ; Châssis & Pièces de structures (déformations ; lésions sur pièces métalliques ; lésions aux soudures ; corrosion ; jeux aux articulations) ; Fuite de bouillie de pulvérisation ; Transmissions hydrauliques au niveau du pulvérisateur ; Pneumatiques : montage ; maintenance ; usure ; ...
3. **Pompe** : Etat : fuite d'huile ; Fonctionnement (pulsations ; cloche à air, débit) ; ...
4. **Cuve recevant les bouillies phytosanitaires** : Bouchons : indicateur de niveau ; incorporateur de produit ; ...
5. **Appareillage de mesure, commandes et systèmes de régulation** : Commande de fermeture générale de la pulvérisation ; Commande(s) de fermeture partielle de la pulvérisation au niveau des sections (tronçons) : retours compensatoires ; Dispositif(s) de régulation de la pression ; Indicateur de pression ; Indicateur(s) utilisé(s) pour la régulation (indicateur de vitesse d'avancement ; indicateur de débit) ; ...
6. **Flexibles et canalisations** : flexibles de distribution ; ...
7. **Filtres** : à l'aspiration ; au refoulement ; au niveau des sections de pulvérisation ; aux buses ; ...
8. **Pulvérisation** : Rampes ; Equipements de distribution (porte-jets ; Diffuseurs ; ...) ; Jets de pulvérisation ; ...
9. **Soufflerie** : Ventilateur ; Distribution de l'air ; ...

Arrêté du 29.02.2008

*EXTENSION D'UN AVENANT À LA CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL CONCERNANT LES
TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT ET D'ENTRETIEN FORESTIERS DES DÉPARTEMENTS DE LA GIRONDE,
DES LANDES ET DE LOT-ET-GARONNE (IDCC N°8723)*

LE PREFET DE LA REGION AQUITAINE
PREFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU les articles L.133-1 et suivants du code du travail, et notamment les articles L.133-10, L.133-14, R.133-2 et R.133-3 ;

VU l'arrêté du 22 octobre 1985 du Ministre de l'Agriculture et de la Pêche portant extension de la convention collective de travail du 4 mars 1985 concernant les travaux d'aménagement et d'entretien forestiers des départements de la Gironde, des Landes et de Lot-et-Garonne ainsi que les arrêtés successifs portant extension des avenants à ladite convention ;

VU l'avenant n° 34 du 5 juillet 2007 dont les signataires demandent l'extension ;

VU l'avis d'extension publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région paru en novembre 2007 ;

VU l'avis des membres de la Commission nationale de la négociation collective (sous-commission agricole des conventions et accords) ;

VU l'accord donné conjointement par le Ministre chargé du travail et le Ministre chargé de l'agriculture,

ARRÊTE

Article 1er : Les clauses de l'avenant n°34 en date du 5 juillet 2007 à la convention collective de travail du 4 mars 1985 concernant les travaux d'aménagement et d'entretien forestiers des départements de la Gironde, des Landes et de Lot-et-Garonne sont rendues obligatoires pour tous les employeurs et tous les salariés compris dans le champ d'application professionnel et territorial de ladite convention.

Article 2 : L'extension des effets et sanctions de l'avenant visé à l'article premier est faite à dater de la publication du présent arrêté pour la durée restant à courir et aux conditions prévues par la convention collective précitée.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture, le Chef du service régional et le Chef du service départemental de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

Fait à Bordeaux, le 29 février 2008

Pour le Préfet,
Le Secrétaire Général PI
Thierry ROGELET



Avis du 06.03.2008

***DÉLIMITATION DE L'AIRE DE PRODUCTION DES VINS A.O.C. BARSAC, SAUTERNES ET BORDEAUX -
DÉPÔT DÉFINITIF DES PLANS EN MAIRIE DE BARSAC***

Le Comité National de l'INAO réuni en séance du 30 mai 2007 a approuvé le rapport concernant l'examen des réclamations de la délimitation parcellaire des A.O.C. BARSAC, SAUTERNES et BORDEAUX établi par la Commission d'Experts nommée à cet effet.

Le Comité national a décidé le principe de dépôt des plans définitifs dans la mairie concernée.

Les propriétaires, les exploitants viticoles, sont informés que les plans cadastraux comportant la délimitation parcellaire de l'aire de production des AOC Barsac, Sauternes et Bordeaux et établis conformément à l'article 1^{er} des décrets du 11 septembre 1936, 30 septembre 1936 et du 14 novembre 1936, seront déposés à la mairie de Barsac, où ils pourront être consultés à partir du 30 avril 2008.

Fait à Bordeaux, le 6 mars 2008

L'Inspecteur Délimitation
Alexandre GRELIER



INSPECTION DU TRAVAIL
DES TRANSPORTS

Direction Régionale
du Travail des Transports
d'Aquitaine

Décision du 29.02.2008

**DÉCISION D'INTÉRIM RELATIVE À L'ORGANISATION DE L'INSPECTION DU TRAVAIL DES
TRANSPORTS DANS LE DÉPARTEMENT DE GIRONDE**

LE DIRECTEUR RÉGIONAL DU TRAVAIL DES TRANSPORTS
D'AQUITAINE

- Vu le code du travail, notamment son livre VI,
- Vu le décret n° 2003-788 du 22 août 2003 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans l'emploi de directeur régional du travail des transports,
- Vu l'arrêté ministériel du 21 février 1984 modifié portant organisation de l'Inspection du travail des transports,
- Vu l'arrêté du 23 mai 2005 portant organisation du service central de l'inspection du travail des transports,
- Vu l'arrêté ministériel du 21/12/2007 portant nomination de monsieur Jean-Louis LAGARDE dans l'emploi de directeur régional du travail des transports de la région Aquitaine,
- Vu la décision ministérielle du 30 mai 1997 modifiée fixant la compétence territoriale des services déconcentrés de l'Inspection du travail des transports,

D É C I D E

Art. 1 M. Patrick MOREAU inspecteur du travail des transports est chargé

à compter du 1^{er} mars 2008 pour une durée indéterminée

de l'intérim de la subdivision d'inspection du travail des transports de Bordeaux 2

dont la compétence territoriale s'étend au département de la Gironde pour toutes activités des arrondissements de Langon, de Lesparre et de toutes activités des communes de l'arrondissement de Bordeaux sauf celles relevant de Bordeaux 1 pour y exercer ses missions dans le cadre des dispositions des articles L 611-1 et suivant du Code du Travail.

Art. 2 La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs du département de Gironde

A Bordeaux, le 29/02/2008

Le directeur régional
du travail des transports
Jean-Louis LAGARDE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE
L'AGRICULTURE ET DE LA FORET DE
LA GIRONDE

Service Forêt-Environnement

Cellule Police de l'Eau & des Milieux
Aquatiques

Arrêté du 05.02.2008

*AUTORISATION POUR L'EXPLOITATION DU SYSTÈME
D'ASSAINISSEMENT DE LA COMMUNE DE SAUVETERRE-DE-
GUYENNE*

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** le Code de l'Environnement,
- VU** le code général des collectivités territoriales;
- VU** le code de l'expropriation et notamment les articles R. 11-4 à R. 11-14
- VU** le décret n°94-469 du 3 juin 1994 modifié relatif à la collecte et au traitement des eaux usées mentionnées aux articles L. 372-1-1 et L. 372-3 du code des communes
- VU** l'arrêté ministériel du 22 juin 2007 relatif à la collecte, au transport et au traitement des eaux usées des agglomérations d'assainissement ainsi qu'à la surveillance de leur fonctionnement et de leur efficacité et aux dispositifs d'assainissement non collectif recevant une charge brute de pollution organique supérieure à 1,2 kg de DBO5 ;
- VU** la demande d'autorisation complète et régulière déposée au titre de l'article L. 214-3 du code de l'environnement reçue le 12/07/2006, présentée par Monsieur TEULET, maire de la commune de SAUVETERRE-DE-GUYENNE, et relative à l'autorisation de rejet des effluents traités issus du système de traitement communal;
- VU** l'enquête publique réglementaire qui s'est déroulée du 25 mai 2007 au 08 juin 2007;
- VU** le rapport et les conclusions du commissaire enquêteur déposés le 19 juillet 2007 ;
- VU** l'avis de la commune de SAUVETERRE-DE-GUYENNE en date du 11 juin 2007.
- VU** l'avis favorable de l'ONEMA par courrier en date du 08 septembre 2006,
- VU** le rapport rédigé par le service de police de l'eau en date du 15 octobre 2007 ;
- VU** l'avis favorable émis par le conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques de la Gironde en date du 06 décembre 2007;
- VU** le projet d'arrêté adressé à Monsieur TEULET, maire de la commune de SAUVETERRE-DE-GUYENNE, en date du 16/10/2007 ;
- VU** la réponse du maire en date du 26/10/07 ainsi que la délibération du conseil municipal du 28/09/2007 ;
- VU** l'arrêté préfectoral du 6 août 1996 portant approbation du Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux (SDAGE) du Bassin ADOUR-GARONNE prenant effet à compter du 16 septembre 1996,
- CONSIDERANT** que le bassin versant de la Vignague est classé en zone sensible à l'eutrophisation par arrêté ministériel du 23 novembre 1994 ;
- CONSIDERANT** que le système de traitement est situé au droit d'une zone classée en site NATURA 2000 (Site FR 7200692 – réseau hydrographique du Dropt) ;
- CONSIDERANT** qu'il y a lieu de prescrire des mesures particulières permettant d'éradiquer la pollution chronique actuelle du milieu récepteur, de suivre la qualité du rejet et du cours d'eau ;
- CONSIDERANT** que l'objectif de « bon état écologique à atteindre à l'horizon 2015 » n'est pas garanti ;
- CONSIDERANT** que le projet doit permettre d'assurer la protection des intérêts visés à l'article L 211-1 du Code de l'Environnement et de garantir la santé et la salubrité publique afin de satisfaire aux exigences de la préservation des écosystèmes aquatiques et de la ressource en eau,
- Sur proposition** du secrétaire général de la Préfecture de la Gironde ;

ARRÊTE

TITRE I - DISPOSITIONS TECHNIQUES

ARTICLE 1er : OBJET DE L'AUTORISATION

La Commune de SAUVETERRE-DE-GUYENNE, **dénommée ci-après le permissionnaire**, est autorisée à :

- **réaliser l'extension des systèmes de collecte et de traitement pour une capacité d'accueil de 3 000 équivalent-habitants** (sur la base d'une DBO5 de 60 gr/jour/habitant).
- **procéder au rejet des effluents domestiques traités dans le ruisseau « des Tanneries » en rive gauche.**
- procéder à l'exploitation de la station d'épuration susvisée, ainsi que du réseau de collecte desservant l'agglomération raccordée à la station d'épuration.
- procéder à la dérivation du cours d'eau « des Tanneries ».

Pour l'exploitation des ouvrages, le permissionnaire est tenu de respecter les engagements et valeurs annoncés dans son dossier d'Autorisation dès lors qu'ils ne sont pas contraires aux dispositions du présent arrêté, du Code de l'Environnement et de l'arrêté ministériel du 22/06/2007.

Les rubriques définies au tableau de l'article R.214-1 du Code de l'Environnement concernées par ces opérations sont les suivantes :

OUVRAGES - INSTALLATIONS - ACTIVITES	RUBRIQUE		CAPACITE	REGIME
	< 1 ^{er} /10/06	> 1 ^{er} /10/06		
Station d'épuration, le flux polluant journalier reçu ou la capacité de traitement journalière étant supérieure à 120 kg de DBO5	5.1.0	2.1.1.0.	120 Kg DBO5/j 2 000 équ/h	Déclaration
Déversoirs d'orage situés sur un système de collecte des eaux usées destiné à collecter un flux polluant journalier > 12 Kg et < 60 Kg de DBO5	5.2.0	2.1.2.0.	3 DO	Déclaration
Installation, ouvrages conduisant à la dérivation ou au détournement d'un cours d'eau.	2.5.0.	3.1.2.0.	25 m	Autorisation

ARTICLE 2 : DESCRIPTION DE L'AGGLOMERATION

Nom	Code SANDRE	Taille (*)
SAUVETERRE-DE-GUYENNE	050000133506	2 000 EH

(*) pollution organique maximale prévue d'être collectée au terme des objectifs de développement du POS (approuvé le 29/03/02) et du schéma d'assainissement (approuvé le 14/12/2001)

ARTICLE 3 : DESCRIPTION DU SYSTEME D'ASSAINISSEMENT

Nom	Code SANDRE	Capacité technique (*)
SAUVETERRE DE GUYENNE	0533506V002	3 000 EH

3.1 Station

La station d'épuration est située au sud du centre bourg sur les parcelles cadastrales section AX n° 285 et 286 dans la commune de SAUVETERRE-DE-GUYENNE.

(Coordonnées Lambert II étendues : x = 407 693 m y = 1 968 442 m),

a) Type de traitement :

Filière eau : Boues activées à faible charge.

Un Bassin de stockage et de régulation est mis en place afin de réduire les impacts liés aux surverses lors des épisodes orageux.

PRESCRIPTION : le permissionnaire transmettra à la police de l'eau le plan de récolement après réception définitive des travaux

Mode d'élimination/valorisation des boues : plan d'épandage réglementé par récépissé de déclaration n°36 du 07/06/2005.

b) Hygiène - Sécurité :

- station d'épuration close et interdite au public non autorisé,
- accès facile aux organes mécaniques,
- protection contre les risques de chutes dans les postes de refoulement, les cuves et bassins,
- procédure d'arrêt d'urgence des appareils électro-mécaniques.

3.2 Réseau de collecte

- Type mixte : unitaire et séparatif
- 3 postes de relevage
- 3 déversoirs d'orage

PRESCRIPTION :

- Le réseau de collecte est mis en type séparatif en 2009 dans sa partie péri-urbaine le long de la D 230. Le permissionnaire doit présenter une délibération du Conseil municipal en ce sens et présenter en suivant un calendrier pour le phasage des travaux.
 - Déversoirs d'orages : les trois déversoirs d'orage sont supprimés au fur et à mesure de la mise en séparatif du réseau et des travaux de réhabilitation de la station.
- Toutes les dispositions sont prises pour interdire aux personnes non autorisées, l'accès aux organes électro-mécaniques du réseau.
- Le permissionnaire instruit les autorisations de déversement pour tout raccordement d'effluents non domestiques en fonction de la composition des effluents.

Les effluents collectés ne doivent pas contenir :

- des produits susceptibles de dégager, directement ou indirectement après mélange avec d'autres effluents, des gaz ou vapeurs toxiques ou inflammables,
- des substances nuisant au fonctionnement du système de traitement et à la dévolution finale des boues produites,
- des matières et produits susceptibles de nuire à la conservation des ouvrages,

ARTICLE 4 : CARACTERISTIQUES DU MODE DE REJET DES EAUX TRAITEES

Les effluents traités sont rejetés dans le ruisseau « des Tanneries ».

Le dispositif de rejet doit être aménagé de manière à réduire au minimum la perturbation apportée par le déversement au milieu récepteur aux abords du point de rejet.

Il ne doit pas faire saillie en rivière, ni entraver l'écoulement des eaux, ni retenir les corps flottants.

ARTICLE 5 : CARACTERISTIQUES DU REJET DES EAUX TRAITEES

Les rejets des eaux traitées dans le milieu récepteur doivent répondre aux conditions ci-après :

TABLEAU 1

PARAMETRES	CONCENTRATION MAXIMALE (mg/l)	Rendement %
DBO5	25	70
DCO	90	75
MES	30	50
NTK	15	70
NGL	20	70
Pt	4 mg/l (du 1 ^{er} /11 au 30/04) et 2 mg/l (du 1 ^{er} /05 au 30/09)	80

Température du rejet inférieure à 25° C - **pH** compris entre 6 et 8,5

Couleur : la couleur de l'effluent ne doit pas provoquer une coloration visible du milieu récepteur.

Odeur : l'effluent ne doit pas dégager une odeur putride ou ammoniacale avant ou après cinq jours d'incubation à 20° C.

La qualité de l'effluent rejeté ne doit provoquer aucune altération du milieu susceptible d'entraîner la mortalité des poissons.

La conformité des systèmes de collecte et de traitement est appréciée selon les termes définis dans le présent arrêté ainsi que celui du 22/06/07. En cas de modifications des textes nationaux, les nouvelles valeurs s'appliqueraient de droit, sauf si les prescriptions sont moins contraignantes que le présent arrêté.

ARTICLE 6 : SURVEILLANCE DE LA QUALITE DU MILIEU RECEPTEUR

La surveillance de la qualité du cours d'eau est effectuée de façon hebdomadaire et les remarques de cette surveillance sont consignées sur le registre laissé à disposition des agents de la police de l'eau sur le site de la station d'épuration.

Prescription :

- Le permissionnaire devra effectuer tous les 2 ans, en amont et en aval du point de rejet, une analyse physico-chimique et une analyse hydrobiologique (IBGN) des eaux du cours d'eau « des Tanneries ». Au vu des résultats de l'autosurveillance relative à la qualité du rejet et de l'IBGN, la fréquence de ce dernier pourra être espacée sur demande motivée auprès du service de police de l'eau.
Les sites de prélèvement et l'organisme intervenant sont proposés au service de Police de l'Eau.
- Le permissionnaire procédera à l'entretien régulier du cours d'eau par faucardage en hiver, au droit de sa propriété. Il maintiendra la ripisylve en place afin de garantir l'ombragement suffisant servant à conserver les fonctions auto-épurations naturelles du ruisseau.

ARTICLE 7 : DEBIT ET CHARGES DE REFERENCE

Le système de traitement est dimensionné, conçu, construit et exploité de manière telle, qu'il puisse recevoir et traiter les flux de matières polluantes correspondant à son débit et charges de référence, figurant dans le tableau ci-après.

Ce dimensionnement tient compte :

- ⇒ des effluents non domestiques raccordés au réseau de collecte,
- ⇒ des débits et des charges restitués par le système de collecte soit directement, soit par l'intermédiaire de ses ouvrages de stockage,
- ⇒ des variations saisonnières de charge et de flux,
- ⇒ de la production de boues correspondante.

7.1 Capacité technique de la station :

Paramètres (*)		Valeurs
Equivalents-habitants(**)		3 000
Débit		450 M ³ / jour
	DBO 5	
Pollution	Flux journalier	180 Kg / jour
	DCO	
eau brute	Flux journalier	360 Kg / jour
	MES	
	Flux journalier	210 Kg / jour
	NTK	
	Flux journalier	45 Kg / jour
	Pt	
	Flux journalier	9 Kg / jour

(*) ces valeurs sont relatives au système d'assainissement défini à l'article 3.

(**) (sur la base d'une DBO5 de 60 gr/jour/habitant)

7.2 Flux maximaux collectés au terme du raccordement définitif au réseau

Paramètres (*)		Capacité technique de la station
Equivalents-habitants(**)		2 000
Débit		300 M ³ / jour
	DBO 5	
Pollution	Flux journalier	120 Kg / jour
	DCO	
eau brute	Flux journalier	240 Kg / jour
	MES	
	Flux journalier	140 Kg / jour
	NTK	
	Flux journalier	30 Kg / jour
	Pt	
	Flux journalier	6 Kg / jour

PRESCRIPTION : le dépassement de ces valeurs fait l'objet d'une justification systématique auprès du service de la police de l'eau.

ARTICLE 8 : FIABILISATION DES INSTALLATIONS

Le personnel d'exploitation doit avoir reçu une formation adéquate lui permettant de réagir dans toutes les situations d'exploitation de la station d'épuration (en fonctionnement normal, dysfonctionnement, entretien, etc...).

L'exploitant tient à jour un registre mentionnant :

- Les incidents et défauts de matériels recensés
- Les mesures prises pour y remédier,

8.1. Périodes d'entretien

- Le permissionnaire informe, au préalable, le service chargé de la Police de l'Eau sur les périodes d'entretien et de réparations prévisibles et de la consistance des opérations susceptibles d'avoir un impact sur la qualité des eaux. Il précise les caractéristiques des déversements (flux, charge) pendant cette période et les mesures prises pour en réduire l'impact sur le milieu récepteur.
- Le service chargé de la Police de l'Eau peut, si nécessaire, demander le report de ces opérations.
- Des performances acceptables doivent être garanties en période d'entretien et de réparations prévisibles.

8.2. Dysfonctionnement

- Le permissionnaire doit signaler immédiatement tout dysfonctionnement au service chargé de la Police de l'Eau, l'impact sur le milieu récepteur et les mesures prises pour y remédier.

ARTICLE 9 : AUTO SURVEILLANCE

Le permissionnaire équipe le système de traitement selon les dispositions de l'arrêté du 22/06/07, réglementation applicable à ce jour. Les données sont adressées à la DDAF par voie informatique sous format SANDRE en fin de chaque mois.

Le programme d'auto surveillance suit les prescription du tableau 2 ci-après :

Tableau 2

PARAMETRES	Fréquence des mesures en nombre de jours/an	Nbre maximal d'échantillons non conformes
DEBIT	365	25
MES	12	2
DBO5	12	2
DCO	12	2
BOUES (M S)	4	1
NTK	4	1
NGL	4	1
Pt	4	1

1 - Règles générales de conformité :

Les échantillons moyens journaliers prélevés en entrée et en sortie des installations doivent respecter :

⇒ soit les valeurs fixées en concentration ou en rendement figurant au tableau 1,

2 - Règles de tolérance :

Ces paramètres peuvent être jugés conformes si le nombre annuel d'échantillons journaliers non conformes à la fois aux seuils concernés des tableaux 1 et 2 ne dépasse pas le nombre prescrit au tableau 3. Ces paramètres devront toutefois respecter le seuil du tableau 3.

TABLEAU 3

PARAMETRE	CONCENTRATION MAXIMALE REDHIBITOIRE
DBO5	50 mg/l
DCO	250 mg/l
MES	85 mg/l
NK	30 mg/l

9.1- Contrôles inopinés

Le service chargé de la Police de l'Eau peut procéder à des contrôles inopinés sur les paramètres mentionnés dans l'arrêté d'autorisation. Dans ce cas, un double de l'échantillon est remis à l'exploitant. Le coût des analyses est mis à la charge de celui-ci.

Le service chargé de la Police de l'Eau examine la conformité des résultats de l'auto-surveillance et des contrôles inopinés aux prescriptions fixées par l'arrêté d'autorisation.

9.2- Transmission des résultats

Le permissionnaire est tenu d'adresser mensuellement, et sous un délai de 30 jours maximum à compter de leur obtention, les résultats de cette auto-surveillance sous format SANDRE, au service chargé de la Police de l'Eau et à l'Agence de l'Eau.

ARTICLE 10 : IMPLANTATION ET PRESERVATION DU SITE

Tous les ouvrages sont implantés de manière à préserver les habitations et établissements recevant du public des nuisances de voisinage. Cette implantation doit tenir compte des extensions prévisibles des ouvrages ou des habitations.

PRESCRIPTION : la fermeture supérieure des ouvrages avec pose de cartouches à charbon actif est envisagée en cas de nuisance pour le voisinage.

Le site de la station est maintenu en permanence en état de propreté **sans utilisation de désherbants**.

II - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 11 : DUREE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est accordée pour une durée de **QUINZE ANS**.

ARTICLE 12 : CARACTERE DE L'AUTORISATION

L'autorisation est accordée à titre personnel, précaire et révocable sans indemnité.

Si, à quelque époque que ce soit, l'administration décidait dans un but d'intérêt général, notamment du point de vue de la lutte contre la pollution des eaux et leur régénération, dans le but de satisfaire ou de concilier les intérêts mentionnés à l'article L 211-1 du Code de l'Environnement, de la salubrité publique, de la police et de la répartition des eaux, de modifier d'une manière temporaire ou définitive l'usage des avantages concédés par le présent arrêté, le permissionnaire ne pourrait réclamer aucune indemnité.

ARTICLE 13 : EXECUTION DES TRAVAUX

Les travaux autorisés sont exécutés sous la surveillance du permissionnaire.

Le permissionnaire doit prévenir au moins 15 jours à l'avance le service de Police de l'Eau de la Direction Départementale de l'Agriculture et de la Forêt, de l'époque à laquelle ces travaux seront commencés; **ceux-ci doivent être exécutés dans les deux ans à compter de la date de notification du présent arrêté**.

ARTICLE 14 : ENTRETIEN DES OUVRAGES

Le permissionnaire doit constamment entretenir en bon état les installations qui doivent toujours être conformes aux conditions de l'autorisation.

Lorsque des travaux de réfection sont nécessaires et susceptibles de modifier les caractéristiques et la qualité du rejet de la station, le permissionnaire avise au moins 15 jours à l'avance le service chargé de la Police de l'Eau.

ARTICLE 15 : MODIFICATIONS DES PRESCRIPTIONS

A la demande du permissionnaire ou à sa propre initiative, le PREFET peut prendre des arrêtés complémentaires après avis du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques.

Ces arrêtés peuvent fixer toutes les prescriptions additionnelles que la protection des éléments mentionnés à l'article L 211-1 du Code de l'Environnement rend nécessaires, ou atténuer celles des prescriptions primitives dont le maintien n'est plus justifié.

Ils peuvent prescrire en particulier la fourniture des informations prévues à l'article L.211-1 ci-dessus ou leur mise à jour.

ARTICLE 16 : MODIFICATION DES OUVRAGES OU DE LEUR MODE D'UTILISATION

Toute modification apportée par le permissionnaire à l'ouvrage, l'installation, à son mode d'utilisation, à la réalisation des travaux ou à l'aménagement en résultant ou à l'exercice de l'activité ou à leur voisinage et de nature à entraîner un changement notable des éléments du dossier de demande d'autorisation, doit être portée, avant sa réalisation, à la connaissance du PREFET, qui peut exiger une nouvelle autorisation.

Cette déclaration de modification doit mentionner, s'il s'agit d'une personne physique, les nom, prénom et domicile du bénéficiaire et, s'il s'agit d'une personne morale, sa dénomination ou sa raison sociale, sa forme juridique, l'adresse de son siège social ainsi que la qualité du signataire de la déclaration. Il est donné acte de cette déclaration de modification.

ARTICLE 17 : TRANSFERT DE L'AUTORISATION

Si le bénéfice de la présente autorisation est transmis à une autre personne que celle qui est mentionnée à l'article 1er du chapitre I, le nouveau bénéficiaire doit en faire la déclaration au PREFET, dans les trois mois qui suivent la prise en charge de l'ouvrage, de l'installation, des travaux ou des aménagements ou le début de l'exercice de son activité.

La cessation définitive, ou pour une période supérieure à deux ans, de l'exploitation ou de l'affectation indiquée dans la présente autorisation, d'un ouvrage ou d'une installation doit faire l'objet d'une déclaration, par le permissionnaire ou, par défaut, par le propriétaire, auprès du PREFET dans le mois qui suit la cessation définitive, l'expiration du délai de deux ans ou le changement d'affectation. Il est donné acte de cette déclaration.

ARTICLE 18 : RENOUELEMENT DE L'AUTORISATION

Le permissionnaire peut obtenir le renouvellement de l'autorisation. Dans ce cas, il doit formuler la demande auprès du service chargé de la Police de l'Eau, dans un délai d'un an au plus et de six mois au moins, avant la date d'expiration de l'autorisation.

La demande comprend les pièces d'indication énumérées à l'article R.214-20 du Code de l'Environnement.

ARTICLE 19 : DECLARATION DES INCIDENTS OU ACCIDENTS

Tout incident ou accident intéressant les installations, ouvrages, travaux ou activités visés dans la présente autorisation et de nature à porter atteinte à l'un des éléments énumérés à l'article L.211-1 susvisé, doit être déclaré dans les conditions fixées à l'article L.211-5 de cette loi.

ARTICLE 20 : RETRAIT DE L'AUTORISATION

La décision de retrait d'autorisation est prise par un arrêté préfectoral qui, s'il y a lieu, prescrit la remise du site dans un état tel qu'il ne s'y manifeste aucun danger ou aucun inconvénient pour les éléments concourant à la gestion équilibrée de la ressource en eau.

ARTICLE 21 : RESERVE DES DROITS DES TIERS

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

ARTICLE 22 : INFORMATION DES TIERS

Le présent arrêté est publié au Recueil des Actes Administratifs de la PREFECTURE et une copie est déposée en Mairie de SAUVETERRE-DE-GUYENNE pour y être consultée.

Un extrait de l'arrêté énumérant les principales prescriptions auxquelles les installations sont soumises est affiché en Mairie de SAUVETERRE-DE-GUYENNE pendant une **durée minimum d'un mois**.

Un procès-verbal de l'accomplissement de ces formalités est dressé par les soins du Maire de SAUVETERRE-DE-GUYENNE.

Une ampliation du présent arrêté est adressée au Conseil municipal de SAUVETERRE-DE-GUYENNE.

Un avis est inséré par les soins de la DDAF et aux frais du permissionnaire dans deux journaux locaux du département.

La présente autorisation sera à disposition du public sur le site internet de la PREFECTURE de la GIRONDE pendant une durée d'au moins 1 an.

ARTICLE 23 - DELAIS ET VOIES DE RECOURS

La présente autorisation est susceptible de recours devant le tribunal administratif territorialement compétent à compter de sa publication au recueil des actes administratifs dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R.514-6 du Code de l'Environnement.

Dans le même délai de deux mois, le pétitionnaire peut présenter un recours gracieux. Le silence gardé par l'administration pendant plus de deux mois sur la demande de recours gracieux emporte décision implicite de rejet de cette demande conformément à l'article R421-2 du code de justice administrative.

ARTICLE 24 : AUTRES REGLEMENTATIONS

La présente autorisation ne dispense par le permissionnaire de requérir les autorisations nécessitées par l'application d'autres réglementations, notamment celles susceptibles d'être exigées par le Code de l'Urbanisme.

ARTICLE 25 : EXECUTION

- Monsieur le Secrétaire Général de la PREFECTURE de la GIRONDE,
- Monsieur le Sous-Préfet de LANGON,
- Monsieur le Directeur Départemental Délégué, de l'Agriculture et de la Forêt,
- Monsieur le Maire de SAUVETERRE-DE-GUYENNE,

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde, et dont une ampliation sera tenue à la disposition du public dans chaque mairie intéressée.

Fait à BORDEAUX, le 5 février 2008

Pour le Préfet,
Le Secrétaire Général,
François PENY

- Annexe III –

STATION D'EPURATION DE SAUVETERRE-DE-GUYENNE

RECAPITULATIF DES EXIGENCES DE L'ARRETE PREFECTORAL

N° D'ARTICLE	TYPE DE CONTRÔLE, D'ETUDE OU DE DOCUMENT	FREQUENCE OU ECHEANCE	ORGANISMES DESTINATAIRES
3.1.	<ul style="list-style-type: none">le permissionnaire transmettra à la police de l'eau le plan de récolement	<ul style="list-style-type: none">après réception définitive des travaux	<ul style="list-style-type: none">
3.2.	<ul style="list-style-type: none">Présentation par le permissionnaire d'une délibération du Conseil municipal pour la mise en séparatif du réseau et d'un calendrier pour le phasage des travaux.Mise en séparatif du réseau de collecte dans sa partie péri-urbaine le long de la D 230 en direction de La Réole.Suppression de trois déversoirs d'orage sur trois au fur et à mesure de la mise en séparatif du réseau et des travaux de réhabilitation de la station.Rapport de fin de travaux annexé au plan du réseau mis à jour.	<ul style="list-style-type: none">en 2008en 20092008 et 2009immédiatement après les travaux	<ul style="list-style-type: none">DDAF – Police de l'eau
5	<ul style="list-style-type: none">La conformité des systèmes de collecte et de traitement est appréciée selon les termes définis dans le présent arrêté ainsi que celui du 22/06/07. En cas de modifications des textes nationaux, les nouvelles valeurs s'appliqueraient de droit, sauf si les prescriptions sont moins contraignantes que le présent arrêté.	<ul style="list-style-type: none">immédiatement	<ul style="list-style-type: none">
6	<ul style="list-style-type: none">Le permissionnaire devra effectuer tous les 2 ans, en amont et en aval du point de rejet, une analyse physico-chimique et une analyse hydrobiologique (IBGN) des eaux du cours d'eau « des Tanneries ». Au vu des résultats de l'autosurveillance relative à la qualité du rejet et de l'IBGN, la fréquence de ce dernier pourra être espacée sur demande motivée auprès du service de police de l'eau.Proposition des sites de prélèvement et de l'organisme intervenant.Le permissionnaire procédera à l'entretien régulier du cours d'eau par faucardage en hiver, au droit de sa propriété. Il maintiendra la ripisylve en place afin de garantir l'ombragement suffisant servant à conserver les fonctions auto-épuratrices naturelles du ruisseau.	<ul style="list-style-type: none">immédiatement	<ul style="list-style-type: none">DDAF – Police de l'eau

8.1.	<ul style="list-style-type: none"> Le permissionnaire informe, au préalable, le service chargé de la Police de l'Eau sur les périodes d'entretien et de réparations prévisibles et de la consistance des opérations susceptibles d'avoir un impact sur la qualité des eaux. Il précise les caractéristiques des déversements (flux, charge) pendant cette période et les mesures prises pour en réduire l'impact sur le milieu récepteur. 	<ul style="list-style-type: none"> 15 jours minimum 	<ul style="list-style-type: none"> DDAF – Police de l'eau
8.2.	<ul style="list-style-type: none"> Signalement de tout dysfonctionnement d'un impact sur le milieu récepteur et les mesures prises pour y remédier. 	<ul style="list-style-type: none"> immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> DDAF – Police de l'eau
9	<ul style="list-style-type: none"> Equipement du système de traitement en auto-surveillance selon les dispositions de l'arrêté du 22/06/07 et rédaction du manuel d'auto-surveillance. Envoi par mail des données sous format SANDRE. 	<ul style="list-style-type: none"> Pendant la phase construction de la station. mensuelle 	<ul style="list-style-type: none"> DDAF, Agence de l'Eau A-G
10	<ul style="list-style-type: none"> Le site de la station est maintenu en permanence en état de propreté sans utilisation de dés herbants. 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none">
11	<ul style="list-style-type: none"> La présente autorisation est accordée pour une durée de QUINZE ANS. 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none">
16	<ul style="list-style-type: none"> Signalement de toute modification apportée par le permissionnaire au système de traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> avant sa réalisation 	<ul style="list-style-type: none"> DDAF – Police de l'eau
17	<ul style="list-style-type: none"> Signalement du transfert du bénéfice de la présente autorisation. 	<ul style="list-style-type: none"> dans les trois mois qui suivent la prise en charge de l'ouvrage 	<ul style="list-style-type: none"> DDAF – Police de l'eau



DIRECTION DEPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA GIRONDE
Service Santé-Environnement

DIRECTION DEPARTEMENTALE
DE L'AGRICULTURE ET DE LA FORET DE LA GIRONDE

Service Forêt-Environnement

Cellule Police de l'Eau et des Milieux Aquatiques

Arrêté du 08.02.2008

**AUTORISANT ET DÉCLARANT D'UTILITÉ PUBLIQUE LE PRÉLÈVEMENT D'EAU À PARTIR DU FORAGE
F3 SUR LA COMMUNE DE PRÉCHAC**

LE PREFET DE LA REGION AQUITAINE,
PREFET DE LA GIRONDE,
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR,

- VU** le code de l'environnement, le Livre II - Titre I^{er} - relatif à la protection de l'eau et des milieux aquatiques et notamment les articles L.215-13 relatif à la dérivation des eaux et L. 211-1, L211-3 et L. 214-1 à 214-9 ;
- VU** le code de la santé publique et notamment les articles L.1321-1 et suivants et les articles R.1321-1 à R.1321-63 relatifs aux eaux destinées à la consommation humaine à l'exclusion des eaux minérales;
- VU** le code de l'expropriation pour cause d'utilité publique notamment les articles R 11-4 à R 11-14;
- VU** le code de l'urbanisme et notamment les articles L.126-1 et les articles R.126-1 à R.126-2 relatifs aux servitudes d'utilité publique affectant l'utilisation du sol ;
- VU** le décret n° 93-742 du 29 mars 1993 modifié relatif aux procédures d'autorisation et de déclaration prévues par les articles L.214-1 à L.214-6 du code de l'environnement ;
- VU** le décret n° 93-743 du 29 mars 1993 modifié relatif à la nomenclature des opérations soumises à autorisation ou à déclaration, en application des articles L.214-1 à L.214-6 susvisés ;

- VU l'arrêté du 11 janvier 2007 relatif au programme de prélèvements et d'analyses du contrôle sanitaire pour les eaux fournies par un réseau de distribution, pris en application des articles R. 1321-10, R. 1321-15 et R. 1321-16 du code de la santé publique ;
- VU l'arrêté du 11 janvier 2007 relatif aux limites et références de qualité des eaux brutes et des eaux destinées à la consommation humaine mentionnées aux articles R. 1321-2, R. 1321-3, R. 1321-7 et R. 1321-38 du code de la santé publique ;
- VU les arrêtés ministériels du 11 septembre 2003 modifiés portant application du décret n°96-102 du 02 février 1996 et fixant les prescriptions générales applicables au sondage, forage, création de puits ou ouvrage souterrain soumis à déclaration et aux prélèvements soumis à déclaration et autorisation en application des articles L.214-1 à L.214-6 du code de l'environnement et relevant des rubriques 1.1.1.0., 1.1.2.0., 1.2.1.0., 1.2.2.0. ou 1.3.1.0. de la nomenclature annexée au décret n°93-743 du 29 mars 1993 modifié ;
- VU l'arrêté préfectoral du 6 août 1996 portant approbation du Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux (SDAGE) du Bassin ADOUR-GARONNE prenant effet à compter du 16 septembre 1996 ;
- VU l'arrêté préfectoral du 25 novembre 2003 approuvant le S.A.G.E. "Nappes Profondes en Gironde" ;
- VU l'arrêté préfectoral du 28 février 2005 constatant la liste des communes incluses dans les zones de répartition des eaux ;
- VU l'arrêté préfectoral du 25 octobre portant ouverture de l'enquête publique désignant comme commissaire enquêteur Monsieur Jean-Maurice LESBACHES;
- VU l'arrêté préfectoral du 1^{er} août 2005 portant délégation de signature du secrétaire général de la préfecture de la Gironde ;
- VU le récépissé n°22 donné par à la direction départementale de l'agriculture et de la forêt en date du 25 juin 2003 suite à la déclaration d'exploitation du forage F3 par la commune de Préchac;
- VU la délibération du Conseil municipal en date du 16 février 2007 sollicitant l'autorisation pour le prélèvement et la dérivation des eaux pour la consommation humaine et la mise en place des périmètres de protection du forage F3 sur la commune de PRECHAC ;
- VU l'avis de l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique en date du 12 décembre 2005;
- VU le dossier annexé ;
- VU l'avis favorable de la direction régionale de l'environnement d'Aquitaine en date du 30 mars 2007 ;
- VU l'avis favorable de la commission locale de l'Eau du SAGE Nappes Profondes de la Gironde en date du 2 avril 2007;
- VU l'enquête publique réglementaire qui s'est déroulée du 13 novembre 2007 au 27 novembre 2007 dans la commune de PRECHAC;
- VU l'avis du conseil municipal de PRECHAC en date du 16 novembre 2007;
- VU le rapport et les conclusions du commissaire enquêteur en date du 15 décembre 2007 ;
- VU le rapport en date du 20 décembre 2007, rédigé par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales ;
- VU l'avis favorable de la Direction Départementale de l'Agriculture et de la Forêt du 16 janvier 2008,
- VU l'avis favorable du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques en date du 17 janvier 2008

CONSIDÉRANT que le projet doit permettre d'assurer la protection des intérêts visés à l'article L. 211-1 du code de l'environnement et de garantir la santé et la salubrité publique afin de satisfaire aux exigences de la préservation des écosystèmes aquatiques et de la ressource en eau ;

CONSIDÉRANT que les captages d'eau potable et l'établissement des périmètres de protection présentent un intérêt général ;

CONSIDÉRANT que l'établissement des périmètres de protection du forage F3 est indispensable pour assurer la protection de la qualité des eaux ;

SUR PROPOSITION du secrétaire général de la préfecture de la Gironde,

ARRÊTE

TITRE I - DISPOSITIONS TECHNIQUES

ARTICLE PREMIER – DÉCLARATION D'UTILITE PUBLIQUE

Sont déclarés d'utilité publique et autorisés au bénéfice de la commune de PRECHAC :

▪ *la dérivation et le prélèvement des eaux souterraines destinées à la consommation humaine du forage F3 sur la commune de PRECHAC dans la nappe du miocène,*

▪ *l'établissement des périmètres de protection de ce captage.*

ARTICLE 2 - OBJET DE L'AUTORISATION

Le permissionnaire est autorisé à prélever, par l'intermédiaire du forage F3 des eaux destinées à l'alimentation humaine.

Pour l'exploitation des ouvrages et l'exercice des activités énumérées dans le tableau de classement ci-après, le permissionnaire est tenu de respecter les engagements et valeurs annoncés dans son dossier d'autorisation dès lors qu'ils ne sont pas contraires aux dispositions du présent arrêté, du Code de l'Environnement, du code de la santé publique, des arrêtés du 11 septembre et du 25 novembre 2003 susvisés.

OUVRAGES – INSTALLATIONS - ACTIVITES	RUBRIQUE	REGIME
Prélèvements permanents ou temporaires issus d'un forage, puits ou ouvrage souterrain dans un système aquifère, à l'exclusion de nappes d'accompagnement de cours d'eau, par pompage, drainage, dérivation ou tout autre procédé le volume total prélevé étant : - supérieur à 10 000 m ³ /an mais inférieur à 200 000 m ³ /an	1.1.2.0	Déclaration

ARTICLE 3 - EMBLEMMENT DE L'OUVRAGE

Le forage est situé sur la commune de PRECHAC, au droit de la parcelle cadastrale n° 120, section AC, (plan de situation en annexe 1).

Coordonnées LAMBERT II étendu : x = 385 842 m y = 1 937 082 m z = + 51,00 m NGF

ARTICLE 4 – DESCRIPTION DE L'OUVRAGE

L'ouvrage de captage est décrit selon la coupe technique annexée au présent arrêté (annexe 2).

ARTICLE 5 – CARACTÉRISTIQUES DE L'OUVRAGE ET DU PRÉLÈVEMENT AUTORISÉ

N° d'ordre et Nom du captage	Indice BSS	Nappe Aquifère	Unité de gestion SAGE Nappes profondes	Classement SAGE NP	Prof. (m)
forage F3	08761X0042	miocène	Miocène sud	Zone déficitaire non	58

Nom du captage	Unité de gestion	Débits maximum			Volume maxi annuel (m ³ /an)
		Horaire (m ³ /h)	Journalier (m ³ /j)	Journalier de pointe (m ³ /j)	
forage F3	Miocène sud	20	420	480	100 000

PRESCRIPTION : Les ouvrages et installations de prélèvement d'eau doivent être conçus de façon à éviter le gaspillage d'eau. A ce titre, le permissionnaire prend des dispositions pour limiter les pertes des ouvrages de dérivation, des réseaux et installations alimentés par le prélèvement.

ARTICLE 6 : EQUIPEMENT DE L'OUVRAGE

- Un **piézomètre** est installé dans le forage comprenant un tube guide d'au moins 20 mm de diamètre de façon que les mesures des niveaux statique et dynamique puissent être faites en toutes circonstances avec précision à la sonde électrique.
- Un **compteur volumétrique** est installé et maintenu en état de marche. La remise à zéro du compteur est interdite.
- Un **robinet de prélèvement** est installé aux fins d'analyses des eaux brutes.

ARTICLE 7 : SURVEILLANCE DE L'OUVRAGE, DES PRELEVEMENTS ET DE LA NAPPE

Pendant la durée de l'exploitation, le propriétaire des captages doit veiller au bon entretien des ouvrages et de leurs abords, de façon à rendre impossible toutes intercommunications entre niveaux aquifères différents ainsi que toute pollution des eaux souterraines.

Tous les dix ans, un diagnostic de l'ouvrage de prélèvement est réalisé. Il comprend notamment une mesure par micro-moulinet pour connaître la vitesse et le positionnement des venues d'eau et une inspection par caméra de la colonne de captage.

Lorsque des travaux de réfection sont nécessaires, le permissionnaire en avise sans délai, la police de l'eau de la direction départementale de l'agriculture et de la forêt (DDAF).

Le permissionnaire ou son gestionnaire consigne sur un registre ou cahier, les éléments listés ci-après, du suivi de l'exploitation des ouvrages :

- La mesure des débits, dans les conditions normales d'exploitation, faite une fois par an au minimum.
- Le relevé des volumes prélevés, au minimum hebdomadaire.
- La mesure des niveaux statiques et dynamiques, effectuée une fois par an dans des conditions et des périodes telles qu'il n'en résulte pas de gêne dans le fonctionnement des installations desservies par le captage. La mesure du niveau statique est réalisée après un arrêt de 4 heures au minimum.

PRESCRIPTION : Ces mesures sont adressées en fin d'année calendaire à la DDAF.

- Les incidents survenus dans l'exploitation, les opérations effectuées pour y remédier.

Ce registre ou cahier doit être tenu à la disposition de la DDAF et de la Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ainsi que des agents délégués par ces administrations.

ARTICLE 8 : PERIMETRES DE PROTECTION DU CAPTAGE

Est institué et déclaré d'utilité publique le périmètre de protection immédiate du forage « F3 ».

Ce périmètre s'étend conformément aux indications du plan et de l'état parcellaire joint (annexe 3) au présent arrêté.

Ces documents feront foi en tout état de cause.

Il n'est pas établi de périmètres de protection rapprochée et éloignée.

L'existence de la déclaration d'utilité publique du périmètre n'est pas remise en cause tant que l'ouvrage est exploité pour les besoins ayant motivé le présent arrêté.

8.1 PÉRIMÈTRE DE PROTECTION IMMÉDIATE

Le périmètre de protection immédiate, d'une superficie de 1516 m², englobe la parcelle cadastrée n° 120, section AC, exceptée la surface d'implantation (cf. annexe 3) d'un relai téléphonique dans la partie nord ouest de la parcelle, au lieu-dit « bourg » sur la commune de PRECHAC.

La parcelle inclut les installations suivantes :

- les stations de traitement et de pompage,
- la bêche de rétention des eaux de lavage du filtre,
- le château d'eau de 200 m³,
- le forage F1 obturé,

- des antennes de télétransmission à visée commerciale, sur le faitage du château d'eau,
- les équipements électroniques, au niveau du sol,
- des câbles de liaison installés entre les antennes et les équipements sur la paroi extérieure du réservoir.

Ce périmètre doit être et demeurer la pleine propriété de la commune de PRECHAC.

La tête du forage est recouverte d'un capot étanche muni d'un système de verrouillage empêchant toute tentative de détérioration de l'ouvrage.

L'accès à l'intérieur du périmètre est interdit à toute personne en dehors du maître d'ouvrage et des personnes habilitées.

Toute activité et tout dépôt autres que ceux strictement nécessaires à l'exploitation ou à l'entretien du point d'eau sont interdits et, d'une manière générale, tout fait susceptible d'altérer directement ou indirectement la qualité des eaux.

Les installations de captage du forage sont conservées en bon état et régulièrement entretenues.

Les terrains doivent être entretenus régulièrement et les produits et résidus résultant de cet entretien doivent être immédiatement évacués. L'usage de désherbant est prohibé y compris pour les riverains aux abords immédiats de la clôture limitrophe.

Tout ruissellement d'eaux pluviales provenant de l'extérieur du site doit être maîtrisé et dirigé vers le réseau de collecte des eaux pluviales.

PRESCRIPTION : Les travaux et mesure suivants sont réalisés dans un délai de 1 an à compter de la date de publication du présent arrêté :

- La parcelle doit être clôturée sur la totalité de son périmètre à une hauteur d'au moins 1,80 mètre.
- L'ensemble doit être muni d'un portail fermé à clé de même hauteur.
- Des pancartes signalant au public la présence d'un captage d'eau potable et l'interdiction de pénétrer dans l'enceinte seront installées.

PRESCRIPTION : Les travaux et mesure suivants sont réalisés dans un délai de 3 ans à compter de la date de publication du présent arrêté :

- Les antennes et leurs équipements doivent être enlevés du périmètre.

Dans l'attente et lors de l'enlèvement des antennes, toutes dispositions doivent être prises pour éviter la contamination de la ressource en eau et la dégradation des ouvrages destinés à la distribution de l'eau.

Une convention est signée avec la collectivité propriétaire des ouvrages, le service d'eau exploitant et les intervenants extérieurs. Elle doit préciser les conditions d'accès, la nature des travaux susceptibles d'être exécutés et des produits mis en œuvre, les éventuelles périodes d'interdiction d'accès et les modalités d'information du préfet (D.D.A.S.S) en cas d'incident survenu lors d'une intervention.

Toutes mesures doivent être prises pour que la commune de PRECHAC, l'exploitant de la distribution d'eau, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et le service chargé de la police de l'eau soient avisés sans retard de tout accident entraînant le déversement de substances liquides ou solubles à l'intérieur du périmètre de protection.

Un carnet sanitaire relatif à la surveillance du périmètre de protection est établi par l'exploitant des captages et tenu à disposition de la DDASS.

Dans ce carnet seront notamment consignés régulièrement, et au moins une fois par an, les comptes-rendus des visites relatives à l'état de l'ouvrage de captage, du périmètre de protection immédiate, ainsi que des travaux d'entretien effectués.

Toute anomalie notable doit être signalée sans délai à l'autorité sanitaire.

8.2: DÉLAI ET DURÉE DE VALIDITÉ DES SERVITUDES

Les ouvrages, installations, travaux, activités, dépôts, aménagement ou occupation des sols décrits doivent satisfaire aux obligations du présent arrêté dans un délai maximum de 1 an, sauf mention particulière précisée aux articles concernés.

Les dispositions du présent arrêté demeurent applicables tant que le captage participe à l'approvisionnement de la collectivité dans les conditions fixées par celui-ci.

ARTICLE 9 : TRAITEMENT ET DISTRIBUTION DES EAUX

Les eaux captées servent à l'alimentation en eau de consommation humaine de la commune de PRECHAC et de la commune de BOURIDEYS.

9.1. - Filière de traitement :

Le concessionnaire est autorisé à traiter les eaux captées et à les distribuer en vue de la consommation humaine, sous réserve de répondre aux conditions exigées par le code de la santé publique et les textes réglementaires en vigueur. Le procédé de traitement, son installation, son fonctionnement et la qualité des eaux produites et distribuées sont placés sous le contrôle de la DDASS.

Les eaux brutes subissent un traitement de déferrisation physico-chimique et de désinfection par hypochlorite de sodium. Le traitement de déferrisation est surdimensionné afin d'éliminer aussi le manganèse. Si ce traitement n'était pas efficace, un autre procédé d'élimination du manganèse sera envisagé et installé très rapidement. La distribution de l'eau à partir du forage F3 sera momentanément interrompue pendant cette phase.

La station de traitement est située sur la parcelle n°120, section AC. Les eaux sont ensuite stockées dans le château d'eau d'une capacité de 200 m3 avant d'être refoulées sur le réseau de distribution (annexe 4).

Les eaux de lavage des filtres de déferrisation sont décantées, les boues concentrées seront évacuées hors du site pour être éliminées dans de conditions réglementaires.

PRESCRIPTION : Tout projet de modification du traitement doit faire l'objet d'une déclaration auprès de la DDASS. Elle appréciera, suivant l'importance des modifications, si une nouvelle autorisation est nécessaire.

9.2. - Surveillance de la qualité de l'eau et des installations :

La personne responsable de la production ou de la distribution d'eau veille au bon fonctionnement des systèmes de production, de traitement et de distribution et organise la surveillance de la qualité de l'eau distribuée. Les ouvrages de captage, les dispositifs de protection et de traitement et les systèmes de distribution sont régulièrement entretenus et contrôlés.

L'eau en production et distribution doit être conforme à la réglementation en vigueur.

PRESCRIPTIONS :

- Un suivi analytique des taux de fer, de manganèse et de désinfectant est assuré sur l'eau traitée avant mise en distribution.
- Le responsable de la distribution de l'eau adresse chaque année au préfet (DDASS), un bilan de fonctionnement du système de distribution (surveillance et travaux) et indique le plan de surveillance défini pour l'année suivante.
- Toute anomalie notable doit être signalée sans délai à la DDASS.

9.3. - Contrôle sanitaire

La qualité de l'eau brute et traitée est contrôlée selon un programme annuel établi par la DDASS conformément à la réglementation en vigueur.

Les frais d'analyses et de prélèvements sont à la charge du pétitionnaire selon les tarifs fixés par la réglementation.

La fréquence de contrôle pourra être modulée par la DDASS en fonction des résultats observés

ARTICLE 10 : PLAN ET VISITE DE RÉCOLEMENT

La commune de PRECHAC établit un plan de récolement des installations à l'issue de la réalisation des travaux. Celui-ci est adressé à la DDASS et à la DDAF dans un délai de 3 mois suivant l'achèvement des travaux.

Après réception, une visite de récolement est effectuée par les services de l'Etat en présence du maître d'ouvrage et de l'exploitant.

TITRE II – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 11 : DURÉE DE L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

La présente autorisation est accordée pour une durée de TRENTE ANS à compter de la date de notification du présent arrêté.

ARTICLE 12 : CONFORMITE AU DOSSIER ET MODIFICATION

Les installations, ouvrages, travaux ou activités, objets de la présente autorisation, sont situés, installés et exploités conformément aux plans et au contenu du dossier de demande d'autorisation sans préjudice des dispositions de la présente autorisation.

ARTICLE 13 : MODIFICATION DES OUVRAGES OU DE LEUR MODE D'UTILISATION PAR LE PERMISSIONNAIRE

Toutes modifications apportées aux ouvrages, installations, à leur mode d'utilisation, à la réalisation des travaux ou à l'aménagement en résultant à l'exercice des activités ou à leur voisinage et entraînant un changement notable des éléments du dossier de demande d'autorisation, doivent être portées, avant sa réalisation, à la connaissance du préfet avec tous les éléments d'appréciation, qui peut exiger une nouvelle demande d'autorisation, conformément aux dispositions de l'article 15 du décret n°93-742 du 29 mars 1993 modifié.

ARTICLE 14 : ACCES AUX INSTALLATIONS

Les agents chargés de la police de l'eau (DDAF) et du contrôle sanitaire (DDASS) auront libre accès aux installations, ouvrages, travaux ou activités autorisés par la présente autorisation, dans les conditions fixées par les codes de l'environnement et de la santé. Ils pourront demander communication de toute pièce utile au contrôle de la bonne exécution du présent arrêté.

ARTICLE 15 : CARACTÈRE DE L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

L'autorisation est accordée à titre personnel, précaire et révocable sans indemnité de l'Etat exerçant ses pouvoirs de police.

Si, à quelque époque que ce soit, l'administration décidait dans un but d'intérêt général, notamment du point de vue de la lutte contre la pollution des eaux et leur régénération, dans le but de satisfaire ou de concilier les intérêts mentionnés à l'article L.211-1 du code de l'environnement, de modifier d'une manière temporaire ou définitive l'usage des avantages concédés par le présent arrêté, le permissionnaire ne pourrait réclamer aucune indemnité.

Faute par le permissionnaire de se conformer dans le délai fixé aux dispositions prescrites, l'administration pourra prononcer la déchéance de la présente autorisation et, prendre les mesures nécessaires pour faire disparaître aux frais du permissionnaire tout dommage provenant de son fait, ou pour prévenir ces dommages dans l'intérêt de l'environnement, de la sécurité et de la santé publique, sans préjudice de l'application des dispositions pénales relatives aux contraventions au code de l'environnement.

Il en sera de même dans le cas où, après s'être conformé aux dispositions prescrites, le permissionnaire changerait ensuite l'état des lieux fixé par la présente autorisation, sans y être préalablement autorisé, ou s'il ne maintenait pas constamment les installations en état normal de bon fonctionnement.

ARTICLE 16 : RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Le bénéficiaire de l'autorisation peut obtenir le renouvellement de cette dernière. Dans ce cas, il doit formuler la demande auprès de la DDAF, dans un délai de deux ans au plus et de six mois au moins, avant la date d'expiration de l'autorisation.

La demande comprend les pièces énumérées à l'article 17 du décret n°93-742 du 29 mars 1993 susvisé.

ARTICLE 17 : TRANSFERT DE L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Si le bénéfice de la présente autorisation est transmis à une autre personne que celle qui est mentionnée à l'article 1er du titre I, le nouveau bénéficiaire doit en faire la déclaration au préfet, dans les trois mois qui suivent la prise en charge de l'ouvrage, de l'installation, des travaux ou des aménagements ou le début de l'exercice de son activité.

Cette déclaration doit mentionner, s'il s'agit d'une personne physique, les nom, prénom et domicile du nouveau bénéficiaire et, s'il s'agit d'une personne morale, sa dénomination ou sa raison sociale, sa forme juridique, l'adresse de son siège social ainsi que la qualité du signataire de la déclaration. Il est donné acte de cette déclaration.

La cessation définitive ou pour une période supérieure à deux ans, de l'exploitation ou de l'affectation indiquée dans la présente autorisation, d'un ouvrage ou d'une installation doit faire l'objet d'une déclaration, par l'exploitant ou, par défaut, par le propriétaire, auprès du Préfet dans le mois qui suit la cessation définitive, l'expiration du délai de deux ans ou le changement d'affectation.

Il est donné acte de cette déclaration.

ARTICLE 18 : DÉCLARATION DES INCIDENTS OU ACCIDENTS PAR LE PERMISSIONNAIRE

Le permissionnaire est tenu de déclarer au préfet sans délai, dans les conditions fixées à l'article L.211-5 du code de l'environnement, les accidents ou incidents intéressant les installations, ouvrages, travaux ou activités faisant l'objet de la présente autorisation et qui sont de nature à porter atteinte aux intérêts mentionnés à l'article L.211-1 du code suscités.

Sans préjudice des mesures que pourra prescrire le préfet, le maître d'ouvrage devra prendre ou faire prendre toutes dispositions nécessaires pour mettre fin aux causes de l'incident ou accident, pour évaluer ses conséquences et y remédier.

Le permissionnaire demeure responsable des accidents ou dommages qui seraient la conséquence de l'activité ou de l'exécution des travaux et de l'aménagement.

ARTICLE 19 : ARRÊT D'EXPLOITATION – ABANDON DES OUVRAGES

Tout abandon d'exploitation de forage avec ou sans suppression de ce dernier doit être déclaré auprès de la DDAF dans le mois qui suit la cessation définitive. L'autorité se prononce, le cas échéant, sur l'opportunité de conserver en l'état l'ouvrage en cause, susceptible d'être utilisé par la suite à d'autres usages tels que le suivi piézométrique et la surveillance de la qualité de la nappe.

Dans le cas d'une réponse négative, le forage doit obligatoirement faire l'objet d'un comblement permettant d'éviter la communication entre aquifères et les pollutions par les eaux de surface.

Le comblement effectué par un organisme dont le choix est soumis à l'approbation de l'Inspecteur chargé de la police de l'eau et des milieux aquatiques, doit se faire sous la maîtrise d'œuvre d'un hydrogéologue qui présente à la DDAF le projet, le procès-verbal de réalisation et de récolement des travaux effectués.

ARTICLE 20 : RETRAIT OU SUSPENSION DE L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT – MISE HORS SERVICE OU SUPPRESSION DE L'OUVRAGE DE PRELEVEMENT PAR LE PREFET

La décision de retrait d'autorisation est prise par un arrêté préfectoral qui, s'il y a lieu, prescrit la remise du site dans un état tel qu'il ne s'y manifeste aucun danger ou aucun inconvénient pour les éléments concourant à la gestion équilibrée de la ressource en eau.

En cas de défaillance, du titulaire de l'autorisation retirée, dans l'exécution des travaux prescrits par la décision de retrait, le Préfet peut y faire procéder d'office, dans les conditions prévues à l'article L.216-1 du code de l'environnement.

Dans le cadre de la suspension ou du retrait de l'autorisation de prélèvement, le permissionnaire ou l'exploitant des ouvrages de prélèvements est tenu, jusqu'à la remise en service, la reprise de l'activité ou la remise en état des lieux, de prendre toutes dispositions nécessaires pour assurer la surveillance de l'ouvrage et des installations.

ARTICLE 21 : MODIFICATIONS DES PRESCRIPTIONS PAR LE PREFET

A la demande du bénéficiaire de l'autorisation ou à sa propre initiative, le Préfet peut prendre des arrêtés complémentaires après avis du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques. Ces arrêtés peuvent fixer toutes les prescriptions additionnelles que la protection des éléments mentionnés à l'article L.211-1 du Code de l'Environnement rend nécessaires ou atténuer celles des prescriptions primitives dont le maintien n'est plus justifié.

ARTICLE 22 : DROITS DES TIERS

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

ARTICLE 23 : PUBLICATION ET INFORMATION DES TIERS

1 - à la charge du Préfet :

- Le présent arrêté est notifié au permissionnaire, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture et mis à la disposition du public sur le site internet de la préfecture,
- Un avis est inséré par les soins du préfet et aux frais du permissionnaire dans deux journaux locaux du département.

2 - à la charge du permissionnaire :

- Le permissionnaire transmet à la préfecture dans un délai de 6 mois après la date de signature de l'arrêté, une note sur l'accomplissement des formalités portant sur l'insertion de l'arrêté dans les documents d'urbanisme,

3 - à la charge de la commune de PRECHAC

- Les servitudes du périmètre de protection prévues au présent arrêté sont transcrites dans les documents d'urbanisme de la commune dans un délai de 3 mois avec ses documents graphiques, dans les conditions définies par le Code de l'Urbanisme.
- Le zonage et la réglementation du PLU sont modifiés pour prendre en compte les servitudes du présent arrêté dans le même délai.
- Le présent arrêté est affiché en mairie pendant **une durée minimale de deux mois**.
- Le maire conserve le présent arrêté et délivre à toute personne qui le demande les informations sur les servitudes qui y sont rattachées.
- Procès-verbal de l'accomplissement de ces formalités d'affichage est dressé par les soins du maire.

ARTICLE 24 : AUTRES RÉGLEMENTATIONS

La présente autorisation ne dispense pas le permissionnaire de requérir les autorisations nécessitées par l'application d'autres réglementations, notamment celles susceptibles d'être exigées par le code de l'urbanisme.

ARTICLE 25 : DÉLAI ET VOIE DE RECOURS

La présente décision peut être déférée au Tribunal Administratif de Bordeaux (9, rue Tastet - BP 947 - 33063 BORDEAUX CEDEX).

- en ce qui concerne la déclaration d'utilité publique, en application de l'article R 421-1 du code de la justice administrative,
 - par toute personne ayant intérêt pour agir, dans un délai de deux mois à compter de son affichage en mairie.
- en ce qui concerne les servitudes publiques, en application de l'article R 421-1 du code la justice administrative :
 - par les propriétaires concernés dans un délai de deux mois à compter de sa notification.
- en ce qui concerne le code de l'environnement, en application des articles L 211-6, L.214-10, L.216-2 du code de l'environnement et dans les conditions prévues à l'article L.514-6 dudit code.
 - par le bénéficiaire, dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs,
 - par les tiers, dans un délai de quatre ans à compter de la publication ou de l'affichage, ce délai étant le cas échéant prolongé jusqu'à la fin d'une période de deux années suivant la mise en activité de l'installation.

Toute personne peut également saisir dans un délai de deux mois à compter de la notification et de la publication du présent arrêté :

- le préfet de Gironde d'un recours gracieux; le silence gardé par l'administration pendant plus de deux mois vaut décision de rejet,

- les ministres chargés de la santé et de l'environnement d'un recours hiérarchique; le silence gardé pendant plus de deux mois vaut décision de rejet.

Cette personne dispose alors d'un délai de deux mois pour se pourvoir devant le Tribunal Administratif de Bordeaux à compter de la date d'expiration de la période de deux mois ou à compter de la réponse explicite de l'administration.

ARTICLE 26 : SANCTIONS

- Non respect de la déclaration d'utilité publique

En application de l'article L.1324-3 du code de la santé publique, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende, le fait de ne pas se conformer aux dispositions des actes déclaratifs d'utilité publique.

- Dégradation, pollutions d'ouvrages

En application de l'article L.1324-4 du code de la santé publique, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende, le fait de dégrader des ouvrages publics destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation, de laisser introduire des matières susceptibles de nuire à la salubrité dans l'eau de source, des fontaines, des puits, des citernes, des aqueducs, des réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique.

- Obstacle à la mission des agents du ministère de la santé pour le contrôle du respect du règlement sanitaire

En application de l'article L1312-2 du code de la santé publique, est puni de trois mois d'emprisonnement et de 3 750 € d'amende.

- Obstacle à la mission des agents de la police de l'eau et des milieux aquatiques pour le contrôle du respect du code de l'environnement

En application de l'article L216-10 du code de l'environnement, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende.

- Non-respect des prescriptions fixées par le préfet dans l'arrêté d'autorisation et les arrêtés complémentaires

En application de l'article L216-10 du code de l'environnement, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende.

ARTICLE 27: EXÉCUTION

- le secrétaire général de la préfecture de la Gironde,
- le maire de la commune de PRECHAC,
- le Chef du Service départemental de l'Office National de l'Eau et des Milieux Aquatiques,
- le Commandant du groupement de la Gendarmerie de VILLANDRAUT
- le sous-préfet de LANGON,
- le directeur départemental de l'agriculture et de la forêt,
- le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales,
- le directeur régional de l'industrie, de la recherche et de l'environnement,
- le directeur départemental de l'équipement,

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté

Fait à BORDEAUX, le 8 février 2008

LE PREFET,
Pour le Préfet,
Le Secrétaire Général,
François PENY

ANNEXES :

- plan de situation et coupe du forage,
- plan et état parcellaire du périmètre de protection immédiate
- schéma synoptique du réseau d'eau potable

Les annexes sont consultables à la mairie de Préchac, à la DDASS service Santé environnement et à la Préfecture Bureau Environnement



PREFECTURE DE LA GIRONDE

Direction de l'Administration
Générale

Bureau de la Protection
De la Nature et de
L'Environnement

Arrêté du 25.02.2008

**MISE EN DEMEURE DE LA COMMUNE DE BELIN BELIET POUR LA MISE AUX NORMES DE SON
SYSTÈME D'ASSAINISSEMENT (ARTICLE L. 216-1 DU CODE DE L'ENVIRONNEMENT)**

LE PREFET DE LA REGION AQUITAINE,
PREFET DE LA GIRONDE,
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR,

VU la directive européenne n° 91/271/ CEE modifiée du Conseil du 21 mai 1991 relative au traitement des eaux résiduaires urbaines,

VU le code de l'environnement, et notamment son Livre II ainsi que ses articles R214-1 à R214-56 relatifs à la nomenclature des opérations soumises à autorisation ou à déclaration et aux procédures d'autorisation et de déclaration,

VU le code général des collectivités territoriales (C.G.C.T.), et notamment ses articles L.2224-7 à L.2224-12 et R.2224-6 à R.2224-16,

VU le code de la santé publique, et notamment le livre III de la 1^{ère} partie,

VU l'arrêté ministériel du 22 juin 2007 relatif à la collecte et au traitement des eaux usées des agglomérations d'assainissement ainsi qu'à la surveillance de leur fonctionnement et de leur efficacité, et aux dispositifs d'assainissement non collectif recevant une charge brute de pollution organique supérieure à 1,2 kg/j de DBO5,

VU le Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux du Bassin Adour-Garonne approuvé le 6 août 1996,

VU le SAGE Leyre approuvé le 5 février 2008,

VU la mise en œuvre de la procédure contradictoire prévue par l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000,

CONSIDERANT que l'arrêté d'autorisation délivré le 22 juillet 1997 à la commune de Belin-Beliet pour son système d'assainissement n'est plus valable depuis le 31 décembre 2007,

CONSIDERANT qu'en application de la directive européenne du 21 mai 1991 susvisée et des articles susvisés du code général des collectivités territoriales, le système d'assainissement de la Commune de Belin-Beliet eu égard à sa taille (2700 EH) et au milieu récepteur des rejets (L'Eyre), devait respecter les obligations résultant des textes susmentionnés, à savoir la mise en œuvre d'un traitement conforme de ses eaux usées, au plus tard le 31 décembre 2005,

CONSIDERANT que la charge brute de pollution organique contenue dans les eaux usées produites par les populations et activités économiques rassemblées dans l'agglomération d'assainissement de Belin-Beliet atteint la capacité nominale de la station d'épuration donnant lieu à des valeurs de rejets supérieures aux valeurs réhibitoires indiquées dans les textes sus-cités,

CONSIDERANT que les usages de l'eau en aval du point de rejet (canotage, baignade, prélèvements agricoles et piscicoles) doivent être préservés,

CONSIDERANT que le cours d'eau la L'Eyre est classé en site NATURA 2000 (FR7200721) et qu'il convient de préserver les habitats naturels présents,

CONSIDERANT en conséquence que la commune de Belin-Beliet doit procéder à l'augmentation de la capacité nominale de son système de traitement dans les meilleurs délais, et en tout état de cause au plus tard le 31/12/2009,

SUR proposition du Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde,

A R R E T E

Article 1 – La Commune de Belin -Beliet est mise en demeure :

- De déposer au plus tard le 30 juin 2008 un dossier de déclaration répondant aux prescriptions de l'arrêté du 22 juin 2007 sus-cité permettant de régulariser la situation administrative du système d'assainissement actuel de 2700 EH.
- De déposer avant le 30 octobre 2008 un dossier de déclaration de la nouvelle station d'épuration qui complètera le système actuel en portant la capacité nominale totale de traitement de l'agglomération à 6700 EH (2700 existant + 2000 EH 1^{er} phase, + 2000 EH 2^{ème} phase),
- De mettre en service la nouvelle station d'épuration (1^{ère} tranche de 2000 EH) avant le 31 décembre 2009,

Article 2 –

Dans l'attente de la mise en service de la nouvelle station d'épuration et de sorte à ne pas dégrader le milieu naturel et les performances du système actuel de traitement, il ne pourra être approuvé l'ouverture à l'urbanisation de nouveaux secteurs

Article 3

Le présent arrêté sera notifié à la Commune de Belin Beliet

En vue de l'information des tiers :

- ✓ Il sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde,
- ✓ une copie en sera déposée à la mairie où elle pourra y être consultée. Un extrait sera affiché dans cette mairie pendant un délai minimum d'un mois
- ✓ Une copie sera adressée au délégué du service assainissement de la Commune de Belin-Beliet

Article 4 – Ainsi que prévu à l'article L.216-2 du code de l'environnement, la présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif de BORDEAUX dans les conditions prévues à l'article L.514-6 du même code.

Article 5

- ✓ Le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde,
- ✓ Le Sous-Préfet d'Arcachon,
- ✓ Le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales,
- ✓ Le Directeur Départemental de l'Agriculture et de la Forêt,
- ✓ Le Commandant du groupement de Gendarmerie de la Gironde,
- ✓ Le Chef du Service départemental de l'Office National de l'Eau et des Milieux Aquatiques (ONEMA),

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Ampliation du présent arrêté sera adressée pour information :

- ✓ Au Directeur Régional de l'Environnement,
- ✓ Au Directeur de l'Agence de l'Eau Adour-Garonne
- ✓ Au Délégué Régional de l'Office National de l'Eau et des Milieux Aquatiques (ONEMA).

Bordeaux, le 25 février 2008

LE PREFET,
Pour le Préfet,
Le Secrétaire Général PI
Thierry ROGELET



**DEMANDE DE RENOUELEMENT DE L'AUTORISATION TEMPORAIRE DE
TRAVAUX HYDRAULIQUES POUR LA POSE D'UNE CANALISATION DE GAZ
DN 900 ENTRE CAPTIEUX ET MOULIETS-ET-VILLEMARTIN**

LE PREFET DE LA REGION AQUITAINE,
PREFET DE LA GIRONDE,
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR,

VU le Code de l'Environnement notamment ses articles L.214-1 à L.214-6 et les livres II et VI de la partie réglementaire,

VU l'arrêté préfectoral du 6 août 1996 portant approbation du Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux (SDAGE) du Bassin ADOUR-GARONNE prenant effet à compter du 16 septembre 1996,

VU l'arrêté préfectoral n° 29 du 27 septembre 2007 autorisant TOTAL INFRASTRUCTURE GAZ FRANCE à réaliser des travaux de pose sur 70 km de la canalisation de transport de gaz DN 900 entre Captieux et Mouliets-et-Villemartin, pour une durée de six mois renouvelable une fois,

VU la demande du 24 janvier 2008 de TOTAL INFRASTRUCTURES GAZ FRANCE, Direction des Opérations – Projet Artère de Guyenne, présenté par Monsieur Jean-Paul CAUMONT – 49 avenue Dufau – BP 522 – 64010 PAU, de renouveler l'autorisation temporaire pour une durée de six mois,

VU l'avis favorable du Conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques en date du 14 février 2008,

CONSIDERANT que la pose d'une canalisation de gaz de DN 900 « Artère de Guyenne » entre les communes de Captieux et Mouliets-et-Villemartin en Gironde, permet d'assurer la protection des intérêts visés à l'article L. 211-1 du Code de l'Environnement et de garantir la santé et la salubrité publique, afin de satisfaire aux exigences de la préservation des écosystèmes aquatiques et de la ressource en eau, que les travaux ont une durée limitée inférieure à un an,

CONSIDERANT que la première autorisation, qui était limitée à six mois renouvelable une fois, prendra fin le 31 mars 2008,

SUR proposition de l'Ingénieur en Chef du Génie Rural, des Eaux et des Forêts, Directeur Départemental Délégué de l'Agriculture et de la Forêt de la Gironde,

A R R E T E

TITRE DISPOSITIONS PARTICULIERES

ARTICLE PREMIER –

TOTAL INFRASTRUCTURES GAZ FRANCE, Direction des Opérations – Projet Artère de Guyenne, 49, avenue Dufau – BP 522 – 64010 PAU

représenté par Monsieur Jean-Paul CAUMONT, bénéficie d'une nouvelle autorisation temporaire pour une période de six mois, commençant le 1^{er} avril 2008, pour la réalisation des travaux de pose sur 70 km environ, de la canalisation de transport de gaz de DN 900, passant par Captieux, Giscos, Escaudes, Cudos, Sauviac, Saint-Côme, Bazas, Cazats, Brouqueyran, Coimères, Auros, Brannens, Bieujac, Saint-Pardon-de-Conques, Saint-Loubert, Castets-en-Dorthe, Saint-Martin-de-Sescas, Sainte-Foy-la-Longue, Saint-Laurent-du-Bois, Saint-Félix-de-Foncaude, Saint-Sulpice-de-Pommiers, Sauveterre-de-Guyenne, Blasimon, Ruch, Bossugan, Saint-Pey-de-Castets, Pujols, Mouliets-et-Villemartin afin de renforcer l'Artère de Guyenne.

ARTICLE 2 – MODIFICATION DE L'ARRÊTÉ DU 27 SEPTEMBRE 2007

La durée de l'autorisation figurant à l'article 11 de l'arrêté préfectoral du 27 septembre 2007 est modifiée. La nouvelle autorisation commencera le 1^{er} avril 2008 pour une durée de six mois.

Les autres articles de l'arrêté préfectoral du 27 septembre 2007 ne sont pas modifiés.

ARTICLE 3 - NOTIFICATION ET EXECUTION

Toutes les notifications sont valablement faites au permissionnaire :

TOTAL INFRASTRUCTURES GAZ FRANCE, Direction des Opérations – Projet Artère de Guyenne, 49, avenue Dufau – BP 522 – 64010 PAU

- Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde,
- Madame le Sous-Préfet de l'Arrondissement de LIBOURNE
- Monsieur le Sous-Préfet de l'arrondissement de LANGON,
- Mesdames et Messieurs les Maires de CAPTIEUX, GISCOS, ESCAUDES, CUDOS, SAUVIAC, SAINT-CÔME, BAZAS, CAZATS, BROUQUEYRAN, COIMÈRES, AUROS, BRANNENS, BIEUJAC, SAINT-PARDON-DE-CONQUES, SAINT-LOUBERT, CASTETS-EN-DORTHE, SAINT-MARTIN-DE-SESCAS, SAINTE-FOY-LA-LONGUE, SAINT-LAURENT-DU-BOIS, SAINT-FÉLIX-DE-FONCAUDE, SAINT-SULPICE-DE-POMMIERS, SAUVETERRE-DE-GUYENNE, BLASIMON, RUCH, BOSSUGAN, SAINT-PEY-DE-CASTETS, PUJOLS, MOULIETS-ET-VILLEMARTIN,
- L'Ingénieur en Chef du Génie Rural, des Eaux et des Forêts, Directeur Départemental Délégué de l'Agriculture et de la Forêt,

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à BORDEAUX, le 28 février 2008

Le PREFET,
Pour le Préfet,
Le Secrétaire Général,
François PENY



AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION
D'AQUITAINE

Arrêté du 28.01.2008

DIRECTION
REGIONALE des
AFFAIRES SANITAIRES
& SOCIALES

Service Offre de soins

**COEFFICIENT DE TRANSITION DE L'INSTITUT BERGONIE -
N° FINESS 330000662**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le code de la santé publique,

VU le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;

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

VU la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;

VU le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;

VU l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;

VU l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

VU l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 de l'Institut BERGONIE n° Finess 330000662 en date du 21 décembre 2007.

A R R E T E

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, de l'Institut BERGONIE n° Finess 330000662 est fixé au 1er janvier 2008 à : **1,059**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



**COEFFICIENT DE TRANSITION DU CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON -
N° FINESS 330781204**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 du Centre Hospitalier d'Arcachon° Finess 330781204 en date du 21 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, du Centre Hospitalier d'Arcachon N° Finess 330781204 est fixé au 1er janvier 2008 à : **0,899**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DU CENTRE HOSPITALIER DU BOUSCAT -
N° FINESS 330000332*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 du Centre hospitalier du BOUSCAT n° Finess 330000332 en date du 21 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, du Centre hospitalier du BOUSCAT N° FINESS 330000332 est fixé au 1er janvier 2008 à : **0,977**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DU CENTRE HOSPITALIER LA
RÉOLE - N° FINESS 330781246*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le code de la santé publique,

VU le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;

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

VU la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;

VU le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;

VU l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;

VU l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

VU l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 du Centre Hospitalier de La Réole n° Finess 330781246 en date du 21 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, du Centre Hospitalier de la Réole N° Finess 330781246 est fixé au 1er janvier 2008 à : **1,097**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DU CENTRE HOSPITALIER DE LANGON -
N° FINESS 330781238*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 du Centre Hospitalier de LANGON n° Finess 330781238 en date du 21 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, du Centre Hospitalier de Langon N° Finess 330781238 est fixé au 1er janvier 2008 à : **0,918**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DU CENTRE HOSPITALIER DE
LIBOURNE - N° FINESS 330781253*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 du Centre Hospitalier de Libourne n° Finess 330781253 en date du 31 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, du Centre Hospitalier de Libourne n° Finess 330781253 est fixé au 1er janvier 2008 à : **0,952**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DU CENTRE HOSPITALIER SAINTE
FOY LA GRANDE - N° FINESS 330781261*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 du Centre Hospitalier Sainte Foy La Grande n° Finess 330781261 en date du 31 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, du Centre Hospitalier de Sainte Foy La Grande N° Finess 330781261 est fixé au 1er janvier 2008 à : **1,094**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DE LA CLINIQUE MUTUALISTE DE
PESSAC - N° FINESS 330780529*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 de la clinique mutualiste de Pessac n° Finess 330780529 en date du 21 décembre 2007.

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, de la clinique mutualiste de Pessac N° Finess 330780529 est fixé au 1er janvier 2008 à : **1,016**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DE LA CLINIQUE DU MÉDOC -
N° FINESS 330780495*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

VU le code de la santé publique,

VU le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;

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

VU la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;

VU le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;

VU l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;

VU l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

VU l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 de la clinique du MEDOC n° Finess 330780495 en date du 21 décembre 2007.

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, de la clinique mutualiste du MEDOC n° Finess 330780495 est fixé au 1er janvier 2008 à : **1,007**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DE L'HÔPITAL DE BAZAS -
N° FINESS 330781212*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 de l'Hôpital de Bazas n° Finess 330781212 en date du 21 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, de l'Hôpital de Bazas N° Finess 330781212 est fixé au 1er janvier 2008 à : **0,923**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DU CENTRE HOSPITALIER DE
BORDEAUX - N° FINESS 330781196*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 du Centre Hospitalier de Bordeaux n° Finess 330781196 en date du 27 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, du Centre Hospitalier de Bordeaux n° Finess 330781196 est fixé au 1er janvier 2008 à : **1,014**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



**COEFFICIENT DE TRANSITION DE LA MSP BAGATELLE -
N° FINESS 330000340**

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 de la MSP BAGATELLE N° Finess 330000340 en date du 31 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, de la MSP BAGATELLE n° Finess 330000340 est fixé au 1er janvier 2008 à : **1,025**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DE LA CLINIQUE DE
WALLERSTEIN - N° FINESS 330780537*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 de la clinique Wallerstein n° Finess 330780537 en date du 21 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, de la clinique Wallerstein N° Finess 330780537 est fixé au 1er janvier 2008 à : **0,934**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COEFFICIENT DE TRANSITION DE L'HÔPITAL DE BLAYE -
N° FINESS 330781220*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique,
- VU** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10 ;
- VU** la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;
- VU** la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- VU** le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 3 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007, les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, notamment son article 6 ;
- VU** l'arrêté du 27 février 2007, modifié, fixant pour l'année 2007 les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- VU** l'arrêté fixant la dotation annuelle complémentaire pour 2007 de l'Hôpital de Blaye n° Finess 330781220 en date du 31 décembre 2007 ;

ARRETE

ARTICLE 1er – Le coefficient de transition, mentionné au II de l'article 4 du décret du 26 décembre 2007 susvisé, de l'Hôpital de Blaye n° Finess 330781220 est fixé au 1er janvier 2008 à : **0,933**.

ARTICLE 2 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 janvier 2008

Le Directeur de l'Agence
Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine
Alain GARCIA



*COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE
HOSPITALIER DE SAINTE-FOY-LA-GRANDE*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique, notamment les articles L. 6143-5, L. 6143-6 et R. 6143-1 à R. 6143-16,
VU l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé,
VU le décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et aux comités techniques des établissements publics de santé,
VU le décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code,
VU l'arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine en date du 27 novembre 2006 fixant la composition du conseil d'administration du centre hospitalier de Sainte Foy la Grande,
VU les arrêtés du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 juin, 1^{er} octobre et 30 novembre 2007 modifiant la composition du conseil d'administration du centre hospitalier de Sainte Foy la Grande,
SUR PROPOSITION du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Gironde,

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER - La composition du conseil d'administration du centre hospitalier de SAINTE-FOY-LA-GRANDE est modifiée ainsi qu'il suit :

2°) Collège des personnels

Représentant de la commission des soins infirmiers
de rééducation et médico-techniques

Mme Géraldine BOUTOLLEAU
(en remplacement de Mme Marie-Christine SEIGNEUR)

Le reste sans changement.

ARTICLE 2 - Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Gironde et le directeur du centre hospitalier de Sainte-Foy-la-Grande sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 1^{er} février 2008

Pour le directeur de l'agence régionale
de l'hospitalisation d'Aquitaine et par délégation,
Le directeur départemental des affaires
sanitaires et sociales de la Gironde,
Pour le directeur
L'inspecteur principal,
Elisabeth LEPARRE-ELLIAS



*COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'HÔPITAL
LOCAL DE MONSÉGUR*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique, notamment les articles L. 6143-5, L. 6143-6 et R. 6143-1 à R. 6143-16,
VU l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé,
VU le décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et aux comités techniques des établissements publics de santé,
VU le décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code,
VU l'arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine en date du 29 novembre 2006 fixant la composition du conseil d'administration de l'hôpital local de MONSEGUR,
VU l'arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine en date du 13 novembre 2007 modifiant la composition du conseil d'administration de l'hôpital local de MONSEGUR,
SUR PROPOSITION du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Gironde,

A R R Ê T E

ARTICLE PREMIER - La composition du conseil d'administration de l'hôpital local de MONSEGUR est modifiée ainsi qu'il suit :

2°) Collège des personnels

Représentants des personnels titulaires relevant
du titre IV du statut général des fonctionnaires

Mme Josette GREFFIER
Mme Liliane MICHELOT

Le reste sans changement.

ARTICLE 2 - Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Gironde et le directeur de l'hôpital local de Monséguir sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 1^{er} février 2008

Pour le directeur de l'agence régionale
de l'hospitalisation d'Aquitaine et par délégation,
Le directeur départemental des affaires
sanitaires et sociales de la Gironde,
Pour le directeur
L'inspecteur principal,
Elisabeth LESPARRE-ELLIAS



*COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE DE
SOINS DE PODENSAC*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique, notamment les articles L. 6143-5, L. 6143-6 et R. 6143-1 à R. 6143-16,
VU l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé,
VU le décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et aux comités techniques des établissements publics de santé,
VU le décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code,
VU l'arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine en date du 27 novembre 2006 fixant la composition du conseil d'administration du centre de soins de PODENSAC,
VU les arrêtés du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine en date des 20 février, 11 juillet, 13 novembre 2007 et 15 janvier 2008 modifiant la composition du conseil d'administration du centre de soins de PODENSAC,

SUR PROPOSITION du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Gironde,

A R R Ê T E

ARTICLE PREMIER - La composition du conseil d'administration du centre de soins de PODENSAC est modifiée ainsi qu'il suit :

2°) Collège des personnels

Représentants des personnels titulaires relevant
du titre IV du statut général des fonctionnaires

Mme Myriam DEGRAVE
Mme Patricia OMIECINSKI
M. Daniel PENTECOTE

Le reste sans changement.

ARTICLE 2 - Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Gironde et le directeur du centre de soins de Podensac sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 1^{er} février 2008

Pour le directeur de l'agence régionale
de l'hospitalisation d'Aquitaine et par délégation,
Le directeur départemental des affaires
sanitaires et sociales de la Gironde,
Pour le directeur
L'inspecteur principal,
Elisabeth LEPARRE-ELLIAS



*COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE
HOSPITALIER DE BLAYE*

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique, notamment les articles L. 6143-5, L. 6143-6 et R. 6143-1 à R. 6143-16,
- VU** l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé,
- VU** le décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et aux comités techniques des établissements publics de santé,
- VU** le décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code,
- VU** l'arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine du 29 novembre 2006 fixant la composition du conseil d'administration du centre hospitalier de BLAYE,
- VU** les arrêtés du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine en date des 14 décembre 2006, 1^{er}, 29 juin et 13 novembre 2007 modifiant la composition du conseil d'administration du centre hospitalier de BLAYE,
- SUR PROPOSITION** du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Gironde,

A R R Ê T E

ARTICLE PREMIER - La composition du conseil d'administration du centre hospitalier de BLAYE est modifiée ainsi qu'il suit :

2°) Collège des personnels

Représentants des personnels titulaires relevant
du titre IV du statut général des fonctionnaires

M. Jean COMBEAU
Mme Catherine DELLA-RAGIONE
Mme Annie KHETIB

Le reste sans changement.

ARTICLE 2 - Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Gironde et le directeur du centre hospitalier de Blaye sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 19 février 2008

Pour le directeur de l'agence régionale
de l'hospitalisation d'Aquitaine et par délégation,
Le directeur départemental des affaires
sanitaires et sociales de la Gironde,
Pour le directeur
L'inspecteur principal,
Elisabeth LESPARRE-ELLIAS



DIRECTION DES SERVICES FISCAUX
DE LA GIRONDE
Division F
Missions Foncières

Arrêté du 25.02.2008

***DISSOLUTION DE LA RÉGIE DE RECETTES INSTITUÉE AUPRÈS DU CENTRE DES IMPÔTS FONCIER DE
BORDEAUX III RELEVANT DE LA DIRECTION DES SERVICES FISCAUX DE LA GIRONDE***

LE PREFET DE LA REGION AQUITAINE,
PREFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR

VU le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique, et notamment l'article 18 ;

VU le décret n° 66-850 du 15 novembre 1966 relatif à la responsabilité personnelle et pécuniaire des régisseurs, modifié par le décret n° 76-70 du 15 janvier 1976 ;

VU le décret n° 82-385 du 10 mai 1982 relatif aux pouvoirs des Préfets et à l'action des services et organismes publics ;

VU l'arrêté du 28 mai 1993 fixant le taux de l'indemnité de responsabilité susceptible d'être allouée aux régisseurs d'avances et aux régisseurs de recettes relevant des services de l'Etat, des budgets annexes, des budgets des établissements publics nationaux ou des comptes spéciaux de Trésor, ainsi que le cautionnement imposé à ces agents, modifié par l'arrêté ministériel du 3 septembre 2001 portant adaptation de la valeur en euro de certains montants exprimés en francs ;

VU l'arrêté ministériel du 8 novembre 1993 habilitant les Préfets à instituer des régies de recettes de l'Etat auprès des centres des impôts fonciers et des bureaux du cadastre relevant des services déconcentrés de la Direction Générale des Impôts et à en nommer les régisseurs, modifié par l'arrêté ministériel du 31 janvier 2002 ;

VU l'arrêté préfectoral du 22 décembre 1993 portant création d'une régie de recettes auprès du Centre des Impôts foncier de BORDEAUX III relevant de la Direction des Services Fiscaux de la Gironde ;

VU la proposition du Directeur des services fiscaux de la Gironde relative à la dissolution de la régie de recettes instituée auprès du Centre des Impôts foncier de BORDEAUX III ;

VU L'avis favorable du Trésorier Payeur Général de la Gironde en date du 21 février 2008 ;

A R R E T E

ARTICLE 1^{er} : La régie de recettes instituée par arrêté préfectoral du 22 décembre 1993 auprès du centre des impôts fonciers de BORDEAUX III, cité administrative, rue Jules Ferry 33090 BORDEAUX cedex, relevant de la Direction des services fiscaux de la Gironde est dissoute à compter du 12 mars 2008 après la séance.

ARTICLE 2 : L'arrêté du 20 avril 2005 portant désignation de Mme Odile ROUYER, Responsable de Centre, en qualité de régisseur de recettes auprès du Centre des impôts foncier de BORDEAUX III est abrogé à compter de la même date.

ARTICLE 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde, le Trésorier Payeur Général de la Gironde et le Directeur des Services Fiscaux de la Gironde sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 25 février 2008

LE PRÉFET,
Pour le Préfet,
Le Secrétaire Général pi,
Thierry ROGELET



**MISE SOUS SURVEILLANCE DE L'EXPLOITATION DE MONSIEUR
ARNAUD ALAIN - 44 AUGEREAU - 33710 PUGNAC POUR NON-RESPECT
DES CONDITIONS D'INTRODUCTION EN ZONE INDEMNÉ DE RUMINANTS
ISSUS D'UNE ZONE RÉGLEMENTÉE VIS-À-VIS DE LA FIÈVRE
CATARRHALE OVINE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU la directive 2000/75 du Conseil du 20 novembre 2000 arrêtant des dispositions spécifiques relatives aux mesures de lutte et d'éradication de la fièvre catarrhale du mouton ou *bluetongue* ;
- VU le code rural, Livre II, Titre II et notamment son article L. 221-1, L. 223-2, L. 223-5, L. 223-7, L. 228-1, L. 228-3, L. 228-4, R 223-22 ;
- VU l'arrêté du 21 août 2001 modifié fixant les mesures techniques et financières de police sanitaire relative à la fièvre catarrhale du mouton ;
- VU l'arrêté préfectoral du 10 juillet 2006 donnant délégation de signature à M. Pierre PARRIAUD, Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde ;

CONSIDÉRANT la déclaration écrite effectuée le 27 novembre 2007 par Madame ARNAUD Gilberte, Cassillac 33710 PUGNAC indiquant que les trois bovins N° FR 23 07 221 630, FR 23 07 294 710, FR 23 07 294 introduits dans le cheptel bovin N° 33 341 006 de Monsieur ARNAUD Alain le 09 novembre 2007 et provenant d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie n'étaient pas accompagnés des justificatifs de désinsectisation des animaux ni des résultats de tests sanguins exigibles pour être introduits dans un cheptel situé en zone indemne à cette date ;

CONSIDÉRANT la déclaration écrite effectuée le 26 novembre 2007 par Monsieur THURIN Michel, négociant à 17500 VILLEXAVIER, selon laquelle les bovins mentionnés au considérant précédent n'ont fait l'objet d'aucun examen sanguin en vue de la recherche de fièvre catarrhale ovine avant leur sortie de zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine pour être cédés à Monsieur ARNAUD ;

SUR PROPOSITION du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde :

A R R E T E

Article 1^{er} :

L'exploitation de Monsieur ARNAUD Alain (comprenant les animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine, les locaux, les herbages et pâturages), sise 44 Augereau, commune de PUGNAC (33710), canton de Bourg, arrondissement de Blaye, hébergeant trois bovins en provenance d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie, est placée sous la surveillance du docteur FAGET (vétérinaire sanitaire à Cavignac) et du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde.

Article 2 :

La présente mise sous surveillance entraîne l'application des mesures suivantes au niveau de ladite exploitation :

- 1°) Aucun ruminant (ou produit : sperme, ovules, embryons) ne peut y pénétrer ou en sortir, quelle que soit son origine ou sa destination.
- 2°) Un recensement des ruminants présents est effectué, avec indication, pour chaque espèce, du nombre d'animaux et du nombre d'animaux morts.

- 3°) Tous les ruminants présents sur l'exploitation sont gardés à l'intérieur de bâtiments clos pendant les périodes d'activité maximale des vecteurs (à l'aube, au crépuscule et durant la nuit).

Les animaux qui ne peuvent être rentrés sont isolés dans des parcs non contigus à une autre exploitation hébergeant des animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine et en évitant de fréquenter les biotopes du vecteur (lieux humides).

- 4°) Une enquête épidémiologique et entomologique est réalisée par la direction départementale des services vétérinaires.

Article 3 :

Toutes les dispositions sont prises au niveau des locaux et pâtures hébergeant des animaux suspects pour éviter la dissémination du virus, notamment par :

- le traitement régulier des animaux (ruminants et équidés) par un insecticide autorisé,
- la couverture des principaux accès aux bâtiments (portes et fenêtres) de moustiquaires ou de toiles imprégnées d'insecticides (pyréthrinoides),
- le nettoyage des abords (en particulier sur 50 m à partir des locaux d'élevage : évacuation du fumier, drainage des eaux résiduelles, enfouissement des plantes en décomposition, etc...).

Article 4 :

Tout véhicule de transport du bétail doit être préalablement nettoyé et désinsectisé avant sa sortie de l'exploitation.

Article 5 :

Sans préjudice des articles précédents, les cadavres des animaux morts doivent être éliminés, le plus rapidement possible dans les conditions prévues aux articles L.226-1 à L.226-6 du code rural, sous couvert d'un laissez-passer sanitaire.

Article 6 :

Par dérogation à l'interdiction prévue au 1° de l'article 2, le directeur départemental des services vétérinaires peut autoriser la sortie de ruminants à destination d'un abattoir désigné à cet effet. Le transport des animaux dans un véhicule désinsectisé doit alors s'effectuer sans rupture de charge, sous couvert d'un laissez-passer sanitaire et sous réserve d'un examen clinique préalable à l'embarquement des animaux attestant l'absence de symptômes de maladie.

Article 7 :

Le docteur FAGET, effectuera des visites régulières dans l'exploitation concernée, procédera à un examen clinique des animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine et réalisera si nécessaire, les autopsies et prélèvements appropriés aux fins d'analyses.

Il réalisera deux tests sérologiques à 28 jours d'intervalle sur les animaux ayant fait l'objet du mouvement non autorisé : bovins N° FR 23 07 221 630, FR 23 07 294 710, FR 23 07 29.

En cas d'obtention d'un résultat positif ou douteux, le prélèvement de sérum en possession du laboratoire sera envoyé sans délai au CIRAD pour confirmation, accompagné des commémoratifs. Un prélèvement complémentaire sur EDTA sera réalisé et transmis à l'AFSSA Maisons-Alfort.

Article 8 :

L'arrêté de mise sous surveillance ne sera levé qu'après réception des deux tests sérologiques favorables.

Article 9 :

L'ensemble des mesures prescrites, y compris les prélèvements sanguins et les analyses réalisées par les laboratoires agréés seront financièrement à la charge de l'exploitant qui a introduit ces animaux dans son cheptel, Monsieur ARNAUD Alain.

Article 10 :

Les infractions aux dispositions des articles 2 à 5 du présent arrêté sont constatées par des procès verbaux. Elles sont passibles selon leurs natures et éventuellement leurs conséquences, des peines prévues par les articles L.228-1, L.228-2, L.228-3, L.228-4, L.228-5 du code rural.

Article 11 :

Messieurs le Secrétaire général de la préfecture, le Sous-Préfet de Blaye, le Commandant du groupement de gendarmerie de Gironde, le Directeur Départemental des Services Vétérinaires, le Maire de la commune de Pellegrue, le docteur FAGET, vétérinaire sanitaire de l'exploitation, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le trente novembre 2007

Pour le Préfet et par délégation,
Le Directeur Départemental des Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA
GIRONDE

Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 30.11.2007

**MISE SOUS SURVEILLANCE DE L'EXPLOITATION DE MADAME ARNAUD
GILBERTE - CASSILLAC - 33710 PUGNAC POUR NON-RESPECT DES
CONDITIONS D'INTRODUCTION EN ZONE INDEMNÉ DE RUMINANTS ISSUS
D'UNE ZONE RÉGLEMENTÉE VIS-À-VIS DE LA FIÈVRE CATARRHALE
OVINE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU la directive 2000/75 du Conseil du 20 novembre 2000 arrêtant des dispositions spécifiques relatives aux mesures de lutte et d'éradication de la fièvre catarrhale du mouton ou *bluetongue* ;
- VU le code rural, Livre II, Titre II et notamment son article L. 221-1, L. 223-2, L. 223-5, L. 223-7, L. 228-1, L. 228-3, L. 228-4, R 223-22 ;
- VU l'arrêté du 21 août 2001 modifié fixant les mesures techniques et financières de police sanitaire relative à la fièvre catarrhale du mouton ;
- VU l'arrêté préfectoral du 10 juillet 2006 donnant délégation de signature à M. Pierre PARRIAUD, Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde ;

CONSIDÉRANT la déclaration écrite effectuée le 27 novembre 2007 par Madame ARNAUD Gilberte, Cassillac 33710 PUGNAC, indiquant que les quatre bovins N° FR 23 07 221 635, FR 23 07 294 714, FR 23 07 212 719, FR 23 07 221 643 introduits dans son cheptel bovin N° 33 341 005 le 09 novembre 2007 et provenant d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie n'étaient pas accompagnés des justificatifs des résultats de tests sanguins exigibles pour être introduits dans un cheptel situé en zone indemne à cette date ;

CONSIDÉRANT la déclaration écrite effectuée le 26 novembre 2007 par Monsieur THURIN Michel, négociant à 17500 VILLEXAVIER, selon laquelle les bovins mentionnés au considérant précédent n'ont fait l'objet d'aucun examen sanguin en vue de la recherche de fièvre catarrhale ovine avant leur sortie de zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine pour être cédés à Madame ARNAUD ;

SUR PROPOSITION du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde :

A R R E T E

Article 1^{er} :

L'exploitation de Madame ARNAUD Gilberte (comprenant les animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine, les locaux, les herbages et pâturages), sise Cassillac, commune de PUGNAC (33710), canton de Bourg, arrondissement de Blaye, hébergeant quatre bovins en provenance d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie, est placée sous la surveillance du docteur FAGET (vétérinaire sanitaire à Cavignac) et du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde.

Article 2 :

La présente mise sous surveillance entraîne l'application des mesures suivantes au niveau de ladite exploitation :

- 1°) Aucun ruminant (ou produit : sperme, ovules, embryons) ne peut y pénétrer ou en sortir, quelle que soit son origine ou sa destination.
- 2°) Un recensement des ruminants présents est effectué, avec indication, pour chaque espèce, du nombre d'animaux et du nombre d'animaux morts.
- 3°) Tous les ruminants présents sur l'exploitation sont gardés à l'intérieur de bâtiments clos pendant les périodes d'activité maximale des vecteurs (à l'aube, au crépuscule et durant la nuit).

Les animaux qui ne peuvent être rentrés sont isolés dans des parcs non contigus à une autre exploitation hébergeant des animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine et en évitant de fréquenter les biotopes du vecteur (lieux humides).

- 4°) Une enquête épidémiologique et entomologique est réalisée par la direction départementale des services vétérinaires.

Article 3 :

Toutes les dispositions sont prises au niveau des locaux et pâtures hébergeant des animaux suspects pour éviter la dissémination du virus, notamment par :

- le traitement régulier des animaux (ruminants et équidés) par un insecticide autorisé,
- la couverture des principaux accès aux bâtiments (portes et fenêtres) de moustiquaires ou de toiles imprégnées d'insecticides (pyréthrinoides),
- le nettoyage des abords (en particulier sur 50 m à partir des locaux d'élevage : évacuation du fumier, drainage des eaux résiduelles, enfouissement des plantes en décomposition, etc...).

Article 4 :

Tout véhicule de transport du bétail doit être préalablement nettoyé et désinsectisé avant sa sortie de l'exploitation.

Article 5 :

Sans préjudice des articles précédents, les cadavres des animaux morts doivent être éliminés, le plus rapidement possible dans les conditions prévues aux articles L.226-1 à L.226-6 du code rural, sous couvert d'un laissez-passer sanitaire.

Article 6 :

Par dérogation à l'interdiction prévue au 1° de l'article 2, le directeur départemental des services vétérinaires peut autoriser la sortie de ruminants à destination d'un abattoir désigné à cet effet. Le transport des animaux dans un véhicule désinsectisé doit alors s'effectuer sans rupture de charge, sous couvert d'un laissez-passer sanitaire et sous réserve d'un examen clinique préalable à l'embarquement des animaux attestant l'absence de symptômes de maladie.

Article 7 :

Le docteur FAGET, effectuera des visites régulières dans l'exploitation concernée, procédera à un examen clinique des animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine et réalisera si nécessaire, les autopsies et prélèvements appropriés aux fins d'analyses.

Il réalisera deux tests sérologiques à 28 jours d'intervalle sur les animaux ayant fait l'objet du mouvement non autorisé : bovins N° FR 23 07 221 635, FR 23 07 294 714, FR 23 07 212 719, FR 23 07 221 643.

En cas d'obtention d'un résultat positif ou douteux, le prélèvement de sérum en possession du laboratoire sera envoyé sans délai au CIRAD pour confirmation, accompagné des commémoratifs. Un prélèvement complémentaire sur EDTA sera réalisé et transmis à l'AFSSA Maisons-Alfort.

Article 8 :

L'arrêté de mise sous surveillance ne sera levé qu'après réception des deux tests sérologiques favorables.

Article 9 :

L'ensemble des mesures prescrites, y compris les prélèvements sanguins et les analyses réalisées par les laboratoires agréés seront financièrement à la charge de l'exploitante qui a introduit ces animaux dans son cheptel, Madame ARNAUD Gilberte.

Article 10 :

Les infractions aux dispositions des articles 2 à 5 du présent arrêté sont constatées par des procès verbaux. Elles sont passibles selon leurs natures et éventuellement leurs conséquences, des peines prévues par les articles L.228-1, L.228-2, L.228-3, L.228-4, L.228-5 du code rural.

Article 11 :

Messieurs le Secrétaire général de la préfecture, le Sous-Préfet de Blaye, le Commandant du groupement de gendarmerie de Gironde, le Directeur Départemental des Services Vétérinaires, le Maire de la commune de Pellegrue, le docteur FAGET, vétérinaire sanitaire de l'exploitation, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, trente novembre 2007

Pour le Préfet et par délégation,
Le Directeur Départemental des Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA
GIRONDE
Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 01.02.2008

*ABROGATION DU MANDAT SANITAIRE ATTRIBUÉ AU
DOCTEUR VÉTÉRINAIRE SACAL MICHEL - 325 ROUTE DE
BOUILH 33240 SAINT ANDRÉ DE CUBZAC*

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU le Code Rural, et notamment ses articles L221-11 à L221-13, L231-3, R221-4 à R221-20-1 ;
- VU l'arrêté préfectoral en date du 10 juillet 1991 accordant le mandat sanitaire au docteur SACAL Michel ;
- VU la cessation d'activité professionnelle dans le département de la Gironde du docteur SACAL Michel en date du 31 décembre 2007 ;
- SUR proposition du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde :

ARRÊTE

Article 1 : L'arrêté préfectoral en date du 10 juillet 1991 octroyant le mandat sanitaire dans le département de la Gironde au docteur Vétérinaire SACAL Michel, 325 route du Bouilh, 33240 SAINT ANDRE DE CUBZAC, est abrogé.

Article 2 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde et le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le premier février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Le Directeur Départemental des
Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



*ABROGATION DU MANDAT SANITAIRE ATTRIBUÉ AU
DOCTEUR VÉTÉRINAIRE VANDAIS YVES - LOTISSEMENT
LE COUDERC 24680 GARDONNE*

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU le Code Rural, et notamment ses articles L221-11 à L221-13, L231-3, R221-4 à R221-20-1 ;
- VU l'arrêté préfectoral en date du 13 janvier 2004 accordant le mandat sanitaire au docteur vétérinaire VANDAIS Yves ;
- VU la cessation d'activité professionnelle dans le département de la Gironde du docteur vétérinaire VANDAIS Yves en date du 31 décembre 2007 ;
- SUR proposition du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde :

ARRÊTE

- Article 1 : L'arrêté préfectoral en date du 13 janvier 2004 octroyant le mandat sanitaire dans le département de la Gironde au docteur vétérinaire VANDAIS Yves, Le Couderc, 24680 Gardonne, est abrogé.
- Article 2 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde et le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le quatre février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Le Directeur Départemental des
Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



*ABROGATION DU MANDAT SANITAIRE ATTRIBUÉ AU
DOCTEUR VÉTÉRINAIRE FEVRIER PIERRE - 2 RUE
FRANÇOIS MITTERRAND - 33230 COUTRAS*

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU le Code Rural, et notamment ses articles L221-11 à L221-13, L231-3, R221-4 à R221-20-1 ;
- VU l'arrêté préfectoral en date du 11 janvier 1994 accordant le mandat sanitaire au docteur vétérinaire FEVRIER Pierre ;
- VU la cessation d'activité professionnelle dans le département de la Gironde du docteur vétérinaire FEVRIER Pierre en date du 1^{er} juillet 2007 ;
- SUR proposition du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde :

ARRÊTE

Article 1 : L'arrêté préfectoral en date du 11 janvier 1994 octroyant le mandat sanitaire dans le département de la Gironde au docteur Vétérinaire FEVRIER Pierre, 2 rue François Mitterrand, 33230 COUTRAS, est abrogé.

Article 2 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde et le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le quatre février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Le Directeur Départemental des
Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA GIRONDE

Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 06.02.2008

**ABROGATION DU MANDAT SANITAIRE ATTRIBUÉ AU DOCTEUR VÉTÉRINAIRE CEZARD THOMAS –
18 RUE DE DOMPIERRE - 17000 LA ROCHELLE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU le Code Rural, et notamment ses articles L221-11 à L221-13, L231-3, R221-4 à R221-20-1 ;

VU l'arrêté préfectoral en date du 10 février 2005 accordant le mandat sanitaire au docteur vétérinaire CEZARD Thomas ;

VU la cessation d'activité professionnelle dans le département de la Gironde du docteur vétérinaire CEZARD Thomas en date du 17 février 2006 ;

SUR proposition du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde :

ARRÊTE

Article 1 : L'arrêté préfectoral en date du 10 février 2005 octroyant le mandat sanitaire dans le département de la Gironde au :

**docteur Vétérinaire CEZARD Thomas
Clinique Vétérinaire St Roch
18 rue de Dompierre
17000 LA ROCHELLE**

est abrogé.

Article 2 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde et le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le six février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Le Directeur Départemental des Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



Arrêté du 06.02.2008

**ABROGATION DU MANDAT SANITAIRE ATTRIBUÉ AU DOCTEUR VÉTÉRINAIRE BOUKHALFA HILAL
- RUE PEYD'AVANT - 33400 TALENCE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU le Code Rural, et notamment ses articles L221-11 à L221-13, L231-3, R221-4 à R221-20-1 ;
- VU l'arrêté préfectoral en date du 24 janvier 2007 accordant le mandat sanitaire au docteur vétérinaire BOUKHALFA Hilal ;
- VU la cessation d'activité professionnelle dans le département de la Gironde du docteur vétérinaire BOUKHALFA Hilal en date du 1^{er} janvier 2008 ;
- SUR proposition du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde :

A R R Ê T E

Article 1 : L'arrêté préfectoral en date du 24 janvier 2007 octroyant le mandat sanitaire dans le département de la Gironde au :

Docteur Vétérinaire BOUKHALFA Hilal
Rue Peyd'avant
Résidence Crespy 2
Bât. 1 - Entrée G - Appt. 62
33400 TALENCE

est abrogé.

Article 2 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde et le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le six février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Le Directeur Départemental des Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



Arrêté du 06.02.2008

**MANDAT SANITAIRE AU DOCTEUR VÉTÉRINAIRE TANE ELISABETH - 8 BOULEVARD GODARD -
33000 BORDEAUX**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU le Code Rural, et notamment ses articles L221-11 à L221-13, L231-3, R221-4 à R221-20-1 ;
- SUR proposition du Directeur Départemental des Services Vétérinaires :

ARRÊTE

Article 1 : Le mandat sanitaire prévu à l'article R221-7 du Code Rural susvisé est attribué, pour une durée de un an au :

Docteur vétérinaire TANE Elisabeth
8 boulevard Godard
33000 BORDEAUX

Article 2 : Le mandat sanitaire habilite son titulaire à exécuter l'ensemble des opérations suivantes :

- toutes opérations de prophylaxie collective dirigées par l'Etat ;
- toutes opérations de police sanitaire ;
- toutes opérations de surveillance sanitaire prescrites par le ministre chargé de l'agriculture dès lors que celles-ci sont en rapport avec les opérations susmentionnées.

Article 3 : Le mandat sanitaire est attribué pour l'ensemble du département pour une durée d'un an. Il est renouvelable ensuite, **pour les vétérinaires inscrits au tableau de l'Ordre**, par période de cinq années tacitement reconduites si le vétérinaire sanitaire a satisfait à ses obligations, notamment en matière de formation continue prévues à l'article R.*221-12. Le mandat devient caduc lorsque son titulaire cesse d'être inscrit au tableau ; cette caducité s'étend, dans le cas prévu au 1^o du I de l'article R.*221-4, au mandat des assistants.

Article 4 : Tout titulaire d'un mandat sanitaire peut y renoncer, temporairement ou définitivement, sous réserve d'un préavis de trois mois adressé au Préfet. Le rétablissement éventuel du mandat est instruit comme une demande nouvelle.

Article 5 : La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Bordeaux dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Article 6 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde et le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le six février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Le Directeur Départemental des Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA GIRONDE
Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 13.02.2008

**MANDAT SANITAIRE AU DOCTEUR VÉTÉRINAIRE ALBERT NICOLAS - 12 RUE DU GRAVERON -
33220 PORT SAINTE FOY**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU le Code Rural, et notamment ses articles L221-11 à L221-13, L231-3, R221-4 à R221-20-1 ;

SUR proposition du Directeur Départemental des Services Vétérinaires :

ARRÊTE

Article 1 : Le mandat sanitaire prévu à l'article R221-7 du Code Rural susvisé est attribué, pour une durée de un an au :

Docteur Vétérinaire ALBERT Nicolas
12 rue du Graveron
33220 PORT SAINTE FOY

- Article 2 : Le mandat sanitaire habilite son titulaire à exécuter l'ensemble des opérations suivantes :
- toutes opérations de prophylaxie collective dirigées par l'Etat ;
 - toutes opérations de police sanitaire ;
 - toutes opérations de surveillance sanitaire prescrites par le ministre chargé de l'agriculture dès lors que celles-ci sont en rapport avec les opérations susmentionnées.
- Article 3 : Le mandat sanitaire est attribué pour l'ensemble du département pour une durée d'un an. Il est renouvelable ensuite, **pour les vétérinaires inscrits au tableau de l'Ordre**, par période de cinq années tacitement reconduites si le vétérinaire sanitaire a satisfait à ses obligations, notamment en matière de formation continue prévues à l'article R.*221-12. Le mandat devient caduc lorsque son titulaire cesse d'être inscrit au tableau ; cette caducité s'étend, dans le cas prévu au 1^o du I de l'article R.*221-4, au mandat des assistants.
- Article 4 : Tout titulaire d'un mandat sanitaire peut y renoncer, temporairement ou définitivement, sous réserve d'un préavis de trois mois adressé au Préfet. Le rétablissement éventuel du mandat est instruit comme une demande nouvelle.
- Article 5 : La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Bordeaux dans un délai de deux mois à compter de sa notification.
- Article 6 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde et le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le treize février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Le Directeur Départemental des
Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA GIRONDE
Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 18.02.2008

**MANDAT SANITAIRE AU DOCTEUR VÉTÉRINAIRE ROUSSELLE CLAIRE - 4 ALLÉE DE LA PETITE
GRANGE - 17130 MONTENDRE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU le Code Rural, et notamment ses articles L221-11 à L221-13, L231-3, R221-4 à R221-20-1 ;

SUR proposition du Directeur Départemental des Services Vétérinaires :

A R R Ê T E

Article 1 : Le mandat sanitaire prévu à l'article R221-7 du Code Rural susvisé est attribué, pour une durée de un an au :

**Docteur Vétérinaire ROUSSELLE Claire
4 allée de la Petite Grange - 17130 MONTENDRE.**

Article 2 : Le mandat sanitaire habilite son titulaire à exécuter l'ensemble des opérations suivantes :

- toutes opérations de prophylaxie collective dirigées par l'Etat ;
- toutes opérations de police sanitaire ;
- toutes opérations de surveillance sanitaire prescrites par le ministre chargé de l'agriculture dès lors que celles-ci sont en rapport avec les opérations susmentionnées.

- Article 3 : Le mandat sanitaire est attribué pour l'ensemble du département pour une durée d'un an. Il est renouvelable ensuite, **pour les vétérinaires inscrits au tableau de l'Ordre**, par période de cinq années tacitement reconduites si le vétérinaire sanitaire a satisfait à ses obligations, notamment en matière de formation continue prévues à l'article R.*221-12. Le mandat devient caduc lorsque son titulaire cesse d'être inscrit au tableau ; cette caducité s'étend, dans le cas prévu au 1^o du I de l'article R.*221-4, au mandat des assistants.
- Article 4 : Tout titulaire d'un mandat sanitaire peut y renoncer, temporairement ou définitivement, sous réserve d'un préavis de trois mois adressé au Préfet. Le rétablissement éventuel du mandat est instruit comme une demande nouvelle.
- Article 5 : La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Bordeaux dans un délai de deux mois à compter de sa notification.
- Article 6 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde et le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le dix-huit février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Le Directeur Départemental des
Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA GIRONDE

Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 19.02.2008

**AUTORISATION DE DÉTENTION D'ANIMAUX D'ESPÈCES NON DOMESTIQUES AU SEIN D'UN ÉLEVAGE
D'AGRÈMENT ATTRIBUÉ À MADAME DUSTATA MARIE-HÉLÈNE - 78 COURS ARISTIDE BRIAND -
33000 BORDEAUX**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU le code de l'environnement et notamment son article L.412-1 ;
- VU l'arrêté ministériel du 10 août 2004 fixant les règles générales de fonctionnement des installations d'élevage d'agrément d'animaux d'espèces non domestiques ;
- VU l'arrêté préfectoral du 10 juillet 2006 donnant délégation de signature au docteur Pierre PARRIAUD, Directeur Départemental des Services Vétérinaires ;
- SUR proposition du Directeur Départemental des Services Vétérinaires ;
- Le Préfet de la Gironde

ARRÊTE

- Article 1 : Mme. DUSTATA Marie-Hélène est autorisée à détenir au sein de son élevage d'agrément situé à l'adresse suivante :

78 cours Aristide Briand
33000 BORDEAUX

- 1 spécimen de l'espèce des cacatoès des moulouques (*cacatua moluccensis*), n° bague CDE950004.

La conception, l'entretien des installations, les conditions d'entretien des animaux, doivent être conformes aux prescriptions mentionnées dans l'annexe jointe (5 pages).

Article 2 : La délivrance et le maintien de l'autorisation sont subordonnés à la tenue, par le bénéficiaire, d'un registre d'entrée et de sortie des animaux détenus précisant :

- le nom et le prénom de l'éleveur ;
- l'adresse de l'élevage ;
- les espèces ou groupes d'espèces dont la détention a été autorisée ainsi que la date de cette autorisation.

Pour chaque animal, le registre doit indiquer :

- l'espèce à laquelle il appartient ainsi que son numéro d'identification ;
- la date d'entrée de l'animal dans l'élevage, son origine ainsi que, le cas échéant, sa provenance et la référence aux justificatifs attestant de la régularité de l'entrée ;
- la date de sortie de l'animal de l'élevage, sa destination ainsi que, le cas échéant, la cause de la mort et la référence aux justificatifs attestant de la régularité de la sortie.

Le registre est relié, côté et paraphé par le Préfet, le commissaire de police ou le maire territorialement compétent.

Article 3 : Le maintien de la présente autorisation est subordonné :

- au marquage des animaux dans les conditions prévues par l'arrêté ministériel du 10 août 2004 susvisé ;
- à la preuve par le bénéficiaire que les animaux qu'il détient sont obtenus conformément à la législation sur la protection de l'espèce concernée.

Article 4 : Les modifications envisagées des conditions d'hébergement des animaux ayant donné lieu à la présente autorisation sont portées à la connaissance du Préfet (Direction Départementale des Services Vétérinaires) selon les dispositions prévues par l'arrêté ministériel du 10 août 2004 susvisé.

Article 5 : En cas de changement définitif du lieu de détention d'un animal, le détenteur doit, pour le nouveau lieu de détention, bénéficier au préalable d'une autorisation délivrée selon la procédure définie par l'arrêté ministériel du 10 août 2004 susvisé.

Article 6 : La présente autorisation doit être présentée à toute réquisition des agents mentionnés à l'article L 415-1 du code de l'environnement qui par ailleurs procèdent au contrôle de l'élevage, dans les conditions suivantes :

- les visites ne peuvent être commencées avant 8 heures ni après 19 heures ; elles ont lieu de jour, en ce qui concerne les installations extérieures ;
- elles doivent avoir lieu en présence du détenteur de l'autorisation ou de son représentant ;
- elles ne peuvent avoir lieu que dans les lieux où sont hébergés les animaux, dans les annexes de son élevage nécessaires à l'entretien des animaux ainsi que dans les véhicules dans lesquels ils sont transportés.

Article 7 : La présente autorisation ne dispense pas le bénéficiaire des formalités et accords exigibles, le cas échéant, par d'autres réglementations et notamment celles applicables en matière de santé et de protection animales ainsi que sur la protection de la nature et de la faune sauvage.

Article 8 : Monsieur le Préfet de la Gironde, Monsieur le Maire de la commune de Bordeaux, Monsieur le Directeur Départemental de la Sécurité Publique, Monsieur le Chef de Service Départemental de l'Office National de la Chasse et de la Faune Sauvage, Monsieur le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont une ampliation sera notifiée au bénéficiaire de l'autorisation.

Fait à Bordeaux, le dix-neuf février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Le Directeur Départemental des
Services Vétérinaires
Pierre PARRIAUD



**MISE SOUS SURVEILLANCE DE L'EXPLOITATION DE MONSIEUR
EYMAS ALAIN - LIEU-DIT : L'ODONNIÈRE - 33820 SAINT
CAPRAIS DE BLAYE (EDE N° 33 380 066) POUR SUSPICION DE
FIÈVRE CATARRHALE OVINE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU la directive 2000/75 du Conseil du 20 novembre 2000 arrêtant des dispositions spécifiques relatives aux mesures de lutte et d'éradication de la fièvre catarrhale du mouton ou *bluetongue*.
- VU le code rural, Livre II, Titre II et notamment son article L. 221-1, L. 223-2, L. 223-5, L. 223-7, L. 228-1, L. 228-3, L. 228-4, R 223-22 ;
- VU l'arrêté du 21 août 2001 modifié fixant les mesures techniques et financières de police sanitaire relative à la fièvre catarrhale du mouton ;
- VU l'arrêté préfectoral du 10 juillet 2006 donnant délégation de signature à M. Pierre PARRIAUD, Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde ;
- CONSIDÉRANT la déclaration de suspicion de fièvre catarrhale ovine effectuée le 25 février 2008 par le docteur BOULET Marc, vétérinaire sanitaire à Saint Aubin de Blaye (33820) ;
- SUR PROPOSITION du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde :

ARRÊTE

Article 1^{er} :

L'exploitation de M. EYMAS Alain (comprenant les animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine, les locaux, les herbages et pâturages), sise au lieu-dit « L'Odonnière » commune de Saint Caprais de Blaye (33820), canton de Saint Ciers sur Gironde, arrondissement de Blaye, ayant hébergé un animal suspect de fièvre catarrhale ovine, est placée sous la surveillance du docteur BOULET (vétérinaire sanitaire à Saint Aubin de Blaye) et du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde.

Article 2 :

La présente mise sous surveillance entraîne l'application des mesures suivantes au niveau de ladite exploitation :

- 1°) Aucun ruminant (ou produit : sperme, ovules, embryons) ne peut y pénétrer ou en sortir, quelle que soit son origine ou sa destination.
- 2°) Un recensement des ruminants présents est effectué, avec indication, pour chaque espèce, du nombre d'animaux et du nombre d'animaux morts.
- 3°) Tous les ruminants présents sur l'exploitation sont gardés à l'intérieur de bâtiments clos pendant les périodes d'activité maximale des vecteurs (à l'aube, au crépuscule et durant la nuit).

Les animaux qui ne peuvent être rentrés sont isolés dans des parcs non contigus à une autre exploitation hébergeant des animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine et en évitant de fréquenter les biotopes du vecteur (lieux humides)

- 4°) Une enquête épidémiologique et entomologique est réalisée par la direction départementale des services vétérinaires.

Article 3 :

Toutes les dispositions sont prises au niveau des locaux et pâtures hébergeant des animaux suspects pour éviter la dissémination du virus, notamment par :

- le traitement régulier des animaux (ruminants et équidés) par un insecticide autorisé,
- la couverture des principaux accès aux bâtiments (portes et fenêtres) de moustiquaires ou de toiles imprégnées d'insecticides (pyréthrinoides),

- le nettoyage des abords (en particulier sur 50 m à partir des locaux d'élevage : évacuation du fumier, drainage des eaux résiduelles, enfouissement des plantes en décomposition, etc.).

Article 4 :

Tout véhicule de transport du bétail doit être préalablement nettoyé et désinsectisé avant sa sortie de l'exploitation.

Article 5 :

Sans préjudice des articles précédents, les cadavres des animaux morts doivent être éliminés, le plus rapidement possible dans les conditions prévues aux articles L.226-1 à L.226-6 du code rural, sous couvert d'un laissez-passer sanitaire.

Article 6 :

Par dérogation à l'interdiction prévue au 1° de l'article 2, le directeur départemental des services vétérinaires peut autoriser la sortie de ruminants à destination d'un abattoir désigné à cet effet. Le transport des animaux dans un véhicule désinsectisé doit alors s'effectuer sans rupture de charge, sous couvert d'un laissez-passer sanitaire et sous réserve d'un examen clinique préalable à l'embarquement des animaux attestant l'absence de symptômes de maladie.

Article 7 :

Le docteur BOULET effectuera des visites régulières dans l'exploitation concernée, procédera à un examen clinique des animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine et réalisera si nécessaire, les autopsies et prélèvements appropriés aux fins d'analyses.

Article 8 :

Les infractions aux dispositions des articles 2 à 5 du présent arrêté sont constatées par des procès verbaux. Elles sont passibles selon leurs natures et éventuellement leurs conséquences, des peines prévues par les articles L.228-1, L.228-2, L.228-3, L.228-4, L.228-5 du code rural.

Article 9 :

Messieurs : le Secrétaire général de la préfecture, le Sous-Préfet de Blaye, le Commandant du groupement de gendarmerie de Gironde, le Directeur Départemental des Services Vétérinaires, le Maire de la commune de Saint Caprais de Blaye, le docteur BOULET, vétérinaire sanitaire de l'exploitation, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Bordeaux, le vingt-six février 2008

Pour le Préfet et par délégation,
Pour le Directeur Départemental des Services Vétérinaires
et par intérim
L'Inspecteur de la Santé Publique Vétérinaire
Frédéric JACQUET



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA
GIRONDE

Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 26.02.2008

**LEVÉE DE LA SURVEILLANCE DE L'EXPLOITATION DE MONSIEUR
ARNAUD ALAIN - 44 AUGEREAU - 33710 PUGNAC - POUR NON-
RESPECT DES CONDITIONS D'INTRODUCTION EN ZONE INDEMNÉ DE
RUMINANTS ISSUS D'UNE ZONE RÉGLEMENTÉE VIS-À-VIS DE LA
FIÈVRE CATARRHALE OVINE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU la directive 2000/75 du Conseil du 20 novembre 2000 arrêtant des dispositions spécifiques relatives aux mesures de lutte et d'éradication de la fièvre catarrhale du mouton ou *bluetongue* ;

VU le code rural, Livre II, Titre II et notamment son article L. 221-1, L. 223-2, L. 223-5, L. 223-7, L. 228-1, L. 228-3, L. 228-4, R 223-22 ;

VU l'arrêté du 21 août 2001 modifié fixant les mesures techniques et financières de police sanitaire relative à la fièvre catarrhale du mouton ;

- VU l'arrêté préfectoral du 10 juillet 2006 donnant délégation de signature à M. Pierre PARRIAUD, Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde ;
- VU l'arrêté préfectoral N°FCO-33-07-050 du 30 novembre 2007 de mise sous surveillance de l'exploitation de Monsieur ARNAUD Alain, 44 Augereau, 33710 PUGNAC pour non-respect des conditions d'introduction en zone indemne de ruminants issus d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie ;

CONSIDÉRANT les résultats négatifs des analyses sérologiques réalisées par le Laboratoire départemental des Landes sous la référence IS-07-04488 le 05/12/07 sur les trois bovins N° FR 23 07 221 630, FR 23 07 294 710, FR 23 07 294 711 introduits dans le cheptel bovin N° 33 341 006 de Monsieur ARNAUD Alain le 09 novembre 2007 et provenant d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie;

CONSIDÉRANT les résultats négatifs des analyses sérologiques réalisées par le Laboratoire départemental des Landes sous la référence IS-08-00231 le 08/01/2008 sur les trois bovins N° FR 23 07 221 630, FR 23 07 294 710, FR 23 07 294 711 introduits dans le cheptel bovin N° 33 341 006 de Monsieur ARNAUD Alain le 09 novembre 2007 et provenant d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie;

SUR PROPOSITION du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde :

ARRÊTE

Article 1^{er} :

Les mesures de surveillance de l'exploitation de Monsieur ARNAUD Alain (comprenant les animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine, les locaux, les herbages et pâturages), sise 44 Augereau, commune de PUGNAC (33710), canton de Bourg, arrondissement de Blaye, hébergeant trois bovins en provenance d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie, prescrites par l'arrêté préfectoral N° FCO-33-07- 050 du 30 novembre 2007, sont levées.

Article 2 :

Ampliation du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde, est adressée à Messieurs le Secrétaire général de la préfecture, le Sous-Préfet de Blaye, le Commandant du groupement de gendarmerie de Gironde, le Directeur Départemental des Services Vétérinaires, le Maire de la commune de Pugnac, le docteur FAGET, vétérinaire sanitaire de l'exploitation.

Fait à Bordeaux, le vingt-six février 2008

Pour le Préfet et par délégation,
Pour le Directeur Départemental des Services Vétérinaires
et par intérim
L'Inspecteur de la Santé Publique Vétérinaire
Frédéric JACQUET



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA
GIRONDE

Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 26.02.2008

**LEVÉE DE LA SURVEILLANCE DE L'EXPLOITATION DE MADAME ARNAUD
GILBERTE - CASSILLAC - 33710 PUGNAC POUR NON-RESPECT DES
CONDITIONS D'INTRODUCTION EN ZONE INDEMNÉ DE RUMINANTS ISSUS
D'UNE ZONE RÉGLEMENTÉE VIS-À-VIS DE LA FIÈVRE CATARRHALE OVINE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU la directive 2000/75 du Conseil du 20 novembre 2000 arrêtant des dispositions spécifiques relatives aux mesures de lutte et d'éradication de la fièvre catarrhale du mouton ou *bluetongue* ;
- VU le code rural, Livre II, Titre II et notamment son article L. 221-1, L. 223-2, L. 223-5, L. 223-7, L. 228-1, L. 228-3, L. 228-4, R 223-22 ;
- VU l'arrêté du 21 août 2001 modifié fixant les mesures techniques et financières de police sanitaire relative à la fièvre catarrhale du mouton ;

VU l'arrêté préfectoral du 10 juillet 2006 donnant délégation de signature à M. Pierre PARRIAUD, Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde ;

VU l'arrêté préfectoral N° FCO-33-07-051 du 28/11/07 de mise sous surveillance de l'exploitation de Madame ARNAUD Gilberte, Cassillac, 33710 PUGNAC pour non-respect des conditions d'introduction en zone indemne de ruminants issus d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine ;

CONSIDÉRANT les résultats négatifs des analyses sérologiques réalisées par le Laboratoire départemental des Landes sous la référence IS-07-04488 le 05 décembre 2007 sur les quatre bovins N° FR 23 07 221 635, FR 23 07 294 714, FR 23 07 212 719, FR 23 07 221 643 introduits dans le cheptel bovin N° 33 341 005 de Madame ARNAUD Gilberte, le 09 novembre 2007 et provenant d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie ;

CONSIDÉRANT les résultats négatifs des analyses sérologiques réalisées par le Laboratoire départemental des Landes sous la référence IS-08-00230 le 08 janvier 2008 sur les quatre bovins N° FR 23 07 221 635, FR 23 07 294 714, FR 23 07 212 719, FR 23 07 221 643 introduits dans le cheptel bovin N° 33 341 005 de Madame ARNAUD Gilberte, le 09 novembre 2007 et provenant d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie ;

SUR PROPOSITION du Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde :

A R R Ê T E

Article 1^{er} :

Les mesures de surveillance de l'exploitation de Madame ARNAUD Gilberte (comprenant les animaux des espèces sensibles à la fièvre catarrhale ovine, les locaux, les herbages et pâturages), sise à Cassillac, commune de PUGNAC (33710), canton de Bourg, arrondissement de Blaye, hébergeant quatre bovins en provenance d'une zone réglementée vis-à-vis de la fièvre catarrhale ovine à la date de leur sortie, prescrites par l'arrêté préfectoral N° FCO-33-07-051 du 28 novembre 2007, sont levées.

Article 2 :

Ampliation du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde est adressée à Messieurs le Secrétaire général de la préfecture, le Sous-Préfet de Blaye, le Commandant du groupement de gendarmerie de Gironde, le Directeur Départemental des Services Vétérinaires, le Maire de la commune de Pellegrue, le docteur FAGET, vétérinaire sanitaire de l'exploitation.

Fait à Bordeaux, le vingt-six février 2008

Pour le Préfet et par délégation,
Pour le Directeur Départemental des
Services Vétérinaires
et par intérim

L'Inspecteur de la Santé Publique Vétérinaire
Frédéric JACQUET



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA
GIRONDE

Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 29.02.2008

**MANDAT SANITAIRE AU DOCTEUR VÉTÉRINAIRE KUHN
BILITIS - 30 LES VOINAUDS - 33820 SAINT AUBIN DE BLAYE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU le Code Rural, et notamment ses articles L221-11 à L221-13, L231-3, R221-4 à R221-20-1 ;

SUR proposition du Directeur Départemental des Services Vétérinaires :

A R R Ê T E

Article 1 : Le mandat sanitaire prévu à l'article R221-7 du Code Rural susvisé est attribué, pour une durée de un an au :

**Docteur Vétérinaire KUHN Bilitis
30 les Voinauds
33820 SAINT AUBIN DE BLAYE.**

- Article 2 :** Le mandat sanitaire habilite son titulaire à exécuter l'ensemble des opérations suivantes :
- toutes opérations de prophylaxie collective dirigées par l'Etat ;
 - toutes opérations de police sanitaire ;
 - toutes opérations de surveillance sanitaire prescrites par le ministre chargé de l'agriculture dès lors que celles-ci sont en rapport avec les opérations susmentionnées.
- Article 3 :** Le mandat sanitaire est attribué pour l'ensemble du département pour une durée d'un an. Il est renouvelable ensuite, **pour les vétérinaires inscrits au tableau de l'Ordre**, par période de cinq années tacitement reconduites si le vétérinaire sanitaire a satisfait à ses obligations, notamment en matière de formation continue prévues à l'article R.*221-12. Le mandat devient caduc lorsque son titulaire cesse d'être inscrit au tableau ; cette caducité s'étend, dans le cas prévu au 1^o du I de l'article R.*221-4, au mandat des assistants.
- Article 4 :** Tout titulaire d'un mandat sanitaire peut y renoncer, temporairement ou définitivement, sous réserve d'un préavis de trois mois adressé au Préfet. Le rétablissement éventuel du mandat est instruit comme une demande nouvelle.
- Article 5 :** La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Bordeaux dans un délai de deux mois à compter de sa notification.
- Article 6 :** Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde et le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le vingt neuf février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Pour le Directeur Départemental des
Services Vétérinaires
et par intérim,
Frédéric JACQUET



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA GIRONDE
Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 29.02.2008

**ARRÊTÉ PRÉFECTORAL OCTROYANT À MONSIEUR HART PETER LE CERTIFICAT DE CAPACITÉ
RELATIF À L'EXERCICE DES ACTIVITÉS LIÉES AUX ANIMAUX DE COMPAGNIE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** le code rural et notamment ses articles L.214-6 (IV, 3^o), L.215-9, L.215-10, R.214-25 à R.214-33 et R.215-5 ;
- VU** l'arrêté n° NOR/AGRG0100074A du 1^{er} février 2001 relatif aux modalités de demande et de délivrance du certificat de capacité destiné à l'exercice des activités liées aux animaux de compagnie d'espèces domestiques ;
- VU** la demande présentée par Monsieur HART Peter en vue d'obtenir un certificat de capacité destiné à l'exercice des activités liées aux animaux de compagnie d'espèces domestiques ;

SUR PROPOSITION de Monsieur le Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde.

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER : Le certificat de capacité destiné à l'exercice des activités liées aux animaux de compagnie d'espèces domestiques suivant est accordé :

N° de certificat : **33 - 161 - AC**

Bénéficiaire : **Monsieur HART Peter**
Poste restante – 33440 SAINT VINCENT DE PAUL

Nature de l'activité : **Présentation itinérante d'animaux domestiques**

Animaux concernés : **Animaux de compagnie d'espèces domestiques**

ARTICLE 2 : Ce certificat est valable dans tous les départements français.

ARTICLE 3 : Le titulaire du certificat de capacité est tenu d'informer les services vétérinaires départementaux de tout changement de lieu d'exercice de son activité ou de la cessation de son activité. Lorsque le titulaire change de département d'activité, il en informe également les services vétérinaires du département de destination dans lequel il va exercer son activité.

ARTICLE 4 : Tout acte contraire aux dispositions législatives et réglementaires applicables à la santé et à la protection des animaux, toute négligence ou mauvais traitement susceptible de porter atteinte à la santé et à la protection des animaux entraînera une mise en demeure de se conformer aux exigences prescrites dans un délai déterminé qui n'excède pas un mois.

ARTICLE 5 : Le non-respect des prescriptions visées à l'article précédent dans le délai déterminé peut entraîner la suspension du certificat de capacité pour une durée qui ne peut excéder trois mois, ou le retrait de celui-ci.

ARTICLE 6 : La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Bordeaux dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

ARTICLE 7 : La présente décision sera affichée par l'intéressé à l'entrée de l'établissement.

ARTICLE 8 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture et Monsieur le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le vingt neuf février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Pour le Directeur Départemental des
Services Vétérinaires
et par intérim,
Frédéric JACQUET



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
SERVICES VÉTÉRINAIRES DE LA GIRONDE
Service Santé et Protection Animales

Arrêté du 29.02.2008

**ARRÊTÉ PRÉFECTORAL OCTROYANT À MONSIEUR MORENO YOHAN LE CERTIFICAT DE CAPACITÉ
RELATIF À L'EXERCICE DES ACTIVITÉS LIÉES AUX ANIMAUX DE COMPAGNIE**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU le code rural et notamment ses articles L.214-6 (IV, 3°), L.215-9, L.215-10, R.214-25 à R.214-33 et R.215-5 ;

VU l'arrêté n° NOR/AGRG0100074A du 1^{er} février 2001 relatif aux modalités de demande et de délivrance du certificat de capacité destiné à l'exercice des activités liées aux animaux de compagnie d'espèces domestiques ;

VU la demande présentée par Monsieur MORENO Yohan en vue d'obtenir un certificat de capacité destiné à l'exercice des activités liées aux animaux de compagnie d'espèces domestiques ;

SUR PROPOSITION de Monsieur le Directeur Départemental des Services Vétérinaires de la Gironde.

A R R Ê T E

ARTICLE PREMIER : Le certificat de capacité destiné à l'exercice des activités liées aux animaux de compagnie d'espèces domestiques suivant est accordé :

N° de certificat : **33 - 162 - AC**

Bénéficiaire : **Monsieur MORENO Yohan**
91 Rue de la république – 33400 TALENCE

Nature de l'activité : **Présentation itinérante d'animaux domestiques**

Animaux concernés : **Animaux de compagnie d'espèces domestiques**

ARTICLE 2 : Ce certificat est valable dans tous les départements français.

ARTICLE 3 : Le titulaire du certificat de capacité est tenu d'informer les services vétérinaires départementaux de tout changement de lieu d'exercice de son activité ou de la cessation de son activité. Lorsque le titulaire change de département d'activité, il en informe également les services vétérinaires du département de destination dans lequel il va exercer son activité.

ARTICLE 4 : Tout acte contraire aux dispositions législatives et réglementaires applicables à la santé et à la protection des animaux, toute négligence ou mauvais traitement susceptible de porter atteinte à la santé et à la protection des animaux entraînera une mise en demeure de se conformer aux exigences prescrites dans un délai déterminé qui n'excède pas un mois.

ARTICLE 5 : Le non-respect des prescriptions visées à l'article précédent dans le délai déterminé peut entraîner la suspension du certificat de capacité pour une durée qui ne peut excéder trois mois, ou le retrait de celui-ci.

ARTICLE 6 : La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Bordeaux dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

ARTICLE 7 : La présente décision sera affichée par l'intéressé à l'entrée de l'établissement.

ARTICLE 8 : Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture et Monsieur le Directeur Départemental des Services Vétérinaires sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le vingt neuf février 2008

Pour le Préfet et par délégation
Pour le Directeur Départemental des
Services Vétérinaires
et par intérim,
Frédéric JACQUET



RESEAU FERRE
de FRANCE
Région SNCF : Bordeaux

Décision du 28.02.2008

DÉCLASSEMENT DU DOMAINE PUBLIC FERROVIAIRE D'UN TERRAIN NU SIS À PINEUILH (GIRONDE)

LE PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Vu la loi n°97-135 du 13 février 1997 portant création de l'établissement public « Réseau Ferré de France » en vue du renouveau du transport ferroviaire, et notamment son article 5 ;

Vu le décret n°97-444 du 5 mai 1997 relatif aux missions et aux statuts de Réseau Ferré de France ;

Vu le décret n°97-445 du 5 mai 1997 portant constitution du patrimoine initial de l'établissement public Réseau Ferré de France ;

Vu le décret du 1^{er} mars 2007 portant nomination du Président de Réseau Ferré de France ;

Vu la délibération du Conseil d'administration en date du 9 juillet 2002 par laquelle ledit Conseil a délégué à son Président une partie de ses pouvoirs et a défini les principes de délégation à certains responsables de l'établissement ;

Vu la décision du 19 juin 2006 portant organisation de Réseau ferré de France ;

Vu la décision du 5 janvier 2007 portant nomination de Monsieur Bruno de Monvallier en qualité de directeur régional pour les régions Aquitaine et Poitou-Charentes ;

Vu la décision du 16 janvier 2008 portant délégation de signature au Directeur régional Aquitaine et Poitou-Charentes ;

Vu la non-utilité du bien décrit ci-après pour les missions d'aménagement, de développement, de cohérence et de mise en valeur de l'infrastructure du réseau ferré national dévolues à RFF, constatée le 18 décembre 2007.

D E C I D E

ARTICLE 1^{er}

Un terrain nu sis à PINEUILH (Gironde), enregistré au cadastre de la commune section BR n° 74, pour une superficie totale de 387 m², tel qu'il apparaît sur le plan joint à la présente décision figurant sous teinte jaune⁽¹⁾, est déclassé du domaine public ferroviaire.

ARTICLE 2

La présente décision sera affichée en mairie de PINEUILH et publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Elle est consultable au Bulletin Officiel de Réseau Ferré de France, sur son site Internet (<http://www.rff.fr/>).

Fait à Bordeaux, le 28 février 2008

Pour le Président et par délégation

Le directeur régional

Bruno de MONVALLIER

⁽¹⁾ Ce plan, ainsi que les éventuelles annexes à la présente décision peuvent être consultés sur place à la direction régionale Aquitaine Poitou-Charentes de Réseau Ferré de France, 7A Terrasse Front du Médoc 33075 Bordeaux Cedex



**DÉCLASSEMENT DU DOMAINE PUBLIC FERROVIAIRE DE DEUX TERRAINS NUS SIS À LE VERDON SUR
MER (GIRONDE)**

LE PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Vu la loi n°97-135 du 13 février 1997 portant création de l'établissement public « Réseau Ferré de France » en vue du renouveau du transport ferroviaire, et notamment son article 5 ;

Vu le décret n°97-444 du 5 mai 1997 relatif aux missions et aux statuts de Réseau Ferré de France ;

Vu le décret n°97-445 du 5 mai 1997 portant constitution du patrimoine initial de l'établissement public Réseau Ferré de France ;

Vu le décret du 1^{er} mars 2007 portant nomination du Président de Réseau Ferré de France ;

Vu la délibération du Conseil d'administration en date du 9 juillet 2002 par laquelle ledit Conseil a délégué à son Président une partie de ses pouvoirs et a défini les principes de délégation à certains responsables de l'établissement ;

Vu la décision du 19 juin 2006 portant organisation de Réseau ferré de France ;

Vu la décision du 5 janvier 2007 portant nomination de Monsieur Bruno de Monvallier en qualité de directeur régional pour les régions Aquitaine et Poitou-Charentes ;

Vu la décision du 16 janvier 2008 portant délégation de signature au Directeur régional Aquitaine et Poitou-Charentes ;

Vu la non-utilité du bien décrit ci-après pour les missions d'aménagement, de développement, de cohérence et de mise en valeur de l'infrastructure du réseau ferré national dévolues à RFF, constatée le 9 octobre 2007.

DECIDE

ARTICLE 1^{er}

Deux terrains nus sis à LE VERDON SUR MER (Gironde), enregistrés au cadastre de la commune sections AI n° 140 et AH n° 131, pour une superficie respective de 640 et 751 m², tel qu'ils apparaissent sur les plans joints à la présente décision figurant sous teinte jaune⁽¹⁾, sont déclassés du domaine public ferroviaire.

ARTICLE 2

La présente décision sera affichée en mairie de LE VERDON SUR MER et publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Elle est consultable au Bulletin Officiel de Réseau Ferré de France, sur son site Internet (<http://www.rff.fr/>).

Fait à Bordeaux, le 28 février 2008

Pour le Président et par délégation
Le directeur régional
Bruno de MONVALLIER

⁽¹⁾ Ce plan, ainsi que les éventuelles annexes à la présente décision peuvent être consultés sur place à la direction régionale Aquitaine Poitou-Charentes de Réseau Ferré de France, 7A Terrasse Front du Médoc 33075 Bordeaux Cedex



AGRÈMENT QUALITÉ «DOMICILE PLUS FACILE»

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale,
- VU** le décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail,
- VU** l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- VU** le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** les articles L 129 et D 129 du Code du Travail,
- VU** la circulaire agence nationale des services à la personne n° 2007-1 du 15 mai 2007,
- VU** la saisine pour avis du Conseil général de la Gironde,
- VU** la demande d'agrément qualité présentée le 7 août 2007 ainsi que les informations complémentaires fournies le 24 octobre 2007 par l'entreprise **DOMICILE PLUS FACILE – 16, rue des Primevères – 33700 MERIGNAC** à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de la GIRONDE,

A R R E T E

ARTICLE PREMIER – L'entreprise **DOMICILE PLUS FACILE** est agréée au titre des activités de services à la personne à compter du 1 novembre 2007 et jusqu'au 31 octobre 2012 sous le n°2007-2.33.81.

ARTICLE 2 - L'agrément qualité est accordé pour les activités suivantes :

- ° entretien de la maison et travaux ménagers
- ° préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions
- ° collecte et livraison de linge repassé
- ° livraison de courses à domicile
- ° garde d'enfants de plus de trois ans
- ° cours à domicile (public non fragile)
- ° assistance administrative à domicile
- ° accompagnement des personnes handicapées en dehors de leur domicile (promenades, transports, actes de la vie courante)
- ° garde d'enfants de moins de trois ans
- ° aide aux familles

Qui seront effectuées au titre de **prestataire**.

ARTICLE 3 - Le présent agrément qualité est valable sur les départements pour lesquels l'avis du Conseil Général concerné a été recueilli.

ARTICLE 4 - L'agrément qualité est délivré pour une durée de cinq ans. La demande de renouvellement doit être déposée au plus tard trois mois avant le terme de la période d'agrément.

ARTICLE 5 - L'agrément qualité peut faire l'objet d'une décision de retrait dès lors que l'organisme agréé :

- cesse de remplir les conditions ou de respecter les obligations mentionnées aux articles R 129-1 à R 129-4,
- ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail,
- exerce des activités autres que celles déclarées dans la demande d'agrément,
- n'est pas en mesure de justifier à tout moment du caractère exclusif de son activité de service,
- ne transmet pas au Préfet compétent avant la fin du premier semestre de l'année, le bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

ARTICLE 6 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs du département de la Gironde.

Fait à Bordeaux le 26 novembre 2007

P/LE PREFET et par délégation
P/Le directeur départemental du travail, de l'emploi
Et de la formation professionnelle
La directrice adjointe du travail
Catherine FOURMY



DIRECTION
DEPARTEMENTALE du
TRAVAIL, de l'EMPLOI &
de la FORMATION
PROFESSIONNELLE

Développement local

Arrêté du 01.02.2008

AGRÉMENT SIMPLE «ADOMPLUS»

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale,
- VU** le décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail,
- VU** le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** les articles L 129 et D 129 du Code du Travail,
- VU** la circulaire agence nationale des services à la personne n° 2007-1 du 15 mai 2007,
- VU** la demande d'agrément simple présentée le 16 janvier 2008 ainsi que les pièces complémentaires en date du 1^{er} février 2008 par la **SARL ADOMPLUS 35 chemin de Terrefort 33140 VILLANVE d'ORNON** à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de la GIRONDE,

A R R E T E

ARTICLE PREMIER - La **SARL ADOMPLUS** est agréée au titre des activités de services à la personne à compter du 1^{er} février 2008 et jusqu'au 31 janvier 2013 sous le n° **2008-1.33.011**.

ARTICLE 2 - L'agrément simple est accordé pour les activités suivantes :

- entretien de la maison et travaux ménagers
- préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions
- livraison de repas à domicile
- collecte et livraison de linge repassé
- livraison de courses à domicile

qui seront effectuées au titre de prestataire mandataire prêt de main-d'œuvre

ARTICLE 3 - Le présent agrément simple est valable sur l'ensemble du territoire national.

ARTICLE 4 - L'agrément simple est délivré pour une durée de cinq ans. La demande de renouvellement doit être déposée au plus tard trois mois avant le terme de la période d'agrément.

ARTICLE 5 - L'agrément simple peut faire l'objet d'une décision de retrait dès lors que l'organisme agréé :

- cesse de remplir les conditions ou de respecter les obligations mentionnées aux articles R 129-1 à R 129-4,
- ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail,
- exerce des activités autres que celles déclarées dans la demande d'agrément,
- n'est pas en mesure de justifier à tout moment du caractère exclusif de son activité de service,
- ne transmet pas au Préfet compétent avant la fin du premier semestre de l'année, le bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

ARTICLE 6 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs du département de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 1^{er} février 2008

P/LE PREFET et par délégation,
P/Le Directeur Départemental du Travail, de
l'Emploi et de la Formation Professionnelle,
la directrice adjointe du travail
Catherine FOURMY



DIRECTION
DEPARTEMENTALE du
TRAVAIL, de l'EMPLOI &
de la FORMATION
PROFESSIONNELLE

Développement local

Arrêté du 04.02.2008

**AGRÉMENT QUALITÉ « ASSOCIATION DE SERVICES À DOMICILE
DES RÉSIDENTS DES JARDINS D'ARCADIE »**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale,
- VU** le décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail,
- VU** l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- VU** le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** les articles L 129 et D 129 du Code du Travail,
- VU** la circulaire agence nationale des services à la personne n° 2007-1 du 15 mai 2007,
- VU** la saisine pour avis du Conseil général de la Gironde,
- VU** l'agrément simple délivré le 7 février 2007 sous le n°2006-1.33.071,
- VU** la demande d'agrément qualité présentée le 6 septembre 2007 et les éléments complémentaires d'information fournis le 14 décembre 2007 par **l'Association de services à domicile des Résidents des Jardins d'Arcadie - 70, rue de Turenne - 33000 BORDEAUX** à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de la GIRONDE,

A R R E T E

ARTICLE PREMIER – L'Association de services à domicile des Résidents des Jardins d'Arcadie est agréée au titre des activités de services à la personne à compter du 1 février 2008 et jusqu'au 31 janvier 2013 sous **le n° 2006-2.33.071.**

ARTICLE 2 - L'agrément qualité est accordé pour les activités suivantes :

- ° entretien de la maison et travaux ménagers
- ° petits travaux de jardinage
- ° prestations de petit bricolage dites « hommes toutes mains »
- ° préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions
- ° collecte et livraison de linge repassé
- ° livraison de repas à domicile
- ° **assistance aux personnes handicapées, âgées, dépendantes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile**, (à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux), tels que :
 - aide à l'alimentation
 - soutien des activités intellectuelles, sensorielles et motrices
 - aide à la mobilité et transport de personnes ayant des difficultés de déplacement favorisant leur maintien à domicile
 - accompagnement des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile, (actes de la vie courante)

Qui seront effectuées au titre de **prestataire**

ARTICLE 2 Bis : Le présent arrêté annule et remplace celui délivré le 7 février 2007

ARTICLE 3 - Le présent agrément qualité est valable sur les départements pour lesquels l'avis du Conseil Général concerné a été recueilli.

ARTICLE 4 - L'agrément qualité est délivré pour une durée de cinq ans. La demande de renouvellement doit être déposée au plus tard trois mois avant le terme de la période d'agrément.

ARTICLE 5 - L'agrément qualité peut faire l'objet d'une décision de retrait dès lors que l'organisme agréé :

- cesse de remplir les conditions ou de respecter les obligations mentionnées aux articles R 129-1 à R 129-4,
- ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail,
- exerce des activités autres que celles déclarées dans la demande d'agrément,
- n'est pas en mesure de justifier à tout moment du caractère exclusif de son activité de service,
- ne transmet pas au Préfet compétent avant la fin du premier semestre de l'année, le bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

ARTICLE 6 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs du département de la Gironde.

Fait à Bordeaux le 4 février 2008

P/LE PREFET et par délégation
P/Le directeur départemental du travail, de l'emploi
Et de la formation professionnelle
La directrice adjointe du travail
Catherine FOURMY



HABILITATION CHÈQUE CONSEIL

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** l'article L 351-24 du Code du Travail relatif à l'Aide à la Création d'Entreprise,
VU l'article R 351-49 du Code du Travail relatif aux Chéquiers Conseil,
VU l'arrêté ministériel du 7 décembre 2007 fixant les conditions d'attribution des Chéquiers Conseil,
VU la circulaire du 1^{er} juillet 1994,
VU la délégation de signature en date du 13 février 2006,

A R R E T E

ARTICLE PREMIER - Les organismes dont la liste est annexée au présent arrêté sont habilités à intervenir au titre des Chèques Conseil.

ARTICLE 2 - Cette habilitation est accordée jusqu'au **31 décembre 2008**.

ARTICLE 3 - Les organismes habilités s'engagent à respecter les règles qui constituent la Charte du Chèque Conseil et qui est inscrite dans la convention signée par eux.

ARTICLE 4 - Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde, Monsieur le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

LE PREFET,
Pour le Préfet et par délégation
Le Directeur départemental du travail, de
l'emploi et de la formation professionnelle,
Henri MULMANN

CHEQUES CONSEIL

LISTE DES ORGANISMES DE CONSEIL HABILITES POUR 2008

N°33/01	AGOE Consultant (Gestion-Organisation) www.agnes-o.com -	17, rue Malleret 33000 BORDEAUX	06 12 27 08 05
N°33/02	AUDIT CONSEIL	15, rue bergeret 33800 BORDEAUX	05 56 92 28 17
N°33/03	AVOCATS (Ordre) (s'adresser à un avocat inscrit à l'ordre) www.barreau-bordeaux.avocat.fr	18-20, rue du maréchal Joffre 33000 BORDEAUX	05 56 44 20 76
N°33/04	BORDEAUX PRODUCTIC www.bordeaux-productic.org	Site Technologique de Marticot 33610 CESTAS	05 56 21 59 59
N°33/05	BPS Conseil www.bpsconseil.fr	238 ter, rue Peydavant 33400 TALENCE	05 57 96 80 56
N°33/06	CEPACCRE <i>RIVE GAUCHE</i> (Centre Permanent d'Accueil et de Soutien aux Candidats à la Création ou à la Reprise d'Entreprises) CEPACCRE <i>RIVE DROITE</i> www.cepaccre.fr	141, rue de la pelouse de Douet 33000 BORDEAUX 7, allée Renée Cassagne 33310 LORMONT	05 56 51 12 14 05 56 38 87 23
N°33/07	Chambre de Commerce et d'Industrie de Bordeaux www.bordeaux.cci.fr - -	12, place de la bourse 33000 BORDEAUX	05 56 79 50 00
N°33/08	Chambre de Commerce et d'Industrie de Libourne www.libourne.cci.fr	125, avenue Georges Pompidou - BP 162 33503 LIBOURNE	05 57 25 40 00
N°33/09	Chambre de Métiers et de l'Artisanat de Gironde www.cm-bordeaux.fr	46, avenue du général de Larminat 33074 BORDEAUX Cedex	05 56 99 91 00

N°33/10	ESPACE GESTION ARCACHON www.espacegestion.com	21, avenue Vulcain 33260 LA TESTE	05 56 54 77 11
	<i>Agence ANDERNOS</i> www.espacegestion.com	15, avenue Gustave Eiffel 33510 ANDERNOS les BAINS	05 56 54 77 11
N°33/11	ESPACE GESTION BORDEAUX www.espacegestion.com	38, cours Georges Clemenceau 33000 BORDEAUX	05 56 48 26 42
	ESPACE GESTION LORMONT www.espacegestion.com	16, avenue de Paris 33310 LORMONT	05 56 38 26 25
N°33/12	ESPACE GESTION LANGON www.espacegestion.com	53, cours des fossés 33210 LANGON	05 56 76 83 71
N°33/13	EXPERTS COMPTABLES (Ordre) <i>(s'adresser à un expert comptable inscrit à l'Ordre)</i> www.oec-aquitaine.fr	28, rue Ferrère 33000 BORDEAUX	05 56 79 79 00
N°33/14	INTER AFOCG 33 (secteur agricole)	3 allée du Vercors 33310 LORMONT	05 56 31 93 10
N°33/15	Maison de l'Initiative et de l'Emploi (MIE)	65, rue Lombard 33300 BORDEAUX	05 56 43 11 86
N°33/16	Q-ORUS www.creation-entreprise-conseil.com	25, avenue des Mondaults 33270 FLOIRAC	05 56 32 16 93
N°33/17	SASCRE (Association pour le Soutien, l'Assistance et le Soutien des Créateurs et Repreneurs d'Entreprise)	32, rue de Fourney 33270 FLOIRAC	06 81 36 16 49
N°33/18	SOCRATE CONSEIL <i>Membre du réseau Espace Gestion</i> Permanences : Blaye - Bourg - St André de Cubzac www.socrateconseil.fr	189, avenue du maréchal Foch "les berges de l'Isle" 33500 LIBOURNE	05 57 51 77 64



AGRÉMENT SIMPLE «EGERIA»

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale,
- VU** le décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail,
- VU** le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** les articles L 129 et D 129 du Code du Travail,
- VU** la circulaire agence nationale des services à la personne n° 2007-1 du 15 mai 2007,
- VU** la demande d'agrément simple présentée 31 janvier 2008 ainsi que les pièces complémentaires en date du 19 février 2008 par **l'association EGERIA 32 chemin du Deves 33480 STE HELENE** à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de la GIRONDE,

ARRETE

ARTICLE PREMIER - **L'association EGERIA** est agréée au titre des activités de services à la personne à compter du 19 février 2008 et jusqu'au 17 février 2013 sous le n° **N/19/02/08/A/033/S/013**.

ARTICLE 2 - L'agrément simple est accordé pour les activités suivantes :

- entretien de la maison et travaux ménagers
- petits travaux de jardinage
- prestations de petit bricolage dites « homme toutes mains »
- livraison de courses à domicile

qui seront effectuées au titre de prestataire mandataire prêt de main-d'œuvre

ARTICLE 3 - Le présent agrément simple est valable sur l'ensemble du territoire national.

ARTICLE 4 - L'agrément simple est délivré pour une durée de cinq ans. La demande de renouvellement doit être déposée au plus tard trois mois avant le terme de la période d'agrément.

ARTICLE 5 - L'agrément simple peut faire l'objet d'une décision de retrait dès lors que l'organisme agréé :

- cesse de remplir les conditions ou de respecter les obligations mentionnées aux articles R 129-1 à R 129-4,
- ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail,
- exerce des activités autres que celles déclarées dans la demande d'agrément,
- n'est pas en mesure de justifier à tout moment du caractère exclusif de son activité de service,
- ne transmet pas au Préfet compétent avant la fin du premier semestre de l'année, le bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

ARTICLE 6 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs du département de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 19 février 2008

P/LE PREFET et par délégation,
P/Le Directeur Départemental du Travail, de
l'Emploi et de la Formation Professionnelle,
la directrice adjointe du travail
Catherine FOURMY



*AVENANT À L'ARRÊTÉ D'AGRÈMENT QUALITÉ «DOMICILE
PLUS FACILE»*

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale,
- VU** le décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail,
- VU** l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- VU** le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** les articles L 129 et D 129 du Code du Travail,
- VU** la circulaire agence nationale des services à la personne n° 2007-1 du 15 mai 2007,
- VU** la saisine pour avis du Conseil général de la Gironde,
- VU** la demande d'extension d'agrément qualité présentée le 18 février 2008 par l'**Entreprise DOMICILE PLUS FACILE 16 rue des Primevères 33700 MERIGNAC** à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de la GIRONDE,

A R R E T E

ARTICLE PREMIER – L'entreprise **DOMICILE PLUS FACILE** est agréée au titre des activités de services à la personne à compter du 1^{er} novembre 2007 et jusqu'au 31 octobre 2012 sous le n° **N/26/11/07/F/033/Q/081**.

ARTICLE 2 - L'agrément qualité est accordé pour les activités suivantes :

- ° entretien de la maison et travaux ménagers
- ° préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions
- ° collecte et livraison de linge repassé
- ° livraison de courses à domicile
- ° garde d'enfants de plus de trois ans
- ° cours à domicile (public non fragile)
- ° assistance administrative à domicile
- ° accompagnement des personnes handicapées en dehors de leur domicile (promenades, transports, actes de la vie courante)
- ° garde d'enfants de moins de trois ans
- ° aides aux familles
- ° **assistance aux personnes âgées ou autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux**
- ° **assistance aux personnes handicapées, y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété.**

Qui seront effectuées au titre de prestataire

ARTICLE 3 - Le présent agrément qualité est valable sur les départements pour lesquels l'avis du Conseil Général concerné a été recueilli.

ARTICLE 4 - L'agrément qualité est délivré pour une durée de cinq ans. La demande de renouvellement doit être déposée au plus tard trois mois avant le terme de la période d'agrément.

ARTICLE 5 - L'agrément qualité peut faire l'objet d'une décision de retrait dès lors que l'organisme agréé :

- cesse de remplir les conditions ou de respecter les obligations mentionnées aux articles R 129-1 à R 129-4,
- ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail,
- exerce des activités autres que celles déclarées dans la demande d'agrément,
- n'est pas en mesure de justifier à tout moment du caractère exclusif de son activité de service,
- ne transmet pas au Préfet compétent avant la fin du premier semestre de l'année, le bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

ARTICLE 6 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs du département de la Gironde.

Fait à Bordeaux le 19 février 2008

P/LE PREFET et par délégation
P/Le directeur départemental du travail, de l'emploi
Et de la formation professionnelle
La directrice adjointe du travail
Catherine FOURMY



DIRECTION
DEPARTEMENTALE du
TRAVAIL, de l'EMPLOI &
de la FORMATION
PROFESSIONNELLE

Développement local

Arrêté du 19.02.2008

AGRÉMENT SIMPLE « MAJORDOME 33 »

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale,
- VU** le décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail,
- VU** le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** les articles L 129 et D 129 du Code du Travail,
- VU** la circulaire agence nationale des services à la personne n° 2007-1 du 15 mai 2007,
- VU** la demande d'agrément simple présentée le 31 janvier 2008 par la Société MAJORDOME 33 – 13, avenue Jean Jaurès – 33113 SAINT-SYMPHORIEN à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de la GIRONDE,

A R R E T E

ARTICLE PREMIER – La **Société MAJORDOME 33** est agréée au titre des activités de services à la personne à compter du 1 février 2008 et jusqu'au 31 janvier 2013 sous le n° **N/19/02/08/F/033/S/014**.

ARTICLE 2 - L'agrément simple est accordé pour les activités suivantes :

- entretien de la maison et travaux ménagers
- petits travaux de jardinage
- prestations de petit bricolage dites « homme toutes mains »
- collecte et livraison de linge repassé (le repassage non effectué au domicile du particulier doit être effectué par un autre prestataire et n'ouvre pas droit à exonération fiscale)
- livraison de courses à domicile
- soins et promenades des animaux domestiques pour les personnes dépendantes
- gardiennage et surveillance temporaire, à domicile, de la résidence principale et secondaire
- garde d'enfants de plus de 3 ans
- soutien scolaire à domicile (public non fragile)
- cours à domicile (public non fragile)
- assistance administrative (public non fragile)

- installation et mise en service au domicile de matériels informatiques
- ° initiation et formation au fonctionnement du matériel informatique et aux logiciels non professionnels

qui seront effectuées au titre de prestataire mandataire prêt de main-d'œuvre

ARTICLE 3 - Le présent agrément simple valable sur l'ensemble territoire national.

ARTICLE 4 - L'agrément simple est délivré pour une durée de cinq ans. La demande de renouvellement doit être déposée au plus tard trois mois avant le terme de la période d'agrément.

ARTICLE 5 - L'agrément simple peut faire l'objet d'une décision de retrait dès lors que l'organisme agréé :

- cesse de remplir les conditions ou de respecter les obligations mentionnées aux articles R 129-1 à R 129-4,
- ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail,
- exerce des activités autres que celles déclarées dans la demande d'agrément,
- n'est pas en mesure de justifier à tout moment du caractère exclusif de son activité de service,
- ne transmet pas au Préfet compétent avant la fin du premier semestre de l'année, le bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

ARTICLE 6 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs du département de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 19 février 2008

P/LE PREFET et par délégation,
P/Le Directeur Départemental du Travail, de
l'Emploi et de la Formation Professionnelle,
La directrice adjointe du travail
Catherine FOURMY



DIRECTION
DEPARTEMENTALE du
TRAVAIL, de l'EMPLOI &
de la FORMATION
PROFESSIONNELLE

Développement local

Avenant du 20.02.2008

**AVENANT À L'ARRÊTÉ D'AGRÉMENT QUALITÉ «ASSOCIATION
AUTONOMIE AQUITAINE»**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale,
- VU** le décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail,
- VU** l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- VU** le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** les articles L 129 et D 129 du Code du Travail,
- VU** la circulaire agence nationale des services à la personne n° 2007-1 du 15 mai 2007,
- VU** la saisine pour avis du Conseil général de la Gironde,
- VU** l'arrêté d'agrément délivré le 31 janvier 2007 sous le n° 2006-2.33.109,
- VU** la demande d'extension d'agrément qualité présentée le 20 février 2008 par l'Association **AUTONOMIE AQUITAINE (AAA) – 2, avenue de la Côte d'Argent – 33380 MARCHEPRIME** - à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de la GIRONDE,

A R R E T E

ARTICLE PREMIER – A compter du 20 février 2008, l'agrément qualité délivré à l'AAA est étendu aux prestations suivantes :

- ° garde d'enfants de moins de trois ans
- ° soutien scolaire et aide aux devoirs

Qui seront effectuées au titre de prestataire.

ARTICLE 2 – Le numéro d'agrément est désormais le suivant : R/01/10/2006/A/033/Q/109.

ARTICLE 3 - La présente extension d'agrément qualité est valable sur les départements pour lesquels l'avis du Conseil Général concerné a été recueilli.

ARTICLE 4 - Le présent arrêté d'extension sera publié au recueil des actes administratifs du département de la Gironde.

Fait à Bordeaux le 20 février 2008

P/LE PREFET et par délégation
P/Le directeur départemental du travail, de l'emploi
Et de la formation professionnelle
La directrice adjointe du travail
Catherine FOURMY



DIRECTION
DEPARTEMENTALE du
TRAVAIL, de l'EMPLOI &
de la FORMATION
PROFESSIONNELLE

Développement local

Arrêté du 26.02.2008

AGRÉMENT SIMPLE «DU SOL AU PLAFOND»

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale,
- VU** le décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail,
- VU** le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** les articles L 129 et D 129 du Code du Travail,
- VU** la circulaire agence nationale des services à la personne n° 2007-1 du 15 mai 2007,
- VU** la demande d'agrément simple présentée le 4 février 2008 ainsi que les pièces complémentaires en date du 22 février 2008 par l'entreprise **DU SOL AU PLAFOND – 24, RN 113 – 33640 BEAUTIRAN** à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de la GIRONDE,

A R R E T E

ARTICLE PREMIER – L'entreprise **DU SOL AU PLAFOND** est agréée au titre des activités de services à la personne à compter du 26 février 2008 et jusqu'au 25 février 2013 sous le n°N/26/02/08/F/033/S/016.

ARTICLE 2 - L'agrément simple est accordé pour les activités suivantes :

- entretien de la maison et travaux ménagers
- assistance administrative (public non fragile)

qui seront effectuées au titre de prestataire mandataire prêt de main-d'œuvre

ARTICLE 3 - Le présent agrément simple est valable sur l'ensemble du territoire national.

ARTICLE 4 - L'agrément simple est délivré pour une durée de cinq ans. La demande de renouvellement doit être déposée au plus tard trois mois avant le terme de la période d'agrément.

ARTICLE 5 - L'agrément simple peut faire l'objet d'une décision de retrait dès lors que l'organisme agréé :

- cesse de remplir les conditions ou de respecter les obligations mentionnées aux articles R 129-1 à R 129-4,
- ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail,
- exerce des activités autres que celles déclarées dans la demande d'agrément,
- n'est pas en mesure de justifier à tout moment du caractère exclusif de son activité de service,
- ne transmet pas au Préfet compétent avant la fin du premier semestre de l'année, le bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

ARTICLE 6 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs du département de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 26 février 2008

P/LE PREFET et par délégation,
P/Le Directeur Départemental du Travail, de
l'Emploi et de la Formation Professionnelle,
La directrice adjointe du travail
Catherine FOURMY



DIRECTION
DEPARTEMENTALE du
TRAVAIL, de l'EMPLOI &
de la FORMATION
PROFESSIONNELLE

Arrêté du 26.02.2008

AGRÉMENT SIMPLE «LES SERVICES DE SOPHIE»

Développement local

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale,
- VU** le décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail,
- VU** le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L 129-1 du code du travail,
- VU** les articles L 129 et D 129 du Code du Travail,
- VU** la circulaire agence nationale des services à la personne n° 2007-1 du 15 mai 2007,
- VU** la demande d'agrément simple présentée 24 janvier 2008 ainsi que les pièces complémentaires en date du 26 février 2008 par **l'EURL Les Services de Sophie 3 rue Yves Montand 33240 St ANDRE de CUBZAC** à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de la GIRONDE,

A R R E T E

ARTICLE PREMIER – **L'EURL les Services de Sophie** est agréée au titre des activités de services à la personne à compter du 26 février 2008 et jusqu'au 25 février 2013 sous le n° **N/26/02/08/F/033/S/017**.

ARTICLE 2 - L'agrément simple est accordé pour les activités suivantes :

- entretien de la maison et travaux ménagers
- petits travaux de jardinage

- collecte et livraison de linge repassé non fragile)

qui seront effectuées au titre de prestataire mandataire prêt de main-d'œuvre

ARTICLE 3 - Le présent agrément simple est valable sur l'ensemble du territoire national.

ARTICLE 4 - L'agrément simple est délivré pour une durée de cinq ans. La demande de renouvellement doit être déposée au plus tard trois mois avant le terme de la période d'agrément.

ARTICLE 5 - L'agrément simple peut faire l'objet d'une décision de retrait dès lors que l'organisme agréé :

- cesse de remplir les conditions ou de respecter les obligations mentionnées aux articles R 129-1 à R 129-4,
- ne respecte pas la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail,
- exerce des activités autres que celles déclarées dans la demande d'agrément,
- n'est pas en mesure de justifier à tout moment du caractère exclusif de son activité de service,
- ne transmet pas au Préfet compétent avant la fin du premier semestre de l'année, le bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

ARTICLE 6 - Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs du département de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 26 février 2008

P/LE PREFET et par délégation,
P/Le Directeur Départemental du Travail, de
l'Emploi et de la Formation Professionnelle,
la directrice adjointe du travail
Catherine FOURMY



DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DE L'EQUIPEMENT

Service Urbanisme Aménagement
et Développement local

Arrêté du 12.02.2008

AUTORISATION DE PÉNÉTRER DANS LES PROPRIÉTÉS PRIVÉES DANS LE CADRE DE LA SUPPRESSION DES PASSAGES À NIVEAU PRÉOCCUPANTS : N°4 SUR LA COMMUNE DE LE TEICH, N° 62 SUR LA COMMUNE DE SAINT MACAIRE, N° 64 SUR LA COMMUNE DE LE PIAN SUR GARONNE ET RÉTABLISSEMENTS DES COMMUNICATIONS AVEC LES ROUTES DÉPARTEMENTALES N°650, N°672 ET N° 672^E4

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU le Code Pénal,

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la loi du 29 décembre 1892 modifiée sur les dommages causés à la propriété privée pour l'exécution des travaux et notamment son article 1^{ER},

VU la loi n° 43-374 du 6 juillet 1943 modifiée relative à l'exécution des travaux géodésiques et cadastraux et à la conservation des signaux, bornes et repères,

VU les conventions particulières en date du 11 Décembre 2007 entre l'ETAT, la Région Aquitaine, le Département de la Gironde et Réseau Ferré de France, définissant les engagements réciproques de chacune des parties en ce qui concerne les modalités de financement et d'exécution des études nécessaires à l'élaboration des dossiers d'Avant Projet et de procédures administratives (DUP, Loi sur l'Eau, Défrichement), relatifs à la suppression des passages à niveau préoccupants : n°4 sur la commune de LE TEICH, n°62 sur la commune de SAINT MACAIRE, n° 64 sur la commune de LE PIAN SUR GARONNE et les rétablissements des communications avec les Routes Départementales n°650 , n°672 et n°672^E4,

VU la demande de Monsieur le Directeur des Infrastructures du Département de la Gironde en date du 28 janvier 2008,

VU l'avis de Monsieur le Directeur Départemental de l'Equipement de la Gironde en date du 4 février 2008,

VU les plans de situation joints au présent arrêté,

CONSIDERANT que l'autorisation de pénétrer sur les propriétés privées est sollicitée dans le but d'exécuter des levés topographiques, des sondages géotechniques, des travaux de piquetage et des reconnaissances diverses permettant d'élaborer les dossiers d'Avant Projet et de procédures administratives (DUP, Loi sur l'Eau, Défrichement) sur le territoire des communes de LE TEICH, de SAINT MACAIRE, de SAINT MAIXANT et de LE PIAN SUR GARONNE.

SUR PROPOSITION du secrétaire général de la préfecture de la Gironde,

A R R Ê T E

ARTICLE PREMIER – Les agents du Département de la Gironde – Direction des Infrastructures, les géomètres ou leurs agents et le personnel des entreprises auxquelles l'administration déléguera ses droits, pourront pénétrer dans les propriétés privées pour y exécuter, pour le compte du Département, les levés topographiques, les sondages géotechniques, les travaux de piquetage et les reconnaissances diverses permettant d'élaborer les dossiers d'Avant Projet et de procédures administratives (DUP, Loi sur l'Eau, Défrichement), relatifs à la suppression des passages à niveau préoccupants : n°4 sur la commune de LE TEICH, n°62 sur la commune de SAINT MACAIRE, n° 64 sur la commune de LE PIAN SUR GARONNE et les rétablissements des communications avec les routes départementales n°650 , n°672 et n°672^E4.

ARTICLE 2 – L'autorisation prévue à l'article 1^{er} ci-dessus, s'applique sur le territoire des communes de :

**LE TEICH,
SAINT MACAIRE,
SAINT MAIXANT
LE PIAN SUR GARONNE.**

ARTICLE 3 – Les agents de l’administration ou les particuliers à qui cette dernière aura délégué ses droits, ne seront pas autorisés à pénétrer à l’intérieur des maisons d’habitation. Ils ne pourront s’introduire dans les propriétés closes que **cinq (5) jours** après la notification au propriétaire ou, en son absence, au gardien de la propriété.

A défaut de gardien connu dans la commune, le délai ne court qu’à partir de la notification au propriétaire faite à la mairie. Ce délai expiré, si personne ne se présente pour permettre l’accès, les dits agents ou particuliers pourront entrer avec l’assistance du Juge d’Instance.

ARTICLE 4 – Les travaux de débroussaillage manuel ou mécanique devront respecter au maximum les arbres existants. D’une façon générale, il ne pourra être abattu d’arbres (fruitiers, d’ornement ou de haute futaie) avant qu’un accord amiable ne soit établi sur leur valeur ou, qu’à défaut de cet accord, il n’ait été procédé à une constatation contradictoire destinée à fournir les éléments nécessaires pour l’évaluation des dommages.

A la fin de l’opération, tout dommage causé par les travaux sera réglé, à défaut d’accord amiable entre le propriétaire et la collectivité territoriale, par le Tribunal Administratif, dans les formes indiquées par la loi du 22 juillet 1889.

ARTICLE 5 – Les maires des communes citées à l’article 2 assureront dans la limite de leur commune, la surveillance des éléments de signalisation dont la liste et les emplacements leur auront été notifiés par la Direction des Infrastructures du Conseil Général de la Gironde.

ARTICLE 6 – La destruction, la détérioration ou le déplacement des signaux, bornes et repères donneront lieu à l’application des dispositions de l’article 322-2 du nouveau Code Pénal et de l’article 6 de la loi du 6 juillet 1943.

En outre, les dommages-intérêts pouvant être dus éventuellement aux communes visées à l’article 2 ci-dessus, pourront atteindre le montant des dépenses nécessitées par la reconstitution des éléments de signalisation y compris celles afférentes aux opérations de géodésie d’arpentage ou de nivellement qu’entraînera cette reconstitution.

Les agents des services publics intéressés dûment assermentés ainsi que les officiers de police judiciaire et les gendarmes seront chargés de rechercher les délits prévus au présent article, en application de l’article 6 de la loi du 6 juillet 1943 ; ils dresseront procès-verbal des infractions constatées.

ARTICLE 7 – Une ampliation du présent arrêté sera affichée dans les mairies intéressées.

L’autorisation de pénétrer dans les propriétés privées ne sera valable dans ces communes, qu’à l’expiration d’un délai de **dix (10) jours** après l’affichage dans les mairies.

Les agents de l’administration et les personnes autorisées par l’administration auxquels les droits auront été délégués, seront munis d’une copie du présent arrêté, certifiée conforme par le Directeur des Infrastructures, qui devra être présentée à toute réquisition.

ARTICLE 8 – **Le délai de validité du présent arrêté est de trente (30) mois.** Toutefois, il sera périmé de plein droit s’il n’est pas suivi d’exécution **dans les six (6) mois après signature.**

ARTICLE 9 - Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde, Monsieur le Président du Conseil Général de la Gironde, M. le Sous Préfet du Bassin d’Arcachon, M. le Sous Préfet de LANGON, M. les Maires de LE TEICH, de SAINT MACAIRE, de SAINT MAIXANT et de LE PIAN SUR GARONNE, Monsieur le Directeur Départemental de l’Equipeement de la Gironde, Monsieur le Commandant du Groupement de Gendarmerie de la Gironde,

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l’exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Gironde,

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Préfet,
Pour le Préfet,
Le Secrétaire Général,
François PENY



**PROROGATION DE LA DÉCLARATION D'UTILITÉ PUBLIQUE DU
PROJET D'AMÉNAGEMENT DE SÉCURITÉ DE LA RN 215 DANS LA
SECTION PICOT / SALAUNES SUR LE TERRITOIRE DES COMMUNES
DE SAINT-MÉDARD-EN-JALLES, SAINT-AUBIN-DE-MÉDOC ET
SALAUNES**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

- VU** le code de l'expropriation pour cause d'utilité publique et notamment ses articles L 11-1 et suivants et R 11-1 et suivants,
- VU** l'arrêté préfectoral du 3 avril 2003 déclarant d'utilité publique au profit de l'ETAT le projet d'aménagement de sécurité de la RN 215 dans la section Picot / Salaunes sur le territoire des communes de SAINT-MEDARD-EN-JALLES, SAINT-AUBIN-DE-MEDOC et SALAUNES et mise en compatibilité des plans d'occupation des sols de la Communauté Urbaine de Bordeaux et de la commune de SALAUNES avec les travaux,
- VU** l'arrêté préfectoral du 21 décembre 2005 portant constatation du transfert de routes nationales dans le réseau départemental,
- VU** la délibération de la Commission Permanente du Conseil Général de la Gironde en date du 27 mars 2006 attribuant à la RN 215 transférée dans la voirie départementale le numéro RD 1215,
- VU** la lettre de M. le Président du Conseil Général en date du 23 janvier 2008 constatant que les acquisitions de terrains nécessaires n'ont pu toutes être réalisées à ce jour,
- SUR PROPOSITION** du secrétaire général de la préfecture de la Gironde.

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER - Est reportée au 3 avril 2013, la date d'expiration de la déclaration d'utilité publique relative au projet susvisé.

ARTICLE 2 - M. le Secrétaire Général de la Préfecture de la Gironde,
M. le Président du Conseil Général,
M. le Président de la Communauté Urbaine de Bordeaux,
M. le Sous-Préfet de LESPARRÉ,
M. le Maire de SAINT-MEDARD-EN-JALLES,
M. le Maire de SAINT-AUBIN-DE-MEDOC,
M. le Maire de SALAUNES,
M. le Directeur Départemental de l'Équipement,

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 12 février 2008

Le Préfet,
Pour le Préfet,
Le Secrétaire Général,
François PENY



DÉCLASSEMENT DANS LE DOMAINE PRIVÉ COMMUNAL D'UNE
PARTIE DE LA VOIE COMMUNALE N° 4 DITE « CHEMIN DE MIOS »
AU LIEU-DIT CROIX D'HINS SUR LA COMMUNE DE MARCHEPRIME

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

VU le Code de la Voirie Routière et notamment ses articles L 141-1 à L 141-5 et R 141-4 à R 141-10,

VU le Code Rural et notamment ses articles L 121-17 et L 161-1 à L 161-11,

VU l'article L 2241-1 du Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération en date du 13 juin 2007 du Conseil Municipal de MARCHEPRIME approuvant le principe de déclassement d'une partie de la voie communale n° 4 dite « chemin de Mios » au lieu-dit Croix d'Hins,

VU la délibération en date du 27 juin 2007 du Conseil Municipal de MIOS émettant un avis défavorable au projet de déclassement,

VU le rapport de l'enquête publique, les conclusions et l'avis favorable au déclassement du commissaire enquêteur en date du 12 juin 2007,

CONSIDERANT, au titre des dispositions de l'article L141-5 du code de la voirie routière, qu'en cas de désaccord des communes concernées, il est statué par le représentant de l'Etat dans le département,

CONSIDERANT, que cette partie de voie communale, objet du déclassement, n'assure pas de fonction d'itinéraire entre les deux communes, que la partie à déclasser ne dessert pas d'autre propriété que celle de la Société Civile Forestière Mutuelle Agricole (SCIFMA) à laquelle il est prévue de la délaisser, et que cette voie, simple chemin de sable, n'est pas aménagée ni entretenue pour assurer la circulation des véhicules,

SUR PROPOSITION de Monsieur le sous-Préfet d'Arcachon,

A R R Ê T E

ARTICLE 1^{er} : Il est procédé au déclassement dans le domaine privé communal de la commune de MARCHEPRIME, d'une partie de la voie communale n° 4 dite « chemin de Mios » au lieu-dit « Croix d'Hins », d'un linéaire de 350 mètres, en vue de son aliénation à la Société Civile Forestière Mutuelle Agricole.

ARTICLE 2 : Le présent arrêté sera affiché dans les communes de MARCHEPRIME et MIOS, par les soins de chaque Maire, ainsi qu'à la sous-préfecture d'ARCACHON.

ARTICLE 3 : Le sous préfet d'ARCACHON, le maire de MARCHEPRIME, le maire de MIOS, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Gironde.

Fait à Bordeaux, le 28 février 2008

Le Préfet,
Pour le Préfet,
Le Sous-Préfet, Directeur de Cabinet
Thierry ROGELET

