



PREFECTURE REGION AQUITAINE

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

N ° 20 - MARS 2015

SOMMAIRE

Administration territoriale de la Gironde

Délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé (ARS)

Arrêté N °2015064-0002 - du 5/03/2015 - modifiant l'arrêté en date du 29 octobre 2012 autorisant l'application en région Aquitaine du protocole de coopération ASALEE concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers (délégués) validés par les médecins (délégués)	1
--	---

Administration territoriale de l'Aquitaine

Agence Régionale de Santé (ARS)

Arrêté N °2015061-0002 - du 02/03/2015 - Arrêté portant autorisation de transfert d'une officine de pharmacie sur la commune de Mérignac, 33700 (EURL Pharmacie Cabrol)	42
---	----

Arrêté N °2015063-0002 - du 04/03/2015 - Portant désignation de(s) l'autorité(s) médicale(s) responsables(s) de l'accès aux données identifiantes relatives à l'activité des professionnels de santé issues du SNIIRAM prévue par l'article 4 de l'arrêté du 19 juillet 2013 modifié relatif à la mise en oeuvre du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie	44
---	----

Direction interrégionale de la Mer Sud- Atlantique (DIRMSA)

Arrêté N °2015065-0001 - Rendant obligatoire la délibération n ° 2015-08 du 3 mars 2015 du comité régional des pêches maritimes et des élevages marins d'Aquitaine fixant la date d'ouverture de la saison de pêche professionnelle de la seiche et de la sole dans le bassin d'Arcachon 2015	46
---	----

Direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL)

Décision N °2015069-0001 - Décision du 10 mars 2015 portant subdélégation de signature aux agents du Centre de prestations comptables mutualisées pour les actes de dépenses et de recettes des programmes gérés sous Chorus	48
--	----

Direction régionale des Affaires Culturelles (DRAC)

Arrêté N °2015068-0001 - Arrêté portant nomination des membres de la commission interrégionale de la recherche archéologique du Sud- Ouest 2015-2018	52
--	----

Secrétariat Général pour les Affaires Régionales (SGAR)

Arrêté N °2015070-0001 - du 11.03.2015 - Arrêté portant délégation de signature à Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine (DIRECCTE)	54
---	----

Arrêté N °2015070-0002 - du 11/03/2015 - Arrêté portant délégation de signature en matière d'ordonnancement et de comptabilité générale de l'État à Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine (DIRECCTE)	56
---	----

Arrêté N °2015070-0003 - du 11/03/2015 - Arrêté portant délégation de signature en qualité d'ordonnateur secondaire délégué pour le BOP régional 307 à Monsieur Alain MARMIER, Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Financières de la Préfecture de la Gironde	59
---	----

ARRETE DOSA 2015

Modifiant l'arrêté en date du 29 octobre 2012 autorisant l'application en région Aquitaine du protocole de coopération ASALEE concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers (délégués) validés par des médecins (délégants)

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

- VU** le code de la santé publique, et notamment les articles L 4011-1 et suivants,
- VU** l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé,
- VU** l'arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin,
- VU** l'arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé,
- VU** l'arrêté en date du 29 octobre 2012 portant autorisation en région Aquitaine du protocole de coopération entre professionnels de santé ASALEE concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers (délégués) validés par des médecins délégants),
- VU** l'avis favorable N° 2014.0049/AC/SEVAM émis par la Haute Autorité de Santé le 25 juin 2014, relatif au protocole de coopération entre professionnels de santé ASALEE : « travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle, médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concernée »,
- VU** l'arrêté N° 2014/1384 en date du 13 octobre 2014 autorisant en région Poitou Charentes le protocole Asalee modifié concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers (délégués) validés par des médecins (délégants).

- CONSIDERANT** que les modifications apportées dans le protocole portent exclusivement sur la formation des infirmiers à qui sont délégués certains actes dérogatoires modifications qui sont apportées dans le chapitre VI « expériences acquises et ou formations théoriques et pratiques suivies par les professionnels impliqués » (voir annexes 9-1 et 9-2 du protocole),
- CONSIDERANT** que ces modifications bien qu'elles consistent en une réduction du nombre d'heures de formation, permettent de garantir une formation adaptée et de qualité pour la réalisation par des infirmier(e)s des actes dérogatoires,
- CONSIDERANT** que ce protocole permet la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers formés à la réalisation de ces actes validés par les médecins généralistes dans le cadre du suivi des patients diabétique de type 2, des patients à risque cardiovasculaire, des patients tabagiques à risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive ainsi que le repérage des troubles cognitifs chez les patients âgés,
- CONSIDERANT** que ce protocole entre professionnels de santé annexé au présent arrêté est toujours de nature à répondre au besoin de santé en région Aquitaine et à l'intérêt des patients,

A R R E T E

ARTICLE 1^{er}

Le protocole de coopération entre professionnels de santé « ASALEE » modifié annexé au présent arrêté, permettant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers DE (délégués) validés par des médecins (délégants) est autorisé dans la région Aquitaine.

ARTICLE 2

Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ce protocole de coopération entre professionnels de santé sont tenus de faire enregistrer leur demande d'adhésion auprès de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine.

ARTICLE 3

Le suivi du protocole de coopération entre professionnels de santé, visé par la présente autorisation sera effectué en conformité avec les dispositions de l'article 1^{er} de l'arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin.

ARTICLE 4

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine peut mettre fin au protocole de coopération susmentionné au regard notamment de la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient et des soins conformément à l'article 2 de l'arrêté 2 du 21 juillet 2010 susvisé.

ARTICLE 5

Un recours contentieux contre la présente décision peut être formé, conformément aux règles du droit administratif, devant le Tribunal administratif territorialement compétent. Le délai de recours est de deux mois suivant sa date de publication.

ARTICLE 6

Le présent arrêté sera transmis aux instances régionales des Ordres et aux unions régionales des professions de santé concernées ainsi que pour information au directeur de l'HAS.

ARTICLE 7

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la région Aquitaine.

5 MARS 2015

Fait à Bordeaux, le

Le Directeur Général de l'Agence Régionale
de Santé d'Aquitaine,


Michel LAFORCADE

**Grille protocole de coopération
conforme à l'annexe 1
modèle de protocole mentionné
à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009**

Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code la santé publique

~

« Art. L. 4011-1 du CSP – Par dérogation, les professionnels de santé (inscrits à l'article L. 4011-1 du code de santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer

- des transferts d'activités ;
- ou d'actes de soins ;
- ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. »

À LIRE IMPÉRATIVEMENT AVANT DE REMPLIR LA GRILLE

La grille du protocole de coopération proposée a pour but d'aider les professionnels de santé à rédiger efficacement leur protocole de coopération.

Avant d'utiliser cette grille, les professionnels de santé sont invités à lire attentivement au moins la fiche « professionnels de santé » figurant dans le guide méthodologique publié le XXXXXX par la HAS et disponible sur le site Internet de la HAS.

* www.has-sante.fr.

Tous les sigles et/ou les acronymes employés dans le protocole de coopération doivent être explicités.

MODE OPÉRATOIRE

EN PRATIQUE, si vous souhaitez rédiger un protocole de coopération :

- 1) Télécharger / Enregistrer la grille sur votre ordinateur.
- 2) Renseigner tous les items.
- 3) Penser à être précis et synthétique dans votre rédaction.
- 4) Sauvegarder la grille une fois remplie.

INFO-BULLE – Lorsque ce mot apparaît, placer-y le curseur et des informations apparaîtront en appuyant sur la touche : « **F1** » du clavier sur PC, ou sur la touche « **aide** » sur Mac.

Des LIENS INTERNET sont activés. En plaçant le pointeur sur le lien et en appuyant sur la touche [**Ctrl**] du clavier vous serez automatiquement dirigé vers le site Internet mentionné.

I. – SYNTHÈSE DU PROTOCOLE DE COOPÉRATION – Article L. 4011-2 du code de la santé publique

Région : A - H / POITOU-CHARENTES		Date de création : 17/03/2011	
Items	Réponses :		
<i>Besoin de santé régional auquel répond ce protocole de coopération</i>	Les besoins de santé régionaux auxquels répond ce protocole de coopération sont : 1 - améliorer la qualité des soins de premier recours, en particulier les maladies chroniques; 2 - répondre aux tensions toujours plus aiguës sur la démographie médicale; 3 - se maintenir dans un cadre d'efficience des nouvelles organisations ou de nouveaux protocoles.		
<i>Intitulé du protocole de coopération</i>	"ASALEE" : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des "professionnels de santé" sur le territoire concerné		
<i>Caractéristiques des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération</i>	Ce sont des patients dont un des médecins du cabinet médical est médecin traitant, et qui correspondent aux critères d'éligibilité de chaque protocole : voir le paragraphe introductif de chacun des protocoles en annexe, qui donne les critères des cohortes selon les pathologies : Diabétiques, Hypertendus, risque cardio-vasculaire, Tabagiques à risque BPCO, Démence de type Alzheimer, Personnes Agées ou Fragiles à domicile, etc...		
<i>Liste exhaustive d'acte(s) ou activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	Les activités dérogatoires aux conditions légales d'exercice des infirmier(e)s réalisées par le délégué infirmier(e) sont : 1 - suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL* Cholestérol, créatinémie, fond d'œil; prescription et réalisation des ECG; prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds; 2 - suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant prescription et réalisation des ECG; 3 - suivi du patient tabagique à risque BPCO incluant prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie; 4 - consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées;		
<i>Nature de la dérogation (plusieurs réponses possibles)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée diagnostique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée thérapeutique avec ou sans interprétation <input checked="" type="checkbox"/> Réalisation d'acte(s) ou activité(s) à visée préventive, préciser : <input checked="" type="checkbox"/> dépistage, <input type="checkbox"/> vaccination, autres : <input checked="" type="checkbox"/> Interprétation d'un examen <input checked="" type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Autres, préciser :		
<i>Lieu de mise en œuvre du protocole de coopération</i>	Il s'agit de tous les cabinets actuels et futurs "ASALEE" de Poitou-Charentes, et des autres régions intéressées, représentés ici par un des leurs, le cabinet médical de Châtillon-sur-Thouet, dans les Deux-Sèvres (79). Le domicile de certains patients est également un des lieux d'exercice de la coopération (au sens large du terme incluant foyer logement) pour le protocole de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire		
Protocole de coopération autorisé le : 00/00/0000, mis en ligne le : 00/00/0000			

II. – INTITULÉ DU PROTOCOLE

Les informations demandées doivent permettre d'identifier l'acte(s) de soins, ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé entre eux auprès du patient, et les professionnels de santé concernés par le protocole de coopération au sens du code de la santé publique.

"ASALEE" : un travail en équipe constituée d'infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle et de médecins généralistes Mots Clés : Démographie Médicale, Maladie Chronique, Dépistage et Suivi du Diabète de Type 2, HyperTension Artérielle, Suivi du patient à Risque Cardio-Vasculaire, Tabagiques à risque BPCO, Démence de type Alzheimer;

Cadre réservé à la HAS

Thème du protocole

À la réception du protocole, la HAS définira un thème qui sera intégré dans le système d'information national.
Le thème a pour objectif de faciliter la recherche des protocoles autorisés.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE

A) Justification de la demande

1) Identifier le problème à résoudre ou le besoin constaté au niveau régional

Le présent protocole de coopération répond à un triple besoin Régional (source - panorama de la santé en Poitou-Charentes - ORS - 2010)

1 - comme certaines autres régions, le Poitou-Charentes est marqué par une démographie médicale inégale. Le département des Deux-Sèvres (79) est, des quatre départements de la région, le moins doté. D'après les travaux de la mission régionale de santé publiés en 2010, dix zones de Poitou-Charentes seraient « très sous-dotées » soit disposant entre 35 à 79 médecins généralistes libéraux pour 100.000 habitants. (moyenne nationale autour de 100). De plus, les effectifs de professionnels âgés de 55 ans et plus ont connu dans la région une croissance de 327 % chez les généralistes en un peu plus de 10 ans; la situation est de plus en plus tendue notamment en secteurs rural et semi-rural;

2 - l'amélioration du suivi des maladies chroniques, et en particulier du diabète de type 2, des risques cardio-vasculaires et des risques BPCO, dont la prévalence connaît, comme ailleurs, une augmentation significative et croissante dans le temps : on annonce deux fois plus de patients dans certaines de ces catégories de risques d'ici 10 ans; cette population de patients et de "nouveaux patients" a besoin d'être informée, formée, régulièrement suivie. Qu'on puisse, en dehors de phase aigüe, lui consacrer du temps...;

3 - le département des Deux-Sèvres est celui qui, en France, présente le "moins" de personnes repérées avec démence de type Alzheimer. Rendre possible un repérage plus systématique des troubles cognitifs est donc un besoin auquel la région doit pouvoir apporter des réponses. Or, il est connu qu'un repérage de troubles cognitifs est une consultation qui est extrêmement chronophage.

Il ressort de cette synthèse des besoins un vif intérêt à ce qui peut permettre de réorganiser en équipe pluri-pluriprofessionnelle la prise en charge des patients, non seulement pour les pathologies évoquées dans le présent protocole, mais, plus généralement et à terme, pour toute la patientèle d'un cabinet devenant par le fait maison de santé..

2) Préciser en quoi la problématique identifiée justifie une dérogation au titre de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?

Dans l'intervention de suivi assurée par un(e) infirmier(e), une validation systématique et continue du médecin généraliste altérerait l'efficacité de la prise en charge, lorsque, pour des examens déterminés, l'infirmier(e) formé(e) est en mesure de prescrire, en certains cas de le réaliser, et en certains cas d'assurer une interprétation, de l'examen.

De plus des besoins supplémentaires ont été exposés dans des domaines dans lesquels les médecins généralistes ne disposent pas d'assez de temps pour répondre complètement à la demande de soins : notamment : repérage des troubles cognitifs et proposition et réalisation de spirométrie régulière pour les patients tabagiques.

Dérogatoirement à son décret de compétence, (29 juillet 2004) il est donc demandé que l'infirmier(e) puisse conduire ces actions avec plus d'autonomie.

D'autres protocoles sont également à l'étude qui viendraient constituer de nouvelles étapes de délégation médecins généralistes - infirmière, dans les protocoles de coopération.

En synthèse, la généralisation d'un dispositif comme ASALEE tout en accroissant son efficacité, en particulier dans des territoires sensibles en démographie médicale - mais ASALEE reste efficace ailleurs- doit consacrer l'autonomie pour l'infirmier(e), autonomie à laquelle répond le cadre article 51..

NB : La HAS pourra vous demander le ou les texte(s) réglementaire(s) à l'appui de votre argumentation.

📄 Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

- *Projet régional de santé (PRS).*
- *Agence régionale de santé (ARS).*
- *Union régionale des professions de santé (URPS).*
- *Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).*
- *Programme de formation, textes réglementant la profession, etc.*
- *Consultation des instances ordinales ou des associations professionnelles concernées.*
- *Etc.*

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL

1) Organisation des professionnels de santé

a) Informations concernant le profil du DÉLÉGANTE :

Spécialité	Médecine Générale
Profession du délégrant	Médecin
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
Qualification ordinaire (médecin)	médecin généraliste
Mode d'exercice	<input checked="" type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégrant	4 ou 5 médecins généralistes

b) Informations concernant le profil du DÉLÉGUÉ :

Spécialité	
Profession du délégué	Infirmier(e)
Spécialité pour les infirmier(e)s	<input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> IBODE <input type="checkbox"/> Puéricultrice <input checked="" type="checkbox"/> Autres, préciser : délégué(e) à la santé populationnelle
Qualification ordinaire (médecin)	
Mode d'exercice	<input checked="" type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié hospitalier <input checked="" type="checkbox"/> Salarié non hospitalier
Effectif/discipline du délégué	un(e) infirmier(e) pour 4 ou 5 médecins généralistes

le délégué peut être en exercice salarié ou en exercice libéral : les deux modes ont été éprouvés au cours de la phase pilote. Il peut également intervenir pour plusieurs cabinets, par exemple 2 cabinets de 2 ou 3 médecins généralistes..

ⓘ Zone info

Voir à la fin de ce document la définition de délégrant et de délégué.

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)

1) Organisation des professionnels de santé (suite)

c) Existe-t-il un système d'information partagée entre les professionnels de santé ? OUI NON

Si possible, expliquez le processus de partage de l'information entre les différents professionnels :

Dans le cabinet médical qui fait la présente demande, un logiciel de gestion de cabinet est en place et les médecins généralistes y partagent, avec le consentement des patients, les informations des dossiers médicaux.

On doit considérer que c'est une condition de faisabilité pour l'application du présent protocole de coopération que les dossiers médicaux soient informatisés dans le cabinet et accessibles en réseau local, à partir d'un bureau situé dans le cabinet.

Egalement, depuis leur poste de travail, les médecins généralistes peuvent accéder, dans des conditions à l'état de l'art de la sécurité,* à des services disponibles sur Internet.

C'est également une condition de faisabilité pour l'application du présent protocole de coopération, pour le suivi et le contrôle de la bonne application de celui-ci.

Ces accès ont lieu dans le cadre de l'article L110-4 du CSP, et plus particulièrement de la mention définissant les conditions d'accès aux données médicales nominatives en Maison de Santé. Les systèmes d'information (logiciel de gestion de cabinet) et les fichiers d'information médicale nominative sont déclarés à la CNIL.

d) Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes à ce jour ? – Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »

e) L'accès aux soins

La continuité des soins est-elle organisée ? OUI NON

La permanence des soins est-elle organisée ? OUI NON

Quels sont les délais moyens d'obtention d'un rendez-vous ou de prise en charge ? Selon l'urgence, les rendez-vous peuvent être pris dans la journée

III. – CONTEXTE DU PROTOCOLE (SUITE)

B) Description du fonctionnement ACTUEL (suite)

2) Chiffrer la file active de patients

Les informations demandées doivent permettre d'identifier le flux de patients pris en charge par les professionnels de santé en précisant la période considérée

Le nombre de patients éligibles du cabinet déposant est de l'ordre de 2200.

La file active de patients du présent protocole est la suivante :

- * 250 patients diabétique de type 2 ;
- * 440 patients à risque cardio-vasculaire, susceptibles de bénéficier de l'ECG;
- * 220 patients Tabagiques à risque BPCO, susceptibles de bénéficier de la spirométrie;
- * 130 patients âgés (plus de 75 ans) susceptibles de bénéficier d'un repérage des troubles cognitifs ;

Ces données sont cohérentes avec une statistique établie sur 6 années d'expérience sur désormais près de 60 implantations ASALEE, dans 10 départements, 5 régions, représentant plus de 110.000 patients.

3) Décrire le processus clinique actuel – Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »

📄 Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

- Toutes les études réalisées dans ce domaine.
- Données du PMSI.
- Données des organismes d'assurance maladie.
- Etc.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

A) Objectifs du protocole de coopération entre professionnels proposés

1) Information du patient

Expliquer les modalités prévues pour l'information du patient et pour le recueil de son consentement éclairé dans le cadre du protocole de coopération

1 - Plusieurs affiches - voir annexe 7 - sont apposées dans le hall d'entrée et les salles d'attente, qui expliquent aux patients ou aux personnes présentes dans le cabinet le fonctionnement du travail en équipe infirmière(e) délégué(e) à la santé populationnelle - médecin généraliste et la nature dérogatoire de son exercice dans les 3 dimensions du protocole :

* suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions types des examens, prescription et réalisation des ECG, prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds;

* suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant prescription et réalisation des ECG;

* suivi du patient Tabagique à risque BPCO, incluant prescription, réalisation et interprétation de spirométrie;

* consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées

Le patient est explicitement invité à signaler sa candidature auprès de l'infirmière(e) ou du médecin pour demander son adhésion à cette forme de prise en charge.

Dans tous les cas, si le patient fait la demande auprès de l'infirmière(e) pour être inclus dans un protocole, l'infirmière(e) en informe systématiquement le médecin.

Cela est également vrai lorsque le patient est déjà suivi dans une des dimensions du protocole (exemple suivi diabète) et qu'il souhaite être inclus dans un autre protocole

L'affiche précise donc la liste des caractéristiques des patients pris en charge ainsi que le détail des activités dérogatoires pratiquées par l'infirmière(e)

2 - Dans la phase de montée en puissance du protocole, c'est en général soit à l'occasion d'un passage au cabinet d'un patient, soit au décours d'une consultation médicale avec un patient éligible, soit à l'occasion d'une rencontre avec l'infirmière(e) pour un autre motif (éducation thérapeutique par exemple), que, estimant que le patient est éligible et possiblement disposé a priori à un suivi par l'infirmière(e), le service est proposé

3 - Cette information est étayée par un document de présentation - voir annexe 8 - rappelant le cadre d'intervention de l'infirmière(e), une synthèse des thèmes traités, les conditions d'accès au protocole, les conditions d'accès aux informations à l'état de l'art, document dont la signature formelle tient lieu de consentement. Ce document de consentement est conservé dans son dossier médical

4 - A tout moment, et sans avoir à donner d'explication, le patient qui a intégré un protocole peut décider de ne plus être suivi pour sa pathologie dans le cadre du protocole dérogatoire, par simple demande à son médecin traitant ou à l'infirmière(e), et être alors suivi comme habituellement par son médecin traitant. Par ailleurs, dès l'information initiale sur le protocole de coopération, le patient peut décider de rester suivi par son médecin traitant comme habituellement.

2) Expliquer les objectifs poursuivis à travers le protocole de coopération entre professionnels de santé

D'une façon générale, les concepteurs du présent protocole visait dans un travail d'équipe médecins généralistes - infirmier(e) un triple objectif :

- (1) l'amélioration de la qualité des soins,
- (2) une contribution à la réorganisation de l'offre de soins dans un contexte de démographie médicale tendue
- (3) une efficience telle qu'elle puisse, pour des résultats médicaux meilleurs qu'une prise en charge traditionnelle, au moins auto-financer l'exercice ASALEE sur les économies de consommations de soins réalisées.

Après 6 années de pratiques de coopération, une montée en puissance géographique et un enrichissement de protocoles, sans contrainte sur le type de statut (salaré/libéral) des intervenants infirmier(e)s, l'article 51 de la loi HPST est naturellement apparu à ceux qui pratiquaient l'exercice ASALEE comme une invitation à consacrer une pratique de coopération en formalisant plus nettement les responsabilités que prenaient l'infirmier(e) au sein de l'équipe, et de rendre cette pratique accessible au plus grand nombre puisqu'en améliorant l'efficacité de la prise en charge, cela devait permettre d'en pérenniser l'exercice. Plus généralement, ASALEE constitue aussi une organisation de gestion opérationnelle du risque propre à la mise en place de cette coopération.

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel

1) Présenter les professionnels de santé qui soumettent le protocole de coopération à l'ARS

Les informations demandées doivent permettre d'identifier au moins (prénom, nom, profession) un référent pour chaque profession à l'origine de la création du protocole de coopération ainsi qu'une personne à contacter (prénom, nom, téléphone, adresse mail) pour l'instruction du protocole de coopération.

Les référents pour le présent protocole sont :

* pour le délégant : docteur Jean GAUTIER, médecin généraliste, président de l'association ASALEE
Cabinet Médical de Chatillon-sur-Thouet, 4 allée Besson Bien-Aimée, 79200, Chatillon-sur-Thouet
tél : 05 49 95 15 57 / mob : 06 76 81 01 28 / fax : 05 49 95 15 33 / email : j.gautier@medsyn.fr

Le docteur Jean Gautier représente dans le présent dépôt l'Association ASALEE : 70 rue du Commerce 79170 Brioux-sur-Boutonne, qui est à l'origine de la conception du présent protocole.

Une commission inter-régionale composée d'infirmier(e)s ASALEE expérimenté(e)s, libérales et salarié(e)s, et de médecins généralistes en cabinet ASALEE en a construit puis validé le contenu. Les éléments médicaux s'appuient sur l'expérience propre de 7 années d'exercice ASALEE, et ont été validés lors de la conception par des experts de la HAS (ASALEE ayant été agréée à l'époque au titre de l'arrêté dit "Berland").

* pour le délégué : madame Claudie GOUBEAU, infirmière, référente infirmière ASALEE
Cabinet Médical de Chatillon-sur-Thouet, 4 allée Besson Bien-Aimée, 79200, Chatillon-sur-Thouet
tél : 05 49 95 15 57 / mob : 06 89 99 00 11 / fax : 05 49 95 15 33 / email : c.goubeau@informed79.fr
D'une façon plus générale, il y a un animateur référent ASALEE médecin et une animatrice infirmière ASALEE par groupe de 7 infirmières, sur les implantations actuelles.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

2) **Préciser le cadre de la coopération envisagée.** Les informations demandées doivent permettre de comprendre les caractéristiques médicales et/ou sociales des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération

1 - pour le volet : suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL Cholesterol, créatinémie, fond d'œil; prescription et réalisation des ECG; prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds; : Il s'agit des patients diabétiques de type 2 avérés - dont le médecin généraliste est le médecin traitant, directement repérés dans les bases de données du cabinet, ou dépistés au cours d'une prise en charge au fil de l'eau, par deux glycémies successives à plus de 1,26 g/L

2 - pour le volet : suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant prescription et réalisation des ECG; Il s'agit des patients à risque cardio-vasculaire dont le médecin généraliste est médecin traitant. Ces facteurs de risque sont : âge > 45 ans pour les hommes, > 55 ans pour les femmes, antécédents familiaux, tabagisme actif ou arrêt de moins de 3 ans ; HTA certifiée ; hyperlipidémie ; HVG électrique;

3 - pour le volet : suivi du patient Tabagique à risque BPCO, prescription, réalisation et interprétation de spirométrie. Il s'agit des patients tabagiques de plus de 40 ans, fumeurs et anciens fumeurs, ayant plus de 20 paquets.année pour les hommes et plus de 15 paquets.année pour les femmes, à risque BPCO.

4 - pour le volet : consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire, pour les personnes âgées : il s'agit des patients de plus de 75 ans et toutes personnes repérées par le réseau de vigilance médico-social dont un événement survenu dans l'environnement, dans ses habitudes de vie, dans son comportement, est susceptible d'évoquer un trouble cognitif

Lieu de réalisation de la coopération

- Cabinet d'exercice libéral de groupe
- Cabinet d'exercice libéral individuel
- Centre de santé
- Établissement de santé
- HAD
- Maison de santé
- Pôle de santé
- Réseau de santé

Liste non exhaustive, préciser le lieu s'il ne figure pas dans la liste : domicile au sens large (y compris foyer logement)

④ Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

- Données du PMSI.
- Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).
- Données des organismes d'assurance maladie.
- Etc.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

3) Répondre aux questions suivantes

<i>Comment vont s'articuler les différents intervenants et comment est orienté le patient ?</i>	<i>Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »</i>
<i>Quel est le système d'information informatisé utilisé ?</i>	Trois systèmes d'information, déclarés auprès de la CNIL, sont utilisés en majorité : (1) les logiciels de gestion de cabinets pour la partie médicale de ces derniers; (2) un système d'information propre à l'exercice ASALEE qui assure le contrôle du process, l'évaluation temps réel; (3) le système d'information Vigilance, qui permet aux aides soignantes et auxiliaires de vie de signaler tout événement de nature social ou médico-social qui serait de nature, après interprétation de l'équipe Asalée, de justifier une adaptation de la prise en charge
<i>Quelles sont les ressources matérielles et techniques utilisées ?</i>	Les ressources matérielles et techniques utilisées sont les suivantes : (1) des affiches annonçant l'exercice ASALEE au sein du cabinet (2) le cahier des protocoles ASALEE (3) des supports pédagogiques propres à chaque protocole (4) des appareils d'automesure, (5) le cas échéant, selon les sites, appareil à électrocardiogramme, monofilament, spiromètre, (6) optionnellement et selon les sites, des capteurs médicaux poids, tension, capables de transmettre à distance les informations
<i>Quels sont les gains cliniques attendus et ceux-ci peuvent-ils être mesurés ?</i>	<i>Ne pas répondre ici : cf. chapitre « Description du protocole clinique de prise en charge des patients »</i>
<i>Des conditions de financement complémentaires de l'intervention de certains professionnels sont-elles requises ?</i>	Des conditions sont requises dont le cadre connu à ce jour des Nouveaux Modes de Rémunération type 3 constitue une définition possible. Ce cadre doit permettre d'indemniser l'activité infirmière à savoir : (1) salaires et charges infirmières; (2) temps de coopération du médecin; (3) charge de gestion & système d'information & moyens logistiques

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

4) Décrire les actes de soins, les activités de soins, ou la réorganisation des modes d'intervention n'incluant pas d'entente illicite dérogatoire au regard des dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice des professions de santé concernées et les modalités de surveillance qui en découlent

Les actes des soins, les activités ou la réorganisation des modes d'intervention seront décrits ci-après. Dès la phase de création d'un protocole de coopération, les professionnels doivent être vigilants sur le fait que la mise en œuvre d'une pratique dérogatoire aux conditions légales d'exercice devra prendre en compte les interdictions telles que le compéragé figurant dans les règles professionnelles ou règles déontologiques applicables aux professionnels (lorsqu'elles existent).

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients

a) Description de la prise en charge du patient et de l'acte(s) de soins ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient

Décrivez le processus global de prise en charge du patient, indiquez qui fait quoi, à quel moment se réalise(nt) l'acte(s) ou l'activité(s) ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient, décrire comment s'articulent les professionnels de santé entre eux et quel est leur niveau de responsabilité.

Le processus global est donc le suivant :

- (1) le délégué repère, si nécessaire avec l'aide du délégant, dans les bases de données les patients éligibles, selon les critères de chaque protocole
- (2) le délégué, si nécessaire, et à l'occasion de ce repérage, met à jour les données dans le logiciel de gestion du cabinet,
- (3) le délégant invite les patients au cours de consultations à bénéficier de la prise en charge dérogatoire assurée par le délégué selon les thèmes (diabète, risque cardiovasculaire, risque BPCO, troubles cognitifs). Le patient peut également, ayant lu les affiches dans le cabinet ou au décours d'une autre intervention du délégué prendre l'initiative de ce contact. En cas d'un contact direct du patient avec le délégué, celui-ci en informe aussitôt le délégant;
- (4) le délégué recueille, lors de la première rencontre avec le patient, le consentement du patient
- (5) le délégué assure ces consultations au cours desquelles il pratique les actes dérogatoires, dont, dans le cadre du présent protocole, il assume la responsabilité. Ces consultations comprennent également, selon les cas, des volets éducationnels (type ETP), le cabinet déposant pouvant adhérer par ailleurs à un protocole ETP agréé par l'ARS sur les volets diabète, cardio-vasculaire et Tabagiques à risque BPCO.
- (6) Le cas échéant, si l'état du patient le justifie selon des critères d'alertes ou seuil propre à chaque protocole, - les critères d'alerte sont différenciés - le délégué en réfère immédiatement au délégant ou à un médecin présent dans le cabinet. Ces critères sont donnés en annexe dans chaque protocole.
- (5) le délégué met à jour sur le logiciel du cabinet et sur le logiciel de suivi du protocole de coopération un bilan de consultation et les données médicales,
- (6) le cas échéant le délégué produit des mémos-alertes ou notes qu'il juge utile au délégant (exemple événement indésirable...).
- et (7) le délégué et le délégant tiennent ensemble le staff de debriefing et analysent ces données (voir annexe 10)

Le protocole global et les phases détaillant les actes dérogatoires sont présentés sur documents séparés, de façon détaillée, avec copie des principaux écrans de suivi informatique :

Annexe 1 et Annexe 2 : protocole cadre, Annexe 3 : protocole de dépistage et de suivi du patient diabétique de type 2; Annexe 4 : protocole de repérage et de suivi du patient à risque cardio-vasculaire, Annexe 5 : protocole de repérage et de suivi du patient Tabagique à risque BCPO et Annexe 5 : protocole de repérage des troubles cognitifs. Les professionnels adapteront les prises en charge à l'évolution des recommandations au cours du temps

Dans ces descriptions, les niveaux d'intervention et de responsabilités des délégants (médecin généraliste), délégués (infirmière) et autres professionnels ou patients sont également explicités. Les différentes étapes de ce processus de prise en charge ont été analysées et décrites en équipe pluri-professionnelle en suivant la grille d'analyse de risque de la HAS : identification des risques de chaque étape --> analyse des risques --> solutions à mettre en oeuvre

<p><i>Dans le cadre de la dérogation aux conditions légales d'exercice, listez ci-dessous de manière exhaustive l'acte(s) de soins ou activité(s) transféré(s) au délégué ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.</i></p>	<p><i>Précisez pour chaque acte si besoin, ou globalement, la nature de l'intervention du délégant pour contrôler la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s).</i> Astreinte, supervision, validation, autres (préciser) :</p>
<p>Les activités dérogatoires aux conditions légales d'exercice réalisées par le délégué sont les suivantes :</p> <p>1 - suivi du patient diabétique de type 2 incluant * rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL Cholesterol, créatinémie, fond d'œil; * prescription et réalisation des ECG; * prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds, incluant mono-filament;</p> <p>2 - suivi du patient à risque cardio vasculaire incluant : * prescription et réalisation des ECG,</p> <p>3 - suivi du patient Tabagique à risque BCPO incluant : * prescription, réalisation et interprétation de spirométrie</p> <p>4 - consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées</p> <p>Autour de ces activités dérogatoires, s'inscrivent des activités non directement dérogatoires, comme l'éducation thérapeutique, la mise à jour régulière des données sur le logiciel de gestion du cabinet, mais dont la réalisation par l'infirmière sera d'autant plus efficiente qu'elles seront effectuées dans ce cadre</p>	<p>En majorité, hors système d'alerte (voir ci-après notamment événements indésirables et les différents critères d'alerte et de recours au délégant selon les protocoles) le contrôle de l'action du délégué par le délégant se concentre dans un staff mensuel.</p> <p>Ces précisions sont apportées par protocole, dans les annexes au présent document :</p> <p>* Annexe 1 et Annexe 2 : protocole cadre, * Annexe 3 : protocole de dépistage et de suivi du patient diabétique de type 2; * Annexe 4 : protocole de repérage et de suivi du patient à risque cardio-vasculaire * Annexe 5 : protocole de repérage et de suivi du patient Tabagique à risque BPCO * et Annexe 6 : protocole de repérage des troubles cognitifs.</p> <p>Dans ces descriptions, les niveaux d'intervention et de responsabilités des délégants, délégués et autres professionnels ou patients sont également explicités.</p>
<p><i>Quels sont les moyens utilisés par le délégant pour s'assurer de la réalisation par le délégué de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s), ou quels sont les moyens utilisés par les professionnels de santé qui réorganisent leur mode d'intervention auprès du patient ?</i></p>	
<p>Toute l'activité du délégué est consignée en temps réel sur un système d'information partagé.</p> <p>Lors du staff mensuel, la consultation du système permet au délégant de discuter avec le délégué à l'appui de données chiffrées : activités, résultats médicaux, évaluation des consultations, etc.</p> <p>Sur critère d'alertes différenciés pour chaque protocole, le délégué doit recourir au délégant.</p> <p>Le délégué peut être amené à poster des mémos-alertes sur le logiciel de gestion de données médicales du cabinet.</p> <p>Enfin, la proximité géographique - le délégué exerce au sein du cabinet des délégants - permet d'assurer une coordination synchrone si nécessaire.</p>	

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

a) Description de la prise en charge du patient.. (suite)

Décrire ci-dessous comment le délégué réalise l'acte(s) de soins ou l'activité(s), ou comment les professionnels de santé se sont réorganisés pour intervenir auprès du patient ?

En complément de la présentation des processus décrits dans les documents annexés les éléments d'organisation à signaler sont les suivants :

- * le délégué (infirmier(e)) dispose d'un bureau par cabinet dans lequel il intervient (ce bureau pouvant donc être aussi un bureau de passage lorsque le délégué intervient dans plusieurs cabinets);
- * l'activité de consultation (rencontre patient - délégué) se déroule majoritairement dans ce bureau et possiblement au lieu de vie du patient pour le repérage des troubles cognitifs et consultation mémoire;
- * l'activité de préparation et de synthèse de ces consultations, ainsi que la collecte et mise à jour des données ont également lieu à partir de ce bureau, en accédant, avec un ordinateur connecté au réseau (1) au logiciel de gestion du cabinet et (2) au système central anonymisé ASALEE

La réorganisation de la prise en charge par le délégant (le médecin) est progressive :

- * d'une part, elle se fait au fur et à mesure de la montée en puissance de chaque protocole,
- * d'autre part, au fil du temps, les rencontres avec le délégant (médecin) visant alors plus les phases aigües alors que celles avec l'infirmière viseront plus les phases de routine

Temps consacré à la réalisation de l'acte(s) de soins ou de l'activité(s) pour chaque acteur, ou temps consacré à la nouvelle prise en charge dans le cadre d'une réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient. Préciser ci-dessous le temps estimé pour le délégué et le temps passé par le délégant à faire cet acte(s) ou activité(s) avant la coopération. Utiliser la même unité de temps pour chaque acteur.

Temps estimé pour le délégué :

L'activité du délégué pour la mise en place du protocole de coopération pour 4,5 médecins généralistes à temps plein représente 1 équivalent temps plein de travail dans le format de protocole ici présenté.
Dans le détail : 1/3 de son temps est consacré à du travail sur dossier médical, préparation, analyse, mise à jour des données, et 2/3 de son temps à des consultations, hors période de formation
Les temps de rencontre élémentaires sont estimés être les suivants : dépistage de diabète + consultation hygiéno diététique (43mn), suivi du diabétique de type 2 : 1^{ère} rencontre (51 mn) rencontres suivantes (43 mn), suivi risques cardio-vasculaires (50 mn); suivi Tabagique à risque BPCO (50 mn); repérage troubles cognitifs (54 mn)

<p><i>Temps passé par le délégrant avant le transfert :</i></p>	<p>Pour le délégrant avant le transfert, les temps élémentaires de consultation pour des motifs et des contenus strictement identiques peuvent être considérés comme identiques en théorie à ceux du délégués après transfert. Dans la mesure où le délégué assure, au cours de la consultation comprenant l'acte dérogatoire, une mission d'ETP, on a pu estimer en ce cas que le temps passé par le délégrant avant transfert, sans ce volet explicite ETP, était de l'ordre de la moitié du temps passé par le délégué pour les volets diabète et risque cardio-vasculaire</p> <p>Le temps de la mise à jour des données n'est pas significatif, dans la mesure où, même après délégation, ce temps de mise à jour est masqué au cœur des consultations du délégrant, ou devient du temps de prise en compte des données.</p>
<p><i>Temps consacré à la nouvelle prise en charge si réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient :</i></p>	<p>Pour le délégrant, il y a pour la phase d'appropriation du protocole, de mise en place du délégué, et d'accompagnement de la montée en charge, un temps qu'on peut estimer à au moins 5 jours d'investissement à répartir sur 3 mois.</p> <p>Ensuite, une demi-journée par mois est consacré par le délégrant en moyenne à cette nouvelle forme de prise en charge : d'une part dans la réunion mensuelle formelle, et d'autres part, dans la prise en compte, au fil de l'eau, des éléments que le délégué sera amené à échanger avec le délégrant, temps de coordination implicite.</p>
<p><i>Où a lieu la mise en œuvre du protocole de coopération (préciser si les professionnels de santé sont sur des sites différents) ?</i></p>	
<p>Le protocole est mis en œuvre dans le cabinet, et, exceptionnellement, si le patient ne peut pas se déplacer, au domicile de celui-ci pour le protocole de repérage des troubles cognitifs.</p> <p>A noter que la capacité du système national ASALEE permet de venir compléter exceptionnellement des données pour un cabinet à partir d'une autre implantation, mais ce mode doit rester l'exception --> la présente demande est faite pour un des 3 cabinets auprès desquels l'infirmière intervient.</p>	

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient

Quels sont les critères d'alerte du délégué qui déclenchent l'intervention du délégant, ou quels sont les critères d'alerte des professionnels de santé dans le cadre d'une réorganisation de leurs modes d'intervention auprès du patient ?

Pour chacun des protocoles, selon les pathologies, des critères d'alertes sont précisés. Ils conduisent le délégué à en référer immédiatement au délégant. Par ailleurs, indépendamment de ces critères d'alerte lié à la clinique, des critères d'alerte de processus sont génériques. 3 cas sont envisagés :

- * : refus de patient de recevoir des prescriptions émanant de l'infirmière (HbA1c, ECG, examen pied, spirométrie, repérage troubles cognitifs)...
- * : refus de patient d'avoir un examen prescrit par l'infirmière réalisé par elle (ECG, Spirométrie, Examen du Pied, Test troubles cognitifs);
- * : diminution du taux de respect des prescriptions ou des réalisations examens pour les patients inclus dans la prise en charge dérogatoire, ou au contraire sur-prescription, en comparaison d'une cohorte témoin prise en charge selon un mode non dérogatoire et/ou des règles de l'art

Listez les risques inhérents à ce transfert d'acte(s) de soins ou d'activité(s) ou de réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient.

Un critère d'alerte qui ne serait pas vu par le délégué, induisant un retard de prise en charge, et donc une perte de chance ou la minimisation par le délégué d'une incertitude réelle, (comme l'apparition d'une comorbidité non vue)

Une sur prescription en comparaison des règles de l'art, ou des résultats de tests positifs (pour les troubles cognitifs) mais qui seraient liés à des mauvaises conditions d'exécution du test

La discontinuité du service : si un patient est amené à manquer un rendez-vous prévu, ou un délégué (infirmière) absent

Quelles sont les actions préventives mises en œuvre eu égard aux risques identifiés ?

Le ciblage pour les suivis de routine d'abord sur des patients plutôt mono-pathologiques et des alerteurs automatiques sur valeurs biologiques, une formation afin de savoir détecter et isoler les cas où le délégué puisse dire : "je ne sais pas" et les staff réguliers qui permettent de se réajuster ;
Le suivi temps réel des taux (prescription, examen, indicateurs médicaux) permettant de détecter des écarts significatifs à la cible, et de corriger la pratique.
Pour les troubles cognitifs en particulier, il sera possible d'organiser des doubles avis pour ajuster la pratique
Une organisation de remplacement : permanence d'infirmières organisée entre cabinets proches pratiquant le protocole, ou reprise de rendez-vous.

Comment allez-vous procéder pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Chaque rencontre (consultation) avec le délégué fait l'objet d'une évaluation cotée.

Tout événement indésirable porté à la connaissance de l'infirmière au cours de cette consultation doit être notarisé avec la consultation, qui fait alors l'objet d'une cotation supplémentaire et d'une alerte spécifique auprès du délégant.

Cet événement fait l'objet d'une analyse documentée par le délégué lui-même dans le rapport de consultation.

Des indicateurs spécifiques sont retenus pour le suivi de événements indésirables, notamment : Nombre de réunions d'analyse des EI/an, nombre et type d'EI signalés et analysés/an, et nombre d'actions correctives mises en place/an

Les Evénements Indésirables sont revus lors du staff de debriefing

Quels sont les outils et les documents utilisés pour la gestion des événements indésirables dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération ?

Le suivi des événements indésirables est documenté sur le système d'information ASALEE dans les formulaires d'évaluation de consultation (se référer pour cela au protocole cadre).

Lors du staff de debriefing, la revue des événements indésirables se fait avec une procédure d'analyse - voir annexe 10

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)

Quelles sont les modalités d'analyse des pratiques existantes avant la coopération et celles qui sont prévues dans le cadre du protocole de coopération ?

	Modalités d'analyse des pratiques du délégué		Modalités d'analyse des pratiques du délégant	
	<i>Avant la coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	variable selon les lieux d'exercice	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques
<input type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire			<input type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	
<input type="checkbox"/> Réunions de suivi			<input type="checkbox"/> Réunions de suivi	
<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité			<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé			<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	
<input type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu			<input checked="" type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	en général une fois par an
<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre			<input type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	

⊕ Zone info

Avant la coopération, les professionnels de santé peuvent être engagés dans des modalités d'analyse des pratiques différentes. Pendant la mise en œuvre du protocole de coopération, il est fortement recommandé que les professionnels de santé s'inscrivent ensemble dans un même processus d'analyse des pratiques.

IV. – PROTOCOLE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SUITE)

B) Description du protocole interdisciplinaire ou interprofessionnel (suite)

5) Description du protocole clinique de prise en charge des patients (suite)

b) Description de la démarche qualité et de la sécurité des soins pour la prise en charge du patient (suite)

<i>Dans le cadre du protocole de coopération, précisez la périodicité (plusieurs réponses possibles)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Groupe d'analyse des pratiques	une fois par semestre (une journée)
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de coordination pluridisciplinaire	une fois par mois (2h00)
	<input checked="" type="checkbox"/> Réunions de suivi	une fois par semaine
	<input type="checkbox"/> Revue de Morbidité Mortalité	
	<input type="checkbox"/> Staff en établissement de santé	
	<input checked="" type="checkbox"/> Développement Professionnel Continu	une fois par an (de 3 à 5 jours)
<input checked="" type="checkbox"/> Autres – préciser ci-contre	analyse de risque a priori, structurant le protocole, et analyse a posteriori des EI	

Quels sont les outils utilisés pour la démarche qualité dans le cadre du protocole de coopération ?

Le système d'information support ASALEE permet à chaque délégué, pour chaque cabinet, de connaître en temps réel, à la date du jour, avec des arrêts par trimestre, la position du cabinet pour les indicateurs médicaux, la moyenne des implantations ASALEE (près de 60), la borne haute et la borne basse. Ces données sont accessibles au contrôle interne de l'organisation ASALEE et également aux évaluateurs externes, membres du comité de pilotage. Une forme d'évaluation/contrôle interne temps réel est donc assurée à travers ce système.

Des revues des événements indésirables sont organisées : présentation du cas, recherche identification des problèmes rencontrés, évaluation selon gravité et fréquence, recherche des causes, mise en place de barrière de sécurité, traçabilité, retour vers les professionnels déléguant et délégué. Ces revues associent les professionnels concernés selon les protocoles

Une revue annuelle du programme de formation est organisée pour la formation continue avec une association de formation agréée.

Des évaluations complètes sont conduites, tous les deux ans, qui portent sur : * l'évolution global des indicateurs médicaux / * l'efficacité des programmes mis en œuvre (comparaison avec une cohorte témoin de la consommation de soins) / * l'évolution de la satisfaction des patients.

Toutes ces données sont, après validation, rendues publiques sur le site www.asalee.fr / Le passage en protocole article 51 peut conserver cette organisation de contrôle qualité.

Décrire les gains attendus eu égard à la mise en œuvre du protocole de coopération

<p><i>Pour le patient :</i></p>	<p>Vu du patient, c'est l'amélioration de sa situation de santé comparée à une prise en charge "traditionnelle" qui constitue le gain quantifiable. Il l'apprécie notamment sur des indicateurs médicaux principaux visibles pour lui hba1c, glycémie, poids, tension. Les nombreux témoignages obtenus au cours de l'évaluation par les patients viennent attester du ressenti positif de cette prise en charge sur son état de santé, pris au sens global du terme. Quelques mots clés significatifs qui reviennent souvent : confiance, utile, il faut que cela dure, écoute, dialogue, savoir prendre du temps, prendre conscience...</p> <p>Dans l'intervention ASALEE, un évaluateur externe en sociologie des organisations avaient relevé l'alliance originale du care et du cure en ces termes (source : Institut de Cognitique, Département d'Ergonomie - EA 487 - Université Victor Ségalen - Bordeaux 2): "Les protocoles de dépistage appartiennent typiquement au monde du traitement : Les infirmières permettent au médecin de gérer les aspects biomédicaux au plus près des connaissances contenues dans les protocoles, elles soutiennent sa mémoire (alertes) et sa pratique du traitement.-Les consultations infirmières ne constituent pas essentiellement un prolongement du traitement : elles s'inscrivent dans le monde du soin, avec une forte prise en compte des spécificités du patient. Pour pouvoir aborder les questions précises de la pathologie et de ses causes, l'infirmière considère le patient comme un être multidimensionnel. Elle prend le temps de le laisser parler, qu'il se sente en confiance et finalement, elle s'attache ainsi à lui faire comprendre que son problème est certainement en lien avec d'autres éléments, comme le contexte familial par exemple.</p> <p>Cette manière de considérer la consultation et le mode d'échange ouvre des possibles au patient pour devenir acteur de sa propre santé."</p> <p>Le passage en article 51 avec une coopération renforcée sera de nature à accentuer cette évaluation favorable pour le patient.</p>
<p><i>Pour le délégué :</i></p>	<p>Pour le délégué, le passage dans un cadre de protocole de coopération, nouvelle forme d'exercice, augmente son autonomie et le fait entrer dans un nouveau domaine de responsabilité, renforçant l'intérêt pour son exercice professionnel.</p> <p>Les délégués - infirmières retirent une très grande satisfaction des consultations avec les patients et des progrès médicaux qu'elles peuvent constater liés à l'exercice ASALEE (compris comme travail en équipe avec les médecins).</p> <p>Cette satisfaction a été également attestée par les infirmières libérales qui ont participé à cet exercice dans la deuxième partie de l'expérience.</p> <p>Il est à noter que de nombreuses demandes de pratique de l'exercice ASALEE ont été reçues par l'association, dans toutes les régions de France où cet exercice a été porté à la connaissance des soignants. Certains d'entre eux ont déjà identifié et "prospecté" des cabinets médicaux désormais volontaires</p>

<p><i>Pour le délégant :</i></p>	<p>Les gains déjà constatés lors d'une prise en charge hors article 51 étaient déclarés être les suivants, à l'occasion du passage de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles pour les médecins appliquant un protocole ASALEE :</p> <ul style="list-style-type: none"> * vigilance pour la tenue du dossier médical * rigueur – respect des recommandations * meilleure connaissance des groupes de patients * consultation médicale mieux orientée * arriver plus vite aux bonnes questions devant le patient * approche plus enrichissante des demandes des patients * travail en équipe * remise en cause du travail de routine * "ce n'est plus un duel, c'est une relation triangulaire". <p>Une fois encore, l'affermissement de la coopération et des délégations associées doit confirmer et renforcer ces gains.</p>
----------------------------------	---

V. – RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET RECOMMANDATIONS

<p><i>Quelles expertises ont été mobilisées pour la rédaction du protocole ?</i></p>	<p>Originellement les protocoles ASALEE ont été établis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - à partir des recommandations de la Haute Autorité de santé lorsque le sujet faisait l'objet d'une recommandation; 2 - avec des médecins spécialistes des spécialités concernées (endocrinologue, gériatologue, cardiologue, pneumologue de centres hospitaliers, notamment de Niort); 3 - au sein d'un comité médical réunissant des médecins généralistes intéressés par l'expérience, et se constituant donc en association. <p>Ensuite, à l'occasion de la présentation du dossier au titre de l'arrêté Bertrand de 2006, les lieux de délégation de tâches, transfert de compétence, ont été plus formellement identifiés.</p> <p>Plus récemment, dans la perspective de la soumission à l'article 51 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - à l'automne 2010, l'intégralité des protocoles en cours a été présentée à la HAS de telle sorte que l'association comprenne le mieux possible les enjeux de la coopération et les conditions de mise en œuvre, tels que prévus à l'article 51; 2 - dans le même mouvement, les contacts ont été pris avec chacune des ARS dans les régions où ASALEE était en place pour évoquer la question de la coopération; 3 - au cours de l'année 2011, les protocoles ont été travaillés, formalisés, par une équipe pluri-professionnelle de médecins et d'infirmières ASALEE, de toutes régions, disposant de l'expérience et/ou de la volonté de coopération, au sens de l'article 51 4 - enfin il a été tenu compte des recommandations liés à la première saisine, et particulièrement de l'affermissement des descriptions en matière de formation et de gestion des risques, a priori et a posteriori.
<p><i>Existe-t-il des expériences équivalentes documentées ?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, citer la référence : Une étude très complète émanant de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques - OCDE publiée en juillet 2010 : "NURSES IN ADVANCED ROLES: A DESCRIPTION AND EVALUATION OF EXPERIENCES IN 12 DEVELOPED COUNTRIES" établit à notre sens la synthèse à la fois la plus complète et la plus récente des services, projets ou expérimentations de partage de tâches menées dans les pays comparables à la France. Auparavant, l'IRDES a régulièrement et assez largement publié sur le sujet. Il est à noter que l'expérience d'ASALEE est elle-même citée en référence française dans ces études.</p>
<p><i>Existe-t-il une réglementation sur ce sujet dans d'autre(s) pays ? Si oui : coordonnées éventuelles d'une personne contact dans ce(s) pays ?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, dans quel pays ? A notre connaissance : Finlande, Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni</p> <p>Coordonnées personne contact : Les coordonnées peuvent être obtenues auprès des auteurs de l'étude précitée : Marie-Laure Delamaire et Gaetan Lafortune / Directorate for Employment, Labour and Social Affairs / 2, rue André-Pascal / 75016 Paris</p>

VI. – EXPÉRIENCES ACQUISES ET/OU FORMATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES SUIVIES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ IMPLIQUÉS

Informations demandées dans le cadre du protocole de coopération :

Décrivez les compétences à acquérir par le délégué pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice

Le délégué doit acquérir les capacités suivantes :

- 1 - capacité à prescrire les examens réguliers du patient diabétique de type 2
 - 2 - capacité à prescrire et réaliser un ECG pour le patient diabétique de type 2
 - 3 - capacité à prescrire, réaliser et interpréter un examen du pied du diabétique de type 2
 - 4 - capacité à prescrire et réaliser un ECG du patient à risque cardio-vasculaire;
 - 5 - capacité à prescrire, réaliser et interpréter une spirométrie du patient tabagique, à risque BPCO;
 - 6 - capacité à assumer une consultation de repérage des troubles cognitifs et à faire passer 5 tests
- Et pour toutes ces situations, l'identification des critères d'alerte et recours au délégant.

Ces capacités sont à acquérir pour assumer, au sens strict, l'activité dérogatoire.

Complémentairement, au sens plus large, ces activités se déroulent dans un contexte qui induit de valider les capacités du délégué sur les points suivants :

- 1 - identifier et repérer dans les dossiers médicaux (informatisés) de cabinet de médecine générale les patients selon critères d'éligibilité des différents protocoles (patient à risque de diabète type 2, diabétique type 2, patient à risque cardio-vasculaire, patient à risque BPCO, personne correspondant aux critères d'âge et de sexe, le cas échéant); voir ces critères présentés en annexe pour chaque protocole;
- 2 - capacité à mettre à jour les données médicales pour les patients suivis dans les différents protocoles;
- 3 - capacité à tenir des consultations d'éducation thérapeutique pour les patients dont le délégué assure un suivi comprenant un volet d'activité dérogatoire

<p><i>Décrivez le contenu <u>minimum</u> de la formation théorique à acquérir pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>Le processus de formation d'une IDE pour être en adéquation avec le poste d'infirmière de santé publique IDSP ASALEE est le suivant :</p> <p>T0. Evaluation initiale des compétences à l'occasion du recrutement selon expérience et qualités relationnelles IDE par IDSP ASALEE REFERENTE</p> <p>T1 a) Pour établir un plan de formation personnalisé : Une évaluation approfondie des capacités acquises ou non sera réalisée à l'aide du tableau des capacités spécifiques nécessaires pour exercer dans ASALEE. Cette évaluation est réalisée par une infirmière ASALEE référente.</p> <p>b) Dispensation de modules communs initiaux : « PROTOCOLES DE COOPERATION »(21h00) ; COMPAGNONNAGE (21h00), SYSTEME D'INFORMATION (7h00) et "ETP" intégrée au protocole de coopération Asalée» (21h00)</p> <p>c) Prise de fonction – mise en situation professionnelle sans exercice d'actes dérogatoires pendant 6 semaines minimum, avec consultation mode éducation thérapeutique du patient – exercice transitoire</p> <p>T2 Actualisation de l'évaluation 6 semaines après T1 approfondie des compétences ; dispensation du module 2 « ETP intégrée au protocole ASALEE » (21h00); ajustement du plan de formation personnalisée ;</p>
<p><i>Décrivez la formation pratique <u>minimale</u> suivie par le professionnel pour être capable de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i></p>	<p>T3 Au plus tard avant la fin du quatrième mois, complément en compagnonnage, sur les composants complémentaires nécessaires à acquérir ; évaluation finale par infirmière référente ASALEE déterminant la validation de la formation ;</p> <p>Tn Au moins une fois par trimestre, réévaluation des attentes et besoins en formation, tenant compte de l'évolution des recommandations & consensus et des besoins spécifiques, et mise en œuvre dans des groupes d'analyse de pratique ; intervention de MG ASALEE et d'IDSP</p> <p>En annexe 9.1 figure l'organisation des formations du délégué</p> <p>En annexe 9.2 le tableau listant toutes les capacités acquises ou non du délégué pourrait dans une présentation modifiée constituer le support au recrutement et à l'évaluation des acquisitions après la formation en T2</p>
<p><i>Précisez le nombre d'heures <u>minimum</u> de formation théorique et pratique pour être capable de réaliser</i></p>	<p>Total de 112h00 répartie comme suit :</p>

<i>l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogatoire(s) aux conditions légales d'exercice</i>	<p>Nombre d'heures de formation théorique</p>	<p>Initialisation protocole de coopération : 21h00 Education thérapeutique du patient intégrée au protocole de coopération module 1 : 21h00 Education thérapeutique du patient intégrée au protocole de coopération module 2 : 21h00 * les formations sont faites en lien avec un médecin de la spécialité concernée et en lien une association de formation agréée</p>	<p>Nombre d'heures de formation pratique</p>	<p>1 - compagnonnage initial : 21h00 2 - système Asalee : 7h00 3 - compagnonnage complémentaire : 21h00</p>
<p><i>Précisez l'expérience professionnelle souhaitée pour être capable d'appliquer le protocole de coopération</i></p>	<p>L'expérience actuelle d'ASALEE indique que l'exercice doit être assumé par des infirmières disposant entre 3 à 5 années d'expérience (appréciée en fonction de l'entretien de recrutement) en milieu de soins. Il est préférable que l'infirmière ait également suivi une formation à l'éducation thérapeutique</p>			

**VII. – INDICATEURS SELON LESQUELS L'EFFICACITÉ, LA SÉCURITÉ,
L'UTILITÉ ET LE COÛT DE MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE SERONT APPRÉCIÉS**

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ?

Un indicateur n'a de sens qu'au regard de l'objectif poursuivi. Il appartient aux professionnels de santé, en fonction de la nature de leur activité, de l'objectif(s) poursuivi(s), de définir leurs indicateurs dans les 5 champs ci-dessous et lorsque cela est possible, ils fixeront un seuil d'alerte c'est-à-dire la limite à partir de laquelle les professionnels de santé devront réagir. Dans certains cas, les seuils d'alerte ne pourront être fixés qu'au vu des résultats des indicateurs de suivi.

1) Indicateurs proposés pour mesurer les résultats médicaux attendus pour les patients

Les indicateurs médicaux sont présentés pour chacun des protocoles dans les annexes. on cite ici les principaux (au sens statistique). L'expérience d'ASALEE dans le passé, attestée par les deux évaluations quantitatives, ayant montré qu'un indicateur principal bien choisi était le plus efficient, en terme d'interprétation, pour l'évaluation. Et dans une certaine mesure, devenant critère de jugement principal, la population de référence sera précisée pour chaque indicateur et chaque médecin.

Dépistage du diabète :

- Nombre de patients ayant bénéficié du dépistage annuellement rapporté au nombre de patients inscrits au protocole de coopération (en se donnant la possibilité de stratifier dépistage par délégué/ dépistage par délégant)

.Suivi du diabète :

- Taux de patients présentant une HBA1c par catégorie (inférieur à 6,5, entre 6,5 et 8, supérieur à 8)
- Taux de patients présentant une HBA1c normalisée (selon recommandation) à 1 an du début du suivi délégué rapporté à la part protocole de la population concernée

Suivi risque CardioVasculaire(RCV)

- Taux de patients présentant une tension par catégorie (par exemple : 140/90, etc..)
- Taux de patients présentant un RCV absolu par catégorie, selon l'équation de Framingham

Suivi patients tabagiques à risque BPCO

- Taux de patients ayant arrêté de fumer (en définissant l'arrêt du tabac depuis au moins 3 mois)
- Pour le suivi de VEIMS/CV, avec date de première évaluation, et borne haute et borne basse à 3 mois

Repérage des Troubles cognitifs

- Taux de patients ayant bénéficié du dépistage
- Taux de patient dépistés positifs
- Taux de patients adressés en consultation gériatrique
- Taux de patients pour lesquels le diagnostic est non confirmé en consultation gériatrique (faux positifs)

📄 Zone info

- Pour vous aider, des exemples d'indicateurs sont proposés dans différents champs.
- Pour vous permettre d'élaborer vos propres indicateurs, vous trouverez dans le guide méthodologique et à la fin de ce document une fiche descriptive de présentation d'un indicateur*. La HAS pourra vous demander ces fiches.

🔗 Lien

* [Cliquer ici pour voir la fiche descriptive de présentation d'un indicateur.](#)

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)

2) Indicateurs pour mesurer la satisfaction des acteurs qui mettront en œuvre le protocole de coopération.

Obligatoire : La formation théorique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?	Cet indicateur est retenu, avec également taux de délégués ayant satisfait et ayant validé la formation
Obligatoire : La formation pratique a-t-elle été réalisée conformément au programme prévu. Si non, pourquoi ?	Cet indicateur est retenu, avec également taux de délégués ayant satisfait et ayant validé la formation
Obligatoire : La durée prévue a-t-elle été modifiée. Si oui, pourquoi ?	Cet indicateur est retenu
Obligatoire : L'expérience professionnelle prévue dans la spécialité concernée était-elle adaptée. Si non, pourquoi ?	Cet indicateur est retenu
Obligatoire : Expliquer les modalités en œuvre pour le développement professionnel continu	Indicateur est retenu. Il est à noter que le programme ASALEE a été retenu en DPC 2012
Autre(s) indicateur(s) pour mesurer la satisfaction des acteurs :	<p>-Taux de délégués ayant validé la formation / inscrits à la formation</p> <p>- Taux des entrants/sortants, pour les cabinets, les délégants et les délégués</p> <p>L'enquête de satisfaction ci-dessous est reprise, en posant une question globale : Etes vous satisfait ? oui /non (échelle de 1 à 5) et en précisant si l'enquête est menée auprès du délégué ou du délégant</p> <p>La satisfaction des acteurs est également recueillie par un questionnaire inspiré de celui du service d'évaluation des pratiques de la Haute Autorité de santé. Ce questionnaire a été éprouvé à l'occasion d'Evaluation des Pratiques Professionnelles des médecins ASALEE. Les questions administrées sont les suivantes : 0/ Préciser sa fonction délégué / délégant / 1 - A quel stade vous êtes-vous impliqué dans ce programme ? Initiation de la démarche / Conception du projet / Recueil des données / Analyse des données / Mise en oeuvre d'actions d'amélioration / Suivi des améliorations : réponse oui-non avec commentaire / 2 - Qu'est ce que ce programme vous a apporté : En terme d'amélioration des pratiques professionnelles ? / En terme d'amélioration de l'organisation des soins ? / En terme d'utilité pour le patient ? / 3 - Quels sont vos principaux points de satisfaction ? / 4 - Quelles sont les principales difficultés rencontrées ? / 5 - Avez-vous repéré des améliorations possibles d'ASALEE ? Lesquelles ? Comment ?</p>

3) Indicateurs pour mesurer la satisfaction des usagers qui seront pris en charge dans le cadre du protocole de coopération

Indicateur(s) pour mesurer la satisfaction des usagers :

- Une enquête de satisfaction avec flux de réponse anonymisée est menée au moins une fois par an, par patient : avec quatre degrés et cinq items :
degrés :- 1- pas du tout d'accord 2 - pas vraiment d'accord 3 - plutôt d'accord 4 - tout à fait d'accord
 - items
 - 1- les conseils donnés sont parfaitement réalisables dans mon quotidien
 - 2- les conseils donnés sont parfaitement compréhensibles
 - 3 - j'ai obtenu une réponse satisfaisante à toutes mes questions
 - 4 - je suis satisfait du temps d'écoute qui m'a été accordé
 - 5 - globalement, je suis satisfait de ma prise en charge
- Cette enquête sera enrichie avec les indicateurs suivants : taux de participation au questionnaire et taux de retours des questionnaires et taux de satisfaction globale (moyenne) des patients / Taux de refus des patients d'entrer dans le protocole de coopération et taux de patients sortants au terme de la première année/ taux de patients vus dans le cadre du protocole de coopération par rapport au nombre de patients éligibles au protocole de coopération

ⓘ Zone info

Dans le cadre de la mise en œuvre d'un protocole de coopération, l'évaluation de la formation reçue et l'évaluation de la satisfaction des usagers sont obligatoires. Vous devez élaborer, par ailleurs, les indicateurs qui rendent compte de la satisfaction des acteurs et des usagers.

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)

4) Indicateurs proposés pour mesurer l'impact organisationnel lié à la mise en œuvre du protocole de coopération

Les indicateurs d'impact organisationnels sont mentionnés ci-dessous, certains d'entre eux touchant à la fois organisation & qualité-sécurité, ils ont été ici réunis.
Nombre de professionnels de santé délégués/délégants ayant adhéré au protocole de coopération sur le nombre de professionnels potentiellement concernés dans le cabinet médical
Nombre de patients sortis du protocole de coopération pour une prise en charge uniquement par le délégant sur le nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération
Nombre de patients vus par filière de prise en charge dans le cadre du protocole de coopération par rapport au nombre de patients éligibles et le nombre de patients ayant signé dans le protocole de coopération sur une période de trois mois (en précisant les patients vus, notamment par le délégué et/ou délégant et le nombre de patients ayant signé pour trois mois)
Nombre d'actes de soins réalisés par le délégué par rapport au nombre total réalisé d'actes de soins initialement prévus dans le cadre du protocole de coopération
Taux d'actes réalisés par le délégué; durée moyenne de réalisation de l'acte. On recueille aussi la durée moyenne du même acte par le délégant.
Nombre d'examens réalisés par le délégué sur l'ensemble des examens.
Délai d'obtention d'un rendez vous pour une consultation avec un délégant, à la demande du patient
Délai d'obtention d'un rendez vous pour une consultation avec un délégué, à la demande du patient
Taux de recours du délégué au délégant selon les critères d'alerte de chaque protocole (taux d'alerte) = nombre d'alerte(s) non pertinente(s) du délégant par le délégué sur le nombre d'alertes total; Délais moyen d'intervention du délégant après alerte du délégué.
Nombre de réunions réalisées pour l'analyse des pratiques professionnelles par rapport au nombre de réunion prévue dans le cadre du protocole. Nombre de réunions d'analyse des EI/an, nombre et type d'EI signalés et analysés/an, et nombre d'actions correctives mises en place/an (à visée non comparative)
Nombre d'examens réalisés par le délégant pour corriger une mauvaise réalisation de l'acte(s) ou de l'activité(s) par le délégué sur le nombre d'acte(s) ou d'activité(s) réalisé par le délégué = taux de reprise
Temps consacré aux patients par le délégué + délégant dans le cadre du protocole de coopération comparé au temps consacré au patient par le délégant avant la coopération
Temps gagné par le délégant dans le cadre du protocole de coopération (en nombre de consultations, et en temps absolu)

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

A) Quels sont les résultats attendus au regard des objectifs annoncés ? (suite)

5) Indicateurs pour mesurer l'impact économique lié à la mise en œuvre du protocole de coopération

L'indicateur économique principal, selon la recommandation de l'évaluateur externe ayant déjà réalisé une évaluation économique dans le passé sera de comparer : * la consommation de soins de la patientèle du cabinet, tout patient confondu, à laquelle sera ajouté le coût supplémentaire de la prise en charge avec le présent protocole AVEC * la consommation de soins d'une patientèle du même territoire, statistiquement comparable, mais ne bénéficiant pas de la prise en charge avec le présent protocole. Consommation de soins = somme des actes, produits, prestations hospitalières, ambulatoires, etc....

Pour que cette comparaison soit statistiquement significative, elle sera faite en avant/après, ici/ailleurs, et, dans la mesure où cela est accepté par le groupe d'instruction, en consolidant toutes les patientèles des cabinets inscrites au protocole, sur une période d'au moins 2 ans, pour mesurer la tenue dans le temps de l'effet présumé d'un exercice ASALEE.

En l'état actuel par exemple, 110.000 dossiers patients sont enregistrés dans le système ASALEE auprès des plus de 60 implantations dont une majorité réside en Poitou-Charentes. Ce qui permet d'avoir, sur le plan global, des mesures statistiquement significatives.

Un test de faisabilité de la mesure afin d'assurer la comparabilité des évaluations pourrait être réalisé avec la CNAM

6) Les professionnels élaborent eux-mêmes les critères à partir desquels la fin de l'application du protocole de coopération devrait être envisagée

Nous envisageons les critères suivants comme décidant de la fin de l'application du protocole de coopération :

* souhait du patient de ne plus voir d'infirmière; en ce cas le protocole s'arrête, mais pour ce patient

* perte de confiance entre professionnels (médecin - infirmière); en ce cas, le protocole s'arrête pour le cabinet;

* évolution de la nature de la prise en charge liée à la connaissance médicale qui induirait un déplacement naturel de responsabilité (et de nature d'actes par la loi); en ce cas c'est un cadre extérieur qui viendrait arrêter l'exercice ici présenté.

7) Les professionnels expliquent ici les modalités prévues pour la prise en charge du patient s'il est mis fin à la mise en œuvre du protocole de coopération

Arrêt des services ASALEE tels que décrits dans le présent protocole compte tenu du caractère central de la coopération dans l'exercice ASALEE demandé Et

Retour à la forme d'exercice actuelle, mais donc sans cette dimension de coopération.

Ø Zone info

Documents / outils / instances pouvant être utilisés ou consultés

- Sociétés savantes.
- Conseils nationaux professionnels spécialisés.
- HAS.
- AFSSAPS.
- Comités régionaux des professions de santé (antennes régionales de l'ONDPS).
- Etc.

VII. – INDICATEURS... (SUITE)

B) Calendrier de mise en œuvre

<p><i>Étapes préalables au démarrage (décrire ces étapes : recrutement, formation, travaux d'aménagement, acquisitions de matériel d'équipement, ...)</i></p>	<p>Dans le cabinet déposant, une infirmière ASALEE est en place depuis mi 2004. Son passage en mode de coopération n'implique pas de travaux spécifiques du type de ceux cités dans la présente rubrique.</p> <p>Cela est également vrai pour les autres implantations ASALEE en place, à la précision près de la diffusion auprès des professionnels de l'autorisation à appliquer stricto sensu les volets délégués du présent protocole.</p> <p>Pour de nouvelles implantations, outre les candidatures spontanées, déjà nombreuses, reçues par l'association, il est à prévoir en théorie :</p> <ul style="list-style-type: none"> * un recrutement d'infirmière & de cabinets volontaires associés * les formations telles que prévues au chapitre désigné dans le présent document * le cas échéant, un aménagement des locaux pour permettre à l'infirmière d'exercer sa mission * le cas échéant, acquisition de matériels bureautiques (ordinateur - Personal Computer)
<p><i>Date de démarrage effective prévue</i></p>	<p>En cours de démarrage au moment du dépôt du présent dossier</p>
<p><i>Montée en charge éventuelle</i></p>	<p>Pour le cabinet déposant, il y aura une phase de mise en place de 2 mois pour permettre la formation et la mise en place à proprement parler.</p> <p>Ceci est également vrai pour les implantations ASALEE déjà opérationnelles, à partir du moment où l'accord est obtenu</p> <p>Pour de nouvelles implantations, un protocole de montée en charge est prévu, dont le détail est donné en annexe du protocole cadre. Il consiste à équilibrer le travail du délégué (infirmière) prise de connaissance des données des dossiers médicaux et consultation effective avec les patients. Cette phase de formation - appropriation est estimée à 4 mois.</p> <p>S'agissant de futures implantations : pour répondre aux nombreuses demandes exprimées autour de cabinets existants, et de plus en plus, de nouvelles régions, il est légitime d'envisager la montée en charge suivante 100 postes en janvier 2012, 200 en juillet 2012, 300 en janvier 2013</p>
<p><i>Durée prévue de la mise en œuvre</i></p>	<p>3 ans</p>

VIII. – COMPÉTENCES COMPLÉMENTAIRES À INSCRIRE DANS LE PROGRAMME DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS

Compétences complémentaires à inscrire en formation initiale

Depuis l'origine du projet, particulièrement en Deux-Sèvres, une collaboration étroite s'est tissée avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers :

* d'une part, les formations théoriques ASALEE, pour le volet médical, sont assurées par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, certains des formateurs étant des médecins généralistes membres de l'association, associés selon les protocoles avec endocrinologue, cardiologue, gériatre ou pneumologue, et des infirmières expérimentées ASALEE

* d'autre part, avec le temps, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers a souhaité que les implantations ASALEE puissent être des lieux de stages pour les infirmières en formation. Plusieurs cabinets de Poitou-Charentes particulièrement accueillent ainsi régulièrement des stagiaires infirmières, certaines d'entre elles ayant fait leur mémoire sur tout ou partie de l'exercice ASALEE.

De ce fait, il serait légitime, qu'au moment de l'inscription du programme ASALEE, si elle était validée, au titre de l'article 51, cette dimension de l'exercice infirmier soit plus formellement et systématiquement inscrite au programme des IFSI.

Compétences complémentaires à inscrire en formation continue (DPC)

Dans le même esprit que la formation initiale, et plus encore dans la mesure où l'exercice ASALEE s'adresse à des infirmières expérimentées, des propositions de formation continue des infirmières, mais également des médecins, doivent pouvoir s'envisager, afin que l'exercice de ce type de coopération soit de plus en plus naturel.

Des contacts ont été pris avec des organismes de formation continue de médecins qui se tiennent disponibles à promouvoir ASALEE dans des modules spécifiquement ajustés à cet exercice auprès de médecins.

ESPACE À DISPOSITION POUR TOUTE(S) INFORMATION(S) COMPLÉMENTAIRE(S) SUR LE PROTOCOLE DE COOPÉRATION

ANNEXE I. – FICHE DESCRIPTIVE DE PRÉSENTATION D'UN INDICATEUR*

Libellé de l'indicateur	
Nombre de patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération	
Population concernée par le protocole de coopération	
Objectif à atteindre	
Définition de l'indicateur	
Modalités de recueil des données	
Numérateur	
Dénominateur	
Périodicité	
Seuil d'alerte	
Recommandation professionnelle	
Remarque(s)	

Lien

* Fiche téléchargeable sur www.has-sante.fr.

Zone info

Des exemples d'indicateurs formulés selon la fiche descriptive de présentation d'un indicateur sont disponibles sur le site Internet de la HAS.

ANNEXE II. – DÉFINITIONS*

Délégant :	<i>Professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel.</i>
Délegué :	<i>Professionnel qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégant.</i>
Astreinte :	<i>Le délégant doit être joignable en cas de besoin identifié par le délégué</i>
Supervision :	<i>Le délégant est informé à des moments clés du processus</i>
Validation :	<i>Le délégant contrôle l'acte ou l'activité du délégué</i>

* Source : « Concevoir un projet de coopération : Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante » - HAS 2010.

**ARRETE AUTORISANT LE TRANSFERT
D'UNE OFFICINE DE PHARMACIE**

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE D'AQUITAINE

- VU** le code de la santé publique, notamment les articles L. 5125-3 à L. 5125-18 et R. 5125-1 à R. 5125-24,
- VU** l'arrêté du 21 mars 2000 modifié fixant la liste des pièces justificatives devant être jointes à une demande de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie,
- VU** la demande présentée par l'EURL PHARMACIE CABROL, représentée par Madame Dominique CABROL, pharmacien titulaire, en vue d'obtenir une licence de transfert d'une officine de pharmacie, du 25 Avenue de Bourranville, 33700 Mérignac, au 8 rue Pierre Georges Latécoère, Angle Avenue Marcel Dassault, 33700 Mérignac, demande déclarée complète à la date du 14 novembre 2014.
- VU** l'avis du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens d'Aquitaine en date du 05 février 2015,
- VU** l'avis de la Chambre Syndicale des Pharmaciens de la Gironde en date du 11 février 2015,
- VU** la saisine pour avis en date du 04 décembre 2014 de l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine de la Gironde,
- VU** la saisine pour avis en date du 05 décembre 2014 de Monsieur le Préfet de la Gironde,
- VU** la saisine pour avis en date du 06 décembre 2014 de l'Union Régionale des Pharmaciens d'Aquitaine,

Considérant que l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'officine de la Gironde n'a pas rendu son avis dans les délais impartis, celui-ci est, conformément aux dispositions de l'article R.5125-2 du code de la santé publique, réputé rendu ;

Considérant que Monsieur le Préfet de la Gironde n'a pas rendu son avis dans les délais impartis, celui-ci est, conformément aux dispositions de l'article R.5125-2 du code de la santé publique, réputé rendu ;

Considérant que l'Union Régionale des Pharmaciens d'Aquitaine n'a pas rendu son avis dans les délais impartis, celui-ci est, conformément aux dispositions de l'article R.5125-2 du code de la santé publique, réputé rendu ;

Considérant que la population municipale de la commune de Mérignac, s'élevant à 66 660 habitants au dernier recensement, est desservie par 23 officines de pharmacie ouvertes au public ;

Considérant que le transfert s'effectuera dans la même commune, mais dans un autre quartier ; que l'emplacement proposé pour le transfert est distant d'environ 5 kilomètres de l'emplacement actuel ;

Considérant que deux officines de pharmacie sont situées à proximité de l'implantation actuelle de l'officine exploitée par l'EURL PHARMACIE CABROL ; que l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente du quartier d'origine (Le Jard et Bourran) ne sera donc pas compromis par le transfert ;

Considérant que la nouvelle implantation de l'officine s'inscrira dans le périmètre du quartier nord-ouest de la commune de Mérignac; que 2 578 habitants sont recensés dans ce périmètre actuellement dépourvu d'officine de pharmacie ; que, parmi ces habitants, 1 577 résident dans le quartier envisagé pour l'accueil de l'officine, le quartier de Beaudésert, seul quartier de Mérignac classé en Zone Urbaine Sensible ;

Considérant que le transfert répond aux besoins en médicaments de la population de la commune et que les conditions d'exercice de la pharmacie seront améliorées ;

Considérant, au surplus, que le local destiné au transfert de l'officine de pharmacie offre une surface suffisante pour répondre aux conditions minimales d'installation ;

Considérant qu'ainsi les conditions prévues par les articles L. 5125-3 et L. 5125-14 du code de la santé publique sont remplies ;

ARRÊTE

Art. 1^{er}. – L'EURL PHARMACIE CABROL, dont la titulaire est Madame Dominique CABROL, pharmacien, est autorisée à transférer son officine de pharmacie, au sein de la commune de Mérignac (33700), du 25 Avenue de Bourranville au 8 rue Pierre Georges Latécoère, Angle Avenue Marcel Dassault.

Art. 2. – La licence ainsi accordée est enregistrée sous le numéro 33#001071 et se substituera à la licence de l'officine transférée à la date de début d'exploitation de la nouvelle officine.

Art. 3.- Sauf cas de force majeure constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé, l'officine de pharmacie qui fait l'objet du transfert, doit être ouverte dans un délai d'un an, et ne peut faire l'objet d'une cession totale ou partielle ni être transférée ou faire l'objet d'un regroupement avant un délai de cinq ans à compter de la notification du présent arrêté.

Art. 4.- Si pour une raison quelconque, l'officine faisant l'objet de la présente licence venait à être fermée définitivement, le pharmacien propriétaire ou ses héritiers devraient retourner cette licence au directeur général de l'agence régionale de santé où elle serait annulée.

Art. 5. – Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Art. 6. – La directrice générale adjointe de l'agence régionale de santé d'Aquitaine est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la région Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 02 mars 2015

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine,
de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine
Par délégué
Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie
Nicolas PORTOLAN

Arrêté du 4 mars 2015

Portant désignation de(s) l'autorité(s) médicale(s) responsable(s) de l'accès aux données identifiantes relatives à l'activité des professionnels de santé issues du SNIIRAM prévue par l'article 4 de l'arrêté du 19 juillet 2013 modifié relatif à la mise en œuvre du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Aquitaine,

VU le code de la santé publique,

VU le code de la sécurité sociale et notamment son article L 161-28-1,

VU la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

VU l'arrêté ministériel du 19 juillet 2013 modifié par l'arrêté du 14 février 2014 relatif à la mise en œuvre du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie,

Vu la Charte d'engagement pour la mise à disposition et les principes d'utilisation des données issues du SNIIRAM dans les agences régionales de santé signée le 2 février 2012 entre l'Union nationale des Caisses d'Assurance maladie, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et l'Union nationale des professionnels de santé,

Vu la décision de la CNIL, DE-2014-113, en date du 2 octobre 2014, autorisant le Ministère des affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes à mettre en œuvre un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité le suivi des astreintes, de la régulation et de l'activité dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires à partir de données contenues dans le SNIIRAM,

Considérant qu'en application de l'article 4-III-2° de l'arrêté du 19 juillet 2013 susvisé et de la charte d'engagement également susvisée, est conduite une expérimentation d'utilisation des données identifiantes des professionnels de santé issues du SNIIRAM par les agences régionales de santé sous réserve de l'autorisation de la CNIL,

Considérant la décision CNIL du 2 octobre 2014 susvisée autorisant la mise en œuvre de traitement ayant pour finalité le suivi des astreintes, de la régulation et de l'activité dans le cadre de la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA);

Considérant que la décision susmentionnée réaffirme que l'accès aux données est effectué sous la responsabilité des autorités médicales désignées par chaque Directeur Général d'ARS;

ARRÊTE

Article 1 : Le Docteur Marie-Pauline BENETIER, est désignée comme autorité médicale prévue à l'article 4 de l'arrêté du 19 juillet 2013 susvisé, responsable de l'accès aux données identifiantes relatives à l'activité des professionnels de santé issues du SNIRAM.

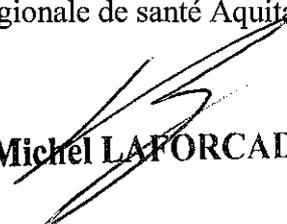
Article 2 : La présente décision peut faire l'objet dans un délai de deux mois à compter de sa notification à personne, ou de sa publication pour les tiers :

- Soit d'un recours gracieux devant le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Aquitaine ;
- Soit d'un recours contentieux devant le Tribunal administratif territorialement compétent

Le recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire à l'exercice des autres voies de recours.

Article 3 : le Directeur de l'Agence régionale de santé de la région Aquitaine est chargé de l'exécution de la présente décision publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Aquitaine.

Fait à Bordeaux le 04 MAR. 2015
Le Directeur général de l'Agence
régionale de santé Aquitaine


Michel LAFORCADE

PRÉFECTURE DE LA RÉGION AQUITAINE

ARRETE du 06.03.15

Rendant obligatoire la délibération n° 2015-08 du 3 mars 2015 du comité régional des pêches maritimes et des élevages marins d'Aquitaine fixant la date d'ouverture de la saison de pêche professionnelle de la seiche et de la sole dans le bassin d'Arcachon 2015

DIRECTION
INTERREGIONALE
DE LA MER SUD-
ATLANTIQUE

Service de l'action
économique et de
l'emploi maritime

Division ressources
durables et action
économique

LE PREFET DE LA REGION AQUITAINE,
PREFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MERITE

- VU le règlement (CE) n° 850 / 98 du conseil du 30 mars 1998 modifié visant à la conservation des ressources de pêche par le biais de mesures techniques de protection des juvéniles d'organismes marins ;
- VU le règlement (UE) n° 1380/2013 du Parlement européen et du Conseil du 11 décembre 2013 relatif à la politique commune de la pêche, modifiant les règlements (CE) n° 1954/2003 et (CE) n° 1224/2009 du Conseil et abrogeant les règlements (CE) n° 2371/2002 et (CE) n° 639/2004 du Conseil et la décision 2004/585/CE du Conseil ;
- VU le code rural et de la pêche maritime ;
- VU l'arrêté du préfet de la région Aquitaine du 2 août 2013 rendant obligatoire la délibération n°2013-10 du 21 juin 2013 du comité régional des pêches maritimes et des élevages marins d'Aquitaine portant réglementation des engins fixes de pêche dans l'intra bassin d'Arcachon notamment son article 6 ;
- VU l'arrêté du préfet de la région Aquitaine du 26 mars 2014 portant délégation de signature à M. Éric LEVERT, directeur interrégional de la mer Sud-Atlantique ;
- VU l'arrêté du préfet de la région Aquitaine du 31 mars 2014 portant subdélégation de signature de Monsieur Éric LEVERT, directeur interrégional de la mer Sud-Atlantique aux chefs de service de la Direction interrégionale de la mer Sud-Atlantique ;

SUR PROPOSITION du directeur interrégional de la mer ,

ARRÊTE

ARTICLE PREMIER – La délibération n° 2015-08 du 3 mars 2015 du comité régional des pêches maritimes et des élevages marins d'Aquitaine fixant la date d'ouverture de la saison de pêche professionnelle de la seiche et de la sole dans le bassin d'Arcachon 2015 est rendue obligatoire.

ARTICLE 2 – Le directeur interrégional de la mer Sud-Atlantique est chargé 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 6 mars 2015

Pour le préfet de région et par subdélégation

Olivier LALLEMAND

Chef de la Division de l'action économique et de l'emploi maritime



**COMITE REGIONAL DES PECHEES
MARITIMES & DES ELEVAGES MARINS
D'AQUITAINE**

12 Quai Pascal Elissalt
64500 CIBOURE
☎ 05 59 47 04 00
www.peche-aquitaine.com
crpmem@peche-aquitaine.com
f www.facebook.com/crpmem.aq

DELIBERATION

N° 2015 – 08

**FIXANT LA DATE D'OUVERTURE DE LA SAISON DE PECHE PROFESSIONNELLE DE LA
SEICHE ET DE LA SOLE DANS LE BASSIN D'ARCACHON 2015**

- Vu** le livre IX du Code rural relatif à la pêche maritime et à l'aquaculture marine ;
- Vu** La délibération n°2013-10 du 21 juin 2013 du Comité régional des pêches maritimes et des élevages marins d'Aquitaine, portant réglementation des engins de pêche dans l'intra-bassin d'Arcachon, rendue obligatoire par l'arrêté préfectoral du 2 août 2013 ;
- Vu** La délibération n°2013-07 du 21 juin 2013 relative à la création et fixant les conditions d'attribution de la licence encadrant la pêche dans l'intra-bassin d'Arcachon, rendue obligatoire par l'arrêté préfectoral du 2 août 2013 ;
- Vu** La proposition n°01/2015 du CDPMEM Gironde du 9 février 2015
- Vu** la réglementation en vigueur ;

Le Conseil du CRPMEM-Aquitaine adopte la disposition suivante :

Article 1 – Date d'ouverture de la saison de pêche de la seiche et de la sole dans le bassin d'Arcachon

Conformément à l'article 6 de la délibération n° 2013-10 susvisée, et suivant la proposition n°01/2015 du Comité départemental des pêches maritimes et des élevages marins de Gironde datée du 9 février, la date d'ouverture de la saison de pêche de la seiche (*Sepia officinalis*) et de la sole (*Solea spp*) dans le bassin d'Arcachon est fixée pour 2015 au :

Mardi 10 mars 2015 à 08h00

Conseil du 03 mars 2015

Fait à Capbreton

Pour : Unanimité	Contre : 0	Abstention : 0
------------------	------------	----------------

**Le Président,
Patrick LAFARGUE**

Page 1 sur 1

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE,
ET DE L'ÉNERGIE

Direction régionale de l'environnement,
de l'aménagement et du logement
d'Aquitaine
Centre de prestations comptables mutualisées

**Décision portant subdélégation de signature
aux agents du Centre de prestations comptables mutualisées
pour les actes de dépenses et de recettes
des programmes gérés sous Chorus**

La directrice régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement,

- Vu** la loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 modifiée relative aux lois de finances,
- Vu** le décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique;
- Vu** le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;
- Vu** le décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 relatif à la délégation de gestion dans les services de l'Etat ;
- VU** le décret du 26 juillet 2012 nommant M. Michel DELPUECH, Préfet de la région Aquitaine, Préfet de la zone de Défense et de Sécurité Sud-Ouest, Préfet de la Gironde ;
- VU** l'arrêté préfectoral portant organisation de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement du 22 janvier 2010 ;
- VU** l'arrêté de la ministre de l'égalité des territoires et du logement et de la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie en date du 25 avril 2013 nommant Madame Emmanuelle BAUDOIN, Directrice régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de la région Aquitaine ;
- VU** l'arrêté préfectoral du 22 mai 2013 donnant délégation de signature à Mme Emmanuelle BAUDOIN, directrice régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement par intérim, et notamment son article 8 ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDT de la Dordogne relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDTM de la Gironde relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDTM des Landes relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDT du Lot et Garonne relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDTM des Pyrénées atlantiques relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DIR Atlantique relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DRAAF Aquitaine relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DIRM Sud Atlantique relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDPP de la Gironde relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDCS de la Gironde relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDCSPP de la Dordogne relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDCSPP des Landes relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDCSPP du Lot et Garonne relative aux actes d'ordonnancement secondaire ;
- Vu** la délégation de gestion de la DDPP des Pyrénées atlantiques relative aux actes d'ordonnancement secondaire,

DECIDE :

Article 1 - Délégation de signature est donnée aux agents du centre de prestations comptables mutualisées (CPCM) MAAF-MEDDE pour la région Aquitaine, figurant dans le tableau en annexe 1, pour signer, les actes techniques d'ordonnancement secondaire en dépenses et en recettes, pris pour le compte des services délégants dans le cadre des délégations de gestion consenties par les ordonnateurs secondaires de droit et délégués, ainsi que pour le compte de la DREAL Aquitaine.

Article 2 - La délégation de signature accordée aux agents doit s'exécuter dans le respect du dispositif de validation des actes visant à garantir la qualité comptable.

Article 3 - La présente délégation sera notifiée au préfet de région, à l'autorité chargée du contrôle financier auprès de la DRDFIP d'Aquitaine et de Gironde et au comptable assignataire auprès de la DDFIP de la Dordogne.

Elle sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Article 4 - La décision portant subdélégation de signature aux agents du Centre de prestations comptables mutualisées pour les actes de dépenses et de recettes des programmes gérés sous Chorus prise par la directrice régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement en date du 16 janvier 2015 est abrogée.

Article 5 - Le responsable du CPCM est chargé de l'exécution de la présente décision.

Bordeaux, le

10 MARS 2015

Pour le Préfet et par délégation :
**La directrice régionale de l'environnement
de l'aménagement et du logement**



Emmanuelle BAUDOIN

Annexe 1

Délégation de signature donnée aux agents du CPCM pour signer et valider les actes techniques d'ordonnancement secondaire pris pour le compte des services déléguants et pour le compte de la DREAL Aquitaine

PROG	AGENTS	FONCTION	ACTES
TOUS LES PROG RAMM ES	Hugues COLLIN	Responsable du CPCM	Tous les actes en dépenses et en recettes et les écritures relatives aux travaux de fin de gestion.
	Laurence ORIGAL LESOT Francis BARGUE Aurore CLAUDE Ghislain JOSLIN	Responsable MQC Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables	Tous les actes en dépenses et en recettes et les écritures relatives aux travaux de fin de gestion.
	Liberate NAHIMANA	Chargée de prestations comptables	Certification de service fait
	Monique LECUONA-ZUMELAGA Sylvie BERGALONNE Marie-José ALONZO Florence BUREAU Valérie ESTEVES Nathalie FROT Nadine VERDEAU	Responsable d'unité Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables	Tous les actes en dépenses et en recettes Tous les actes en dépenses et en recettes Certification de service fait Certification de service fait Certification de service fait Certification de service fait (*) Certification de service fait (*)
	Dominique FLEAU Audrey BERGALONNE Marie Thérèse BIGUZZI Tina DUPHIL Anne EZQUERRO Christiane GLATRE Catherine LOVATY	Responsable d'unité Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables	Tous les actes en dépenses et en recettes Certification de service fait Certification de service fait
	Maurice MAZENS Laure COLLIN-DUBUC Sylvie CHAMPLAIN Jean COURTIN Stéphanie BORDERON Martine BORGEAIS Béatrice LAVERGNE Denise ZELINE	Responsable d'unité Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables Chargé de prestations comptables Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables	Tous les actes en dépenses et en recettes Tous les actes en dépenses et en recettes Certification de service fait Certification de service fait
	Hélène ALBERT-REVESEADE Isabelle AUBIN Emmanuelle ANTON Franck LABONNE Phylippe KONE Cédric LECONTE	Responsable d'unité Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables Chargé de prestations comptables Chargé de prestations comptables Chargé de prestations comptables	Tous les actes en dépenses et en recettes Certification de service fait Certification de service fait Certification de service fait Certification de service fait Certification de service fait
	Sophie LACROUTS Françoise BRUNA Hélène MAURESMO Nadine MUTEL	Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables Chargée de prestations comptables	Tous les actes en dépenses et en recettes Certification de service fait Certification de service fait Certification de service fait

Nota :

Cette délégation de signature s'applique pour chaque agent sur tous les programmes budgétaires précisés dans les délégations de gestion de chaque service déléguant au CPCM, service déléguataire.

(*) exception pour cet agent : cette délégation de signature s'applique sur tous les programmes budgétaires précisés dans les délégations de gestion de chaque service déléguant au CPCM, hormis pour le service déléguant DREAL Aquitaine.



PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE

Direction régionale
des affaires culturelles

Le Préfet de la région Aquitaine,
Préfet de la Gironde,
Officier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre National du Mérite,

ARRÊTÉ

Portant nomination des membres de la commission interrégionale de la recherche archéologique du Sud-Ouest

Le Préfet de région,

Sur proposition du directeur régional des affaires culturelles,

VU le décret n° 2007-823 du 11 mai 2007, relatif au Conseil national et aux commissions interrégionales de la recherche archéologique, notamment son article 19 ;

VU l'avis du comité national de la recherche scientifique (sections 31 et 32) en date du 10 février 2015 ;

VU l'avis du conseil national des universités (section 20) en date du 5 mars 2015 ;

VU l'avis du conseil national des universités (section 21) en date du 20 février 2015 ;

VU l'avis du conseil scientifique de l'Institut national de recherches archéologiques préventives en date 2 février 2015 ;

ARRÊTE

Article 1 : Sont nommés membres de la commission interrégionale de la recherche archéologique (C.I.R.A.) du Sud-Ouest pour une durée de quatre années à compter de la date de signature de cet arrêté :

I – Au titre du centre national de la recherche scientifique :

Mme Corinne SANCHEZ (chargée de recherche au C.N.R.S., équipe de recherche de Lattes - Montpellier), spécialiste de l'Antiquité

II – Au titre de l'enseignement supérieur :

M. Jean-Pierre BRACCO (professeur en Préhistoire à l'Université de Provence Aix-Marseille I), spécialiste du Paléolithique supérieur



PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE

III – Au titre du ministère de la culture et de la communication :

M. Jocelyn MARTINEAU (conservateur du patrimoine au service régional de l'archéologie, DRAC Pays de la Loire), spécialiste du Moyen Age

IV – Au titre de l'institut national de recherches archéologiques préventives :

Mme Muriel GANDELIN (chargée d'études à l'Institut national de recherche archéologiques préventives), spécialiste du Néolithique

V – Au titre d'une collectivité territoriale :

M. David LALLEMAND (chef du service archéologie préventive du conseil général de l'Allier), spécialiste de Protohistoire

VI – Au titre des spécialistes :

Mme Brigitte BOISSAVIT-CAMUS (professeur à l'Université de Paris Ouest Nanterre-La Défense), spécialiste du Moyen Age

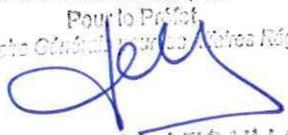
M. Jean-Luc LOCHT (ingénieur à l'Institut national de recherche archéologiques préventives), spécialiste du Paléolithique ancien et moyen

M. Pierre NOUVEL (maître de conférence à l'Université de Franche-Comté), spécialiste de l'Antiquité

Article 2 : La secrétaire générale pour les affaires régionales et le directeur régional des affaires culturelles de l'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 région.

Fait à Bordeaux, le - 9 MARS 2015

Pour le Préfet
Le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales


Marie-Françoise LECAILLON
Le Préfet de région



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE

Secrétariat Général pour les
Affaires Régionales
Modernisation et administration générale

Arrêté du 11 MARS 2015

**Portant délégation de signature à Madame Isabelle NOTTER,
Directrice régionale des entreprises, de la concurrence de la
consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine
(DIRECCTE)**

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MÉRITE

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

Vu le décret n° 92-604 du 1er juillet 1992 portant charte de la déconcentration ;

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'État dans les régions et départements ;

Vu le décret du 26 Juillet 2012 nommant **Monsieur Michel DELPUECH**, Préfet de la Région Aquitaine, Préfet de la Zone de Défense et de Sécurité Sud-Ouest, Préfet de la Gironde;

Vu l'arrêté interministériel du Ministre des finances et des comptes publics, du Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique en date du 16 février 2015 portant nomination de Madame Isabelle NOTTER, sur l'emploi de Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine à compter du 15 mars 2015 ;

Sur proposition de la Secrétaire Générale pour les Affaires Régionales d'Aquitaine ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : Délégation de signature est donnée à Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine, à l'effet de signer tous les actes de gestion interne à sa direction.

Article 2 : Délégation de signature est donnée à Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine, à l'effet de signer tous les actes, documents administratifs, rapports, conventions, certificats, correspondances, dans le cadre des missions relevant de sa direction, à l'exception :

1. des actes à portée réglementaire,
2. des actes défavorables faisant grief à des tiers, notamment les sanctions administratives, suspensions, annulations, retraits d'agrément ou d'autorisation ainsi que les décisions de refus, lorsqu'ils relèvent d'une appréciation discrétionnaire,
3. des arrêtés portant nomination de membres de commissions et comités régionaux,
4. des arrêtés d'ouverture d'enquête publique et de tous arrêtés subséquents,

5. des conventions de tous ordres avec des collectivités territoriales ou des établissements publics engageant financièrement l'État,
6. des instructions ou circulaires adressées aux collectivités,
7. des réponses aux recours gracieux dans le cadre du contrôle de légalité,
8. des requêtes, déférés, mémoires, déclinatoires de compétence auprès des différentes juridictions (hormis en matière de plans de sauvegarde de l'emploi visé à l'article 3),
9. des décisions attributives de subventions de fonctionnement d'un montant supérieur à 30 000 € et des subventions d'investissement d'un montant supérieur à 100 000 €.

Article 3 : Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine, a délégation de signature sur tous les actes, requêtes, déférés, mémoires, déclinatoires de compétence auprès des différentes juridictions, relatifs au contentieux administratif et judiciaire portant sur les plans de sauvegarde de l'emploi.

Article 4 : Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine, est habilitée à présenter, devant les juridictions administratives et judiciaires, les observations orales de l'État en matière de contentieux administratif et judiciaire portant sur les plans de sauvegarde de l'emploi.

Article 5 : Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine, est habilitée à présenter, devant les juridictions administratives et judiciaires, les observations orales de l'État à l'appui des conclusions écrites signées par le représentant de l'État portant sur les missions de la Direccte autres que les plans de sauvegarde de l'emploi.

Article 6 : En cas d'absence ou d'empêchement de Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine, la délégation de signature qui lui est conférée sera exercée par ses adjoints.

Article 7 : Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine, peut également subdéléguer sa signature aux collaborateurs qu'elle aura désignés par arrêté, pour les domaines relevant de leur activité au sein du service.

Article 8 : Le présent arrêté abroge et remplace l'arrêté préfectoral modificatif du 19 décembre 2014 portant délégation de signature à Monsieur Thierry NAUDOU, Directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine par intérim.

Article 9 : La Secrétaire Générale pour les Affaires Régionales, la Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine et le Directeur Régional des Finances Publiques de l'Aquitaine sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié aux Préfets de la Dordogne, des Landes, du Lot-et-Garonne, des Pyrénées-Atlantiques ainsi qu'au Secrétaire Général de la préfecture de la Gironde, et publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 11 MARS 2015

Le Préfet de Région,

Michel DELPUECH



LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,

Secrétariat Général pour les
Affaires Régionales
Modernisation et administration générale

Arrêté du 11 MARS 2015

Portant délégation de signature en matière d'ordonnancement et de comptabilité générale de l'État à Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine (DIRECCTE)

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MÉRITE

Vu la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 modifiée relative aux lois de finances,

Vu la loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 modifiée portant création et organisation des régions,

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

Vu la loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 modifiée relative à l'administration territoriale de la République ;

Vu le décret n° 92-604 du 1er juillet 1992 modifié portant charte de déconcentration ;

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

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret n° 2009-1377 du 10 novembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE),

Vu le décret du 26 Juillet 2012 nommant Monsieur Michel DELPUECH, Préfet de la Région Aquitaine, Préfet de la Zone de Défense et de Sécurité Sud-Ouest, Préfet de la Gironde ;

Vu l'arrêté interministériel du Ministre des finances et des comptes publics, du Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique en date du 16 février 2015 portant nomination de Madame Isabelle NOTTER, sur l'emploi de Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine à compter du 15 mars 2015 ;

Vu la décision interministérielle du 20 décembre 2013 du Ministère de l'économie et des finances, du Ministère du commerce extérieur, du Ministère du redressement productif et du Ministère de l'artisanat, du commerce et du tourisme, portant désignation des préfets de région comme responsables des budgets opérationnels du programme 134 « Développement des entreprises et du tourisme », pour les services territoriaux placés sous leur autorité ;

Vu la décision du 13 janvier 2014 du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, portant désignation des responsables de budgets opérationnels de programme et d'unités opérationnelles du programme 111 « Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail »

Vu la décision du 17 février 2014 du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue

social, portant désignation de responsables de budgets opérationnels de programme et d'unités opérationnelles du programme 102 « Accès et retour à l'emploi » ;

Vu la décision du 17 février 2014 du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, portant désignation de responsables de budgets opérationnels de programme et d'unités opérationnelles du programme 103 « Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi » ;

Vu la circulaire du 4 décembre 2013 du Ministère de l'économie et des finances relative à la désignation du préfet de région comme responsable de budget opérationnel de programme pour les services territoriaux placés sous son autorité ;

Sur proposition de la Secrétaire Générale pour les Affaires Régionales d'Aquitaine ;

ARRÊTE

Article 1er : Délégation est donnée à Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine, à l'effet de :

1°) recevoir les crédits des programmes suivants :

- n° 102 « Accès et retour à l'emploi »,
- n° 103 « Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi »,
- n° 134 « Développement des entreprises et du tourisme »

2°) répartir les autorisations d'engagement et de crédits de paiement entre les unités opérationnelles (UO) chargées de leur exécution.

3°) sous réserve de non dépassement de la dotation globale consentie à l'UO,

- autoriser des ajustements de programmation des UO relatifs, d'une part aux interventions au bénéfice de tiers (titre VI), d'autre part aux investissements directs (titre V) validées en Comité de l'Administration Régionale (CAR), et ceci dans une fourchette ne dépassant pas 20% en plus ou en moins de manière isolée entre opérations. Hors de la limite ainsi définie, le pré-CAR est saisi pour avis, préalable à celui du CAR. La décision définitive relève du Préfet de région.
- procéder aux subdélégations le cas échéant, les opérations de titre V étant obligatoirement individualisées pour les opérations immobilières.

4°) procéder en cours d'exercice budgétaire à des réallocations en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP) entre les UO, étant mentionné que les réallocations dont le montant aboutirait à minorer ou à abonder la dotation d'une UO de plus de 10% doivent être soumises au pré-CAR pour avis, préalable à celui du CAR. La décision définitive relève du Préfet de région.

La présente délégation est consentie pour l'ensemble des titres budgétaires constituant le budget.

Article 2 : Délégation est donnée à Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine, pour procéder à l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses de l'État relevant des BOP régionaux suivants :

- n° 102 « Accès et retour à l'emploi »,
- n° 103 « Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi »,
- n° 111 « Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail »,
- n° 155 « Conception, gestion et évaluation des politiques de l'emploi et du travail »,
- n° 134 « Développement des entreprises et du tourisme »,
- n° 333 uniquement au titre de l'action 2 « moyens mutualisés des administrations déconcentrées »,
- n° 309 « entretien des bâtiments de l'État »
- CAS n° 723 « Contribution aux dépenses immobilières »

Cette délégation porte sur l'engagement, la liquidation et le mandatement des dépenses et, le cas échéant, des opérations relatives aux recettes (titres de perception, états exécutoires, cessions), ainsi que les opérations de paye et les moyens de fonctionnement des services.

Article 3 : Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine, reçoit de plus délégation pour l'ordonnancement

des recettes et dépenses concernant les crédits communautaires des programmes techniques « fonds structurels européens » relevant du ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi.

Article 4 Délégation est donnée à **Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine**, pour tous les actes dévolus au représentant du pouvoir adjudicateur en application du code des marchés publics et des cahiers des clauses administratives et techniques, pour les affaires relevant des budgets opérationnels de programmes régionaux et centraux précités.

Article 5 : Le délégué présentera à la signature du Préfet de la région Aquitaine tous les actes juridiques (conventions, contrats, arrêtés de subvention) relatifs à des dépenses dont le montant unitaire est supérieur à :

- 100.000 € pour les subventions d'équipement,

- 30.000 € pour les subventions de fonctionnement et tous les autres actes hors marchés publics, ces derniers faisant l'objet de l'article 6.

Toutefois, la délégation n'est pas limitée pour les actes attributifs de subventions qui font l'objet d'un avis émis par une instance présidée par le Préfet de région ou son représentant.

Article 6 : Demeurent également réservés à la signature du Préfet de la région Aquitaine, les marchés publics dont le montant est supérieur au plafond des marchés publics à procédure adaptée, sauf délégation consentie en la matière à un autre chef de service de l'État pour les marchés dont il assumerait la conduite d'opération.

Article 7: Demeurent réservés à la signature du Préfet de la région Aquitaine, quel qu'en soit le montant :

- les décisions de ne pas se conformer à l'avis défavorable de l'autorité chargée du contrôle financier, lorsqu'un tel avis est préalablement requis,
- les décisions de passer outre,
- les ordres de réquisition du comptable public,
- les décisions d'acquisition, d'aliénation, d'affectation du domaine privé et public de l'État sauf délégation expresse consentie en la matière à un autre chef de service de l'État.

Article 8 : En application de l'article 38 du décret n° 2004-374 du 29 avril 2004, **Madame Isabelle NOTTER, Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine**, peut sous sa responsabilité, subdéléguer sa signature aux collaborateurs qu'elle aura désignés par arrêté, pour les domaines relevant de leur activité au sein du service.

La signature des agents habilités est accréditée auprès du Directeur Régional des Finances Publiques d'Aquitaine.

Article 9 : Le présent arrêté abroge et remplace l'arrêté préfectoral modificatif du 19 décembre 2014 portant délégation de signature en matière d'ordonnancement et de comptabilité générale de l'État à Monsieur Thierry NAUDOU, Directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine par intérim.

Article 10 : La Secrétaire Générale pour les Affaires Régionales, le **Directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Aquitaine** et le Directeur Régional des Finances Publiques de l'Aquitaine sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié aux Préfets de la Dordogne, des Landes, du Lot-et-Garonne, des Pyrénées-Atlantiques ainsi qu'au Secrétaire Général de la préfecture de la Gironde, et publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 11 MARS 2015

Le Préfet de Région,


Michel DELPUECH



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE

Secrétariat Général pour les
Affaires Régionales
Modernisation et Administration Générale

Arrêté du **11 MARS 2015**

Portant délégation de signature en qualité
d'ordonnateur secondaire délégué pour le BOP régional 307
à Monsieur Alain MARMIER, Directeur des Ressources Humaines et des
Affaires Financières de la Préfecture de la Gironde

LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MÉRITE

Vu la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 modifiée relative aux lois de finances,

Vu la loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 modifiée portant création et organisation des régions,

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

Vu la loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 modifiée relative à l'administration territoriale de la République ;

Vu le décret n° 92-604 du 1^{er} juillet 1992 modifié portant charte de déconcentration ;

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

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 26 Juillet 2012 nommant Monsieur Michel DELPUECH, Préfet de la Région Aquitaine, Préfet de la Zone de Défense et de Sécurité Sud-Ouest, Préfet de la Gironde;

Vu l'arrêté du Premier Ministre en date du 25 Juillet 2012, nommant Madame Marie-Françoise LECAILLON, Secrétaire Générale pour les Affaires Régionales auprès du Préfet de la région Aquitaine à compter du 1er septembre 2012 ;

Vu l'arrêté modificatif du 30 Décembre 2014, donnant délégation de signature à Madame Marie-Françoise LECAILLON, Secrétaire Générale pour les Affaires Régionales d'Aquitaine en tant que responsable de budget opérationnel de programme (RBOP) et responsable d'Unité Opérationnelle (RUO) ;

Vu la circulaire n° BUDB1323830C du 4 décembre 2013 relative à la désignation du préfet de région comme responsable de budget opérationnel de programme pour les services territoriaux placés sous son autorité ;

Sur proposition de Madame la Secrétaire Générale pour les Affaires Régionales d'Aquitaine ;

ARRÊTE

Article 1er - Délégation est donnée à Monsieur Alain MARMIER, Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Financières de la Préfecture de la Gironde, à l'effet de :

1°) Recevoir les crédits du BOP régional relevant du programme suivant :

- programme n° 307 « Administration territoriale »

2°) répartir les autorisations d'engagement et de crédits de paiement entre les unités opérationnelles (UO) chargées de leur exécution.

Article 2 - En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Alain MARMIER**, Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Financières de la Préfecture de la Gironde, la délégation de signature qui lui est conférée sera exercée par son adjoint.

Article 3 - La Secrétaire Générale pour les Affaires Régionales d'Aquitaine, le Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Financières de la Préfecture de la Gironde et le Directeur Régional des Finances Publiques d'Aquitaine sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié aux Préfets de la Dordogne, des Landes, du Lot-et-Garonne, des Pyrénées-Atlantiques et publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Aquitaine.

Fait à Bordeaux, le 11 MARS 2015

Le Préfet de Région,


Michel DELPUECH

**Arrêté modifiant l'agrément d'une entreprise de transports
sanitaires à Peyrignac (Dordogne)**

**Le Directeur Général
De l'Agence Régionale de Santé Aquitaine**

VU le code de la santé publique et notamment ses articles L.6312-1 à L.6313-1 et R.6312-1 à R.6314-6 ;

VU le décret n° 2012-1007 du 29 août 2012 relatif à l'agrément nécessaire au transport sanitaire terrestre et à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires ;

VU l'arrêté ministériel du 21 décembre 1987 relatif à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestre et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires ;

VU l'arrêté ministériel du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectées aux transports sanitaires terrestres ;

VU l'arrêté du 4 décembre 2009 portant agrément de l'entreprise de transports sanitaires la « Sarl AJC 24 » sises « Les Eysines de Saint-Georges » à Saint Rabier (24210)

VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU l'arrêté du 22 juillet 2011 portant changement de site de l'entreprise de transports sanitaires « Sarl AJC 24 » au lieu-dit « Les Magoberts » - route de Robin à Peyrignac (24210) ;

VU la décision du 9 février 2015 portant délégation de signature de l'Agence Régionale de Santé Aquitaine ;

CONSIDERANT la demande du 27 décembre 2014 de modification d'agrément et de transfert d'autorisation de mise en service de véhicules de Messieurs DUCLAUD Frédéric et CAPETTE Alain ;

CONSIDERANT l'extrait d'immatriculation au registre du commerce et des sociétés du Greffe du Tribunal de Commerce de Périgueux du 15 janvier 2015, désignant Messieurs DUCLAUD Frédéric et CAPETTE Alain, gérants de la « SN AJC 24 » immatriculée 808 930 531 RCS Périgueux ;

SUR proposition de Madame la Directrice de la délégation territoriale de Dordogne ;

ARRETE

Article 1^{er} :

L'arrêté en date du 22 juillet 2011 est modifié à compter de la date de signature du présent arrêté.

Article 2 :

L'entreprise de transports sanitaires « **SN AJC 24** », Lieu-dit « **Magoberts** » - Route de Robinson – 24210 PEYRIGNAC, dont les gérants sont Messieurs **DUCLAUD Frédéric** et **CAPETTE Alain**, est agréée, sous le numéro d'agrément n° 24 09 04, pour exploiter ladite entreprise :

pour l'accomplissement :

- 1) Des transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente.
- 2) Des transports sanitaires de malades, blessés ou parturientes effectués sur prescription médicale.

Article 3 :

L'entreprise de transports sanitaires « **SN AJC 24** », ne peut disposer que des véhicules ci-après :

1 ambulance catégorie A – type B	1 Véhicule Sanitaire Léger catégorie D
----------------------------------	--

désignés comme étant en service dans l'annexe A du présent arrêté.

Article 4 :

L'entreprise de transports sanitaires « **SN AJC 24** », doit disposer du personnel nécessaire à l'équipage des véhicules de catégorie A ou C ainsi qu'à ceux de catégorie D, enregistrés sur l'annexe B du présent arrêté, conformément à l'article R 6312-6 du code de la santé publique.

Article 5 :

Le véhicule de catégorie A susvisé peut être autorisé par Monsieur le Préfet à être équipé de dispositifs lumineux et d'avertisseurs sonores spéciaux.

Article 6 :

Toute modification pouvant intervenir dans l'entreprise de transports sanitaires « **SN AJC 24** », gérée par **Messieurs DUCLAUD et CAPETTE** (changement d'adresse, modification d'installation matérielle, changements de statuts, remplacement de gérant ou de cogérant, remplacement de véhicule, composition des équipages, ...) devra être signalée sans délai à l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine.

Article 7 :

L'inobservation par les responsables d'entreprises de transports sanitaires de l'ensemble des dispositions ci-dessus pourra entraîner le retrait d'agrément.

Article 8 :

Cet arrêté peut faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification, d'un recours :

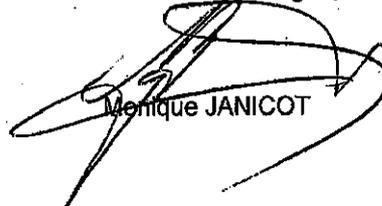
- contentieux auprès Tribunal administratif de Bordeaux.
- hiérarchique auprès du Ministère de la Santé.

Article 9 :

La Directrice Adjointe de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, la Directrice de la délégation territoriale de la Dordogne sont chargées de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs des préfectures d'Aquitaine et de Dordogne.

Fait à Périgueux, le 23 FEV. 2015

Pour Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé,
La Directrice de la délégation
territoriale de Dordogne,



Monique JANICOT

**ANNEXE A L'ARRETE DE MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL DE L'A.R.S.
PORTANT AGREMENT DE L'ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES**

en date du 23 février 2015

ci-après désignée :

Nom de l'entreprise : "SN AJC. 24"
n° d'agrément : 24 09 04
Gérance : DUCLAUD Frédéric - CAPETTE Alain
Adresse : Lieu-dit "Magoberts" - Route de Robinson
24210 PEYRIGNAC
N° téléphone fixe : 05 53 50 20 17

Participation à la GARDE AMBULANCIERE : OUI

ANNEXE A

Véhicules utilisables par l'entreprise :

I - Véhicules mentionnés à l'article R 6312-8 du Code de la Santé Publique (AMBULANCES catégories A & C)

MARQUE	Catégorie	Puissance fiscale	numéro minéralogique	Date enregistrement	véhicule remplacé
RENAULT	A	8	DB 512 KV	20/12/13	412 VX 86

II - Véhicules mentionnés à l'article R 6312-8 du Code de la Santé Publique (Voitures sanitaires Légères - Catégorie D)

MARQUE	Catégorie	Puissance fiscale	numéro minéralogique	Date enregistrement	véhicule remplacé
SKODA	D	5	DH 158 SL	22/07/14	GG 896 ZL



PERIGUEUX, le

Mise à jour du 23/02/2015

VISA

**ANNEXE A L'ARRETE DE MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL DE L'A.R.S.
PORTANT AGREMENT DE L'ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES**

en date du 23 février 2015

ci-après désignée :

Nom de l'entreprise : "SN AJC. 24"
n° d'agrément : 24 09 04
Gérance : DUCLAUD Frédéric - CAPETTE Alain
Adresse : Lieu-dit "Magoberts" - Route de Robinson
24210 PEYRIGNAC
N° téléphone fixe : 05 53 50 20 17

Participation à la GARDE AMBULANCIERE : OUI

ANNEXE B

I - PERSONNEL REMPLISSANT LES CONDITIONS DE CAPACITE PREVUES à l'article R 6312-7 du Code de la Santé Publique : CCA (Certificat de Capacité d'Ambulancier) ou DEA (Diplôme d'Etat d'Ambulancier)

NOM & Prénom	Date et lieu de naissance	DIPLÔME	Date du DIPLÔME	Date du DEBUT d'EMPLOI dans l'entreprise	durée hebdomadaire de travail	Date de fin de contrat dans l'entreprise
CAPETTE Alain	29/09/66	CCA	04/07/88	23/02/15	1 ETP	Gérant
DUCLAUD Frédéric	21/04/75	CCA	16/07/02	23/02/15	1 ETP	Gérant
LAVAUD Pascal	20/10/58	CCA	27/01/97	03/09/12	1 ETP	CDI

ANNEXE B

II- PERSONNEL REMPLISSANT LES CONDITIONS DE CAPACITE PREVUES à l'article R 6312-7 du Code de la Santé Publique

NOM & Prénom	Date et lieu de naissance	DIPLÔME	Date du DIPLÔME	Date du DEBUT d'EMPLOI dans l'entreprise	durée hebdomadaire de travail	Date de fin de contrat dans l'entreprise
MASI Alain	14/01/52	AA	13/05/11	13/05/11	1 ETP	CDI
LALANNE Céline	20/06/78	AA	13/05/11	12/08/13	1 ETP	CDI

ARS - DT DORDOGNE
23 FEV. 2015
TRANSPORTS SANITAIRES

PERIGUEUX, le