



OCCITANIE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R76-2021-079

PUBLIÉ LE 4 MAI 2021

Sommaire

ARS OCCITANIE / Direction de la Santé Publique

R76-2021-04-27-00005 - ARRÊTÉ n° 2021-1666 portant habilitation du Centre Hospitalier de Rodez en qualité de Centre de lutte antituberculeuse (2 pages)	Page 4
R76-2021-04-27-00008 - ARRÊTÉ n° 2021-1669 portant habilitation du Centre Hospitalier de Mende en qualité de Centre de lutte antituberculeuse (3 pages)	Page 7
R76-2021-04-27-00007 - ARRÊTÉ n° 2021-1670 portant habilitation du Centre Hospitalier de Cahors en qualité de Centre de lutte antituberculeuse (3 pages)	Page 11
R76-2021-04-27-00009 - ARRÊTÉ n° 2021-1673 portant habilitation du Centre Hospitalier de Perpignan en qualité de Centre de lutte antituberculeuse (3 pages)	Page 15

ARS OCCITANIE / DOSA-PSH

R76-2021-01-07-00033 - Arrêté N°2021-74 HAD ADENE Nimes MIGAC 2020 (4 pages)	Page 19
R76-2021-01-07-00034 - Arrêté N°2021-75 ADENE Alès MIGAC 2020 (4 pages)	Page 24
R76-2021-01-07-00035 - Arrêté N°2021-76 HAD 3G Santé à Nimes MIGAC 2020 (4 pages)	Page 29
R76-2021-01-07-00036 - Arrêté N°2021-77 GCS SSR Gard Rhodanien MIGAC 2020 (4 pages)	Page 34
R76-2021-01-07-00037 - Arrêté N°2021-78 Centre Médical Egregore Audavie MIGAC 2020 (4 pages)	Page 39
R76-2021-01-07-00038 - Arrêté N°2021-79 AIDER Santé Centre GCS PAAC Alès 2 MIGAC 2020 (4 pages)	Page 44
R76-2021-01-07-00039 - Arrêté N°2021-80 Kenva Institut de Cancérologie du Gard MIGAC 2020 (4 pages)	Page 49
R76-2021-01-07-00040 - Arrêté N°2021-81 Clinique ambulatoire de la Cèze MIGAC 2020 (4 pages)	Page 54
R76-2021-01-07-00041 - Arrêté N°2021-82 la Nouvelle Clinique Bonnefon MIGAC 2020 (4 pages)	Page 59
R76-2021-01-07-00042 - Arrêté N°2021-83 Nouvel Hopital Privé les Franciscaines MIGAC 2020 (4 pages)	Page 64
R76-2021-01-07-00043 - Arrêté N°2021-84 Clinique Valdegour MIGAC 2020 (4 pages)	Page 69
R76-2021-01-07-00044 - Arrêté N°2021-85 CSSR les Chataigniers MIGAC 2020 (4 pages)	Page 74

R76-2021-01-07-00045 - Arrêté N°2021-86 Clinique les Oliviers MIGAC 2020 (4 pages)	Page 79
R76-2021-01-07-00046 - Arrêté N°2021-87 La maison de Convalescence Domaine du Cros MIGAC 2020 (4 pages)	Page 84
R76-2021-01-07-00047 - Arrêté N°2021-88 Polyclinique Kennedy MIGAC 2020 (4 pages)	Page 89
R76-2021-01-07-00048 - Arrêté N°2021-89 UAD UDM de Nimes MIGAC 2020 (4 pages)	Page 94
R76-2021-01-07-00049 - Arrêté N°2021-90 polyclinique Grand Sud MIGAC 2020 (4 pages)	Page 99

ARS OCCITANIE / DUQUALE

R76-2021-04-30-00058 - DECISION PORTANT MODIFICATION DE LA DECISION 2019/4229 DE DESIGNATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS à la COMMISSION DES USAGERS (CDU) de l'HAD HOME SANTE 34 FINESS 340017847 (2 pages)	Page 104
R76-2021-04-30-00059 - DECISION PORTANT MODIFICATION DE LA DECISION 2020/2437 DE DESIGNATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS à la COMMISSION DES USAGERS (CDU) du Centre Hospitalier de Nogaro FINESS 320780208 (2 pages)	Page 107

DRAC OCCITANIE / CRMH

R76-2021-05-03-00002 - Arrêté préfectoral du 3 mai 2021 portant inscription au titre des monuments historiques de la chapelle et de la cour Sainte-Anne à Toulouse (2 pages)	Page 110
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

DREETS OCCITANIE /

R76-2021-05-03-00003 - Subdélégation de signature de Christophe Lerouge, Directeur régional économie emploi travail solidarités Occitanie pour les compétences générales ordonnancement secondaire délégué et commande publique (6 pages)	Page 113
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

RECTORAT / Division de l'expertise et du conseil juridiques et financiers

R76-2021-04-30-00073 - Contrat de service entre le rectorat Sophie BEJEAN et le centre de gestion financière DDFIP (60 pages)	Page 120
R76-2021-04-30-00074 - Convention de délégation de gestion entre le Rectorat de l'Académie de Montpellier Sophie BEJEAN et la DDFIP de l'Herault (3 pages)	Page 181

ARS OCCITANIE

R76-2021-04-27-00005

ARRÊTÉ n° 2021-1666 portant habilitation du
Centre Hospitalier de Rodez en qualité de
Centre de lutte antituberculeuse

Service émetteur : Direction de la Santé Publique
Pôle Prévention Promotion de la Santé
Affaire suivie par : Anne-Marie FRECHE
Courriel : anne-marie.freche@ars.sante.fr
Téléphone : 05 34 30 24 32
Réf. : DSP/PPS/CC/PR/2021-039
Date : 27 avril 2021

Monsieur Vincent PREVOTEAU
Directeur
Centre Hospitalier Jacques PUEL
Avenue de l'Hôpital
12027 RODEZ Cedex 9

Objet : Habilitation du centre de lutte antituberculeuse (CLAT)

PJ : 1 arrêté

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer de l'habilitation de votre établissement en qualité de centre de lutte antituberculeuse pour une durée de trois ans.

Vous voudrez bien trouver ci-joint l'arrêté d'habilitation pour l'activité exercée par votre structure.

Mes services restent à votre disposition pour vous fournir les informations complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général

Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
le Directeur Général Adjoint
Pierre RICORDEAU

Dr Jean-Jacques MORFOISSE

ARRÊTÉ n° 2021-1666
portant habilitation du Centre Hospitalier de Rodez
en qualité de Centre de lutte antituberculeuse

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé Occitanie

- VU** le code de la santé publique et notamment les articles L. 3112-1 à L. 3112-3 et D. 3112-6 à D. 3112-10 ;
- VU** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
- VU** le décret n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie ;
- VU** le décret du 24 octobre 2018 portant nomination du Directeur Général de l'Agence régionale de santé Occitanie, M. Pierre RICORDEAU ;
- VU** le décret n° 2020-1466 du 27 novembre 2020 relatif aux centres de lutte contre la tuberculose ;
- VU** l'arrêté du 1^{er} décembre 2010 fixant le contenu du rapport d'activité et de performance en application de l'article D. 3112-9 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 27 novembre 2020 relatif aux centres de lutte contre la tuberculose ;
- VU** l'arrêté ARS du 22 mai 2017 portant habilitation du Centre Hospitalier de Rodez en qualité de Centre de lutte antituberculeuse ;
- VU** l'arrêté ARS n° 2019-347 prorogeant l'habilitation du CH de Rodez jusqu'au 30 juin 2020 ;
- VU** l'instruction n° DGS/SP2/2020/224 du 8 décembre 2020 relative à la mise en place de la réforme des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) ;

Considérant la demande présentée par l'établissement en date du 28 janvier 2019 et du 27 janvier 2021 pour l'habilitation en qualité de centre de lutte antituberculeuse ;

Considérant que l'établissement répond aux conditions fixées par les articles susvisés ;

ARRÊTE

Article 1 : Le Centre Hospitalier de Rodez est habilité en qualité de Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) pour trois ans.

La présente habilitation a pour objet de permettre d'exercer pour le compte de l'État, pour les usagers les activités suivantes :

- Les enquêtes autour d'un cas de tuberculose et le suivi ;
- Les dépistages ciblés de la tuberculose auprès des populations à risque ;
- Le suivi médical et la délivrance des médicaments nécessaires au traitement de la tuberculose et des infections tuberculeuses latentes des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, de façon gratuite ;

ARS OCCITANIE

R76-2021-04-27-00008

ARRÊTÉ n° 2021-1669 portant habilitation du
Centre Hospitalier de Mende en qualité de
Centre de lutte antituberculeuse



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Service émetteur : Direction de la Santé Publique
Pôle Prévention Promotion de la Santé
Affaire suivie par : Anne-Marie FRECHE
Courriel : anne-marie.freche@ars.sante.fr
Téléphone : 05 34 30 24 32
Réf. : DSP/PPS/CC/PR/2021-042
Date : 27 avril 2021

Monsieur Jean-Luc LUCENO
Directeur
Centre Hospitalier de Mende
Avenue du 8 mai 1945
48000 MENDE

Objet : Habilitation du centre de lutte antituberculeuse (CLAT)

PJ : 1 arrêté

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer de l'habilitation de votre établissement en qualité de centre de lutte antituberculeuse pour une durée de trois ans.

Vous voudrez bien trouver ci-joint l'arrêté d'habilitation pour l'activité exercée par votre structure.

Mes services restent à votre disposition pour vous fournir les informations complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général
Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
le Directeur Général Adjoint

Pierre RICORDEAU
Dr Jean-Jacques MORFOISSE

ARRÊTÉ n° 2021-1669
portant habilitation du Centre Hospitalier de Mende
en qualité de Centre de lutte antituberculeuse

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé Occitanie

- VU** le code de la santé publique et notamment les articles L. 3112-1 à L. 3112-3 et D. 3112-6 à D. 3112-10 ;
- VU** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
- VU** le décret n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie ;
- VU** le décret du 24 octobre 2018 portant nomination du Directeur Général de l'Agence régionale de santé Occitanie, M. Pierre RICORDEAU ;
- VU** le décret n° 2020-1466 du 27 novembre 2020 relatif aux centres de lutte contre la tuberculose ;
- VU** l'arrêté du 1^{er} décembre 2010 fixant le contenu du rapport d'activité et de performance en application de l'article D. 3112-9 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 27 novembre 2020 relatif aux centres de lutte contre la tuberculose ;
- VU** l'arrêté ARS du 10 novembre 2016 portant habilitation du Centre Hospitalier de Mende en qualité de Centre de lutte antituberculeuse ;
- VU** l'arrêté ARS n° 2019-1900 du 11 juin 2019 prorogeant l'habilitation du CH de Mende jusqu'au 30 novembre 2020 ;
- VU** l'instruction n° DGS/SP2/2020/224 du 8 décembre 2020 relative à la mise en place de la réforme des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) ;

Considérant la demande présentée par l'établissement en date du 12 juin 2020 et du 22 janvier 2021 pour l'habilitation en qualité de centre de lutte antituberculeuse ;

Considérant que l'établissement répond aux conditions fixées par les articles susvisés ;

ARRÊTE

Article 1 : Le Centre Hospitalier de Mende est habilité en qualité de Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) pour trois ans.

La présente habilitation a pour objet de permettre d'exercer pour le compte de l'État, pour les usagers les activités suivantes :

- Les enquêtes autour d'un cas de tuberculose et le suivi ;
- Les dépistages ciblés de la tuberculose auprès des populations à risque ;
- Le suivi médical et la délivrance des médicaments nécessaires au traitement de la tuberculose et des infections tuberculeuses latentes des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, de façon gratuite ;

- La contribution au suivi médical et médico-social des personnes traitées pour une tuberculose ou pour une infection tuberculeuse latente et participent à leur coordination jusqu'à l'issue de traitement ;
- La vaccination gratuite par le vaccin antituberculeux ;
- Les actions de prévention auprès des personnes prises en charge, en particulier l'aide au sevrage tabagique ;
- Un bilan préventif aux populations éloignées des systèmes de prévention et de soins et un accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ;
- La contribution, en collaboration avec l'Agence régionale de santé et l'Agence nationale de santé publique, à la surveillance de la tuberculose par la déclaration obligatoire des cas et la documentation des cas de tuberculose maladie et des issues de traitement et des cas d'infection tuberculeuse latente ;
- L'accueil, l'écoute, l'information le conseil et l'orientation des publics par des actions individuelles et collectives ;
- La promotion et la diffusion des informations et bonnes pratiques professionnelles auprès des professionnels de santé intéressés.

Article 2 : Le site principal du CLAT est implanté dans les locaux du Centre Hospitalier de Mende, Avenue du 8 mai 1945 – 48000 MENDE.

Article 3 : Les modalités de fonctionnement et de financement de l'activité sont fixées par voie contractuelle entre le Directeur Général de l'Agence régionale de santé et le Directeur du Centre hospitalier, pour la durée de l'habilitation.

Article 4 : Le Directeur du Centre hospitalier porte à la connaissance du Directeur Général de l'Agence régionale de santé toute modification des modalités d'organisation et de fonctionnement du centre intervenant postérieurement à l'habilitation. Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé apprécie si cette modification nécessite celle du présent arrêté et des documents contractuels relatifs à l'activité.

Article 5 : Le Directeur du Centre hospitalier fournit annuellement au Directeur Général de l'Agence régionale de santé un rapport d'activité et de performance selon un modèle fixé par l'arrêté ministériel du 1^{er} décembre 2010 susvisé.

Article 6 : Lorsque les modalités de fonctionnement d'un CLAT ne permettent plus de répondre aux obligations fixées aux articles D. 3112-7 et D. 3112-9 susvisés, le Directeur Général de l'Agence régionale de santé met en demeure l'établissement ou l'organisme habilité de s'y conformer dans le délai qu'il fixe. En cas d'urgence tenant à la sécurité des usagers, l'habilitation peut être suspendue. Si la mise en demeure n'est pas suivie d'effet dans le délai imparti, l'habilitation peut être retirée.

Article 7 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « télé recours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 : La Directrice de la santé publique est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera notifié à l'intéressé et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie et du département dans lequel il s'applique.

Fait à Montpellier, le 27 avril 2021

Le Directeur Général

Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
le Directeur Général Adjoint
Pierre RICORDEAU

Dr Jean-Jacques MORFOISSE

ARS OCCITANIE

R76-2021-04-27-00007

ARRÊTÉ n° 2021-1670 portant habilitation du
Centre Hospitalier de Cahors en qualité de
Centre de lutte antituberculeuse



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Service émetteur : Direction de la Santé Publique
Pôle Prévention Promotion de la Santé
Affaire suivie par : Anne-Marie FRECHE
Courriel : anne-marie.freche@ars.sante.fr
Téléphone : 05 34 30 24 32
Réf. : DSP/PPS/CC/PR/2021-043
Date : 27 avril 2021

Monsieur Pierre NOGRETTE
Directeur
Centre Hospitalier Jean Rougier
52 Place Bergon
BP 50269
46005 CAHORS Cedex

Objet : Habilitation du centre de lutte antituberculeuse (CLAT)

PJ : 1 arrêté

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer de l'habilitation de votre établissement en qualité de centre de lutte antituberculeuse pour une durée de trois ans.

Vous voudrez bien trouver ci-joint l'arrêté d'habilitation pour l'activité exercée par votre structure.

Mes services restent à votre disposition pour vous fournir les informations complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général

Pour le Directeur Général
l'Agence Régionale de Santé Occitanie
le Directeur Général
Pierre RICORDEAU

Dr Jean-Jacques MICHEL

ARRÊTÉ n° 2021-1670
portant habilitation du Centre Hospitalier de Cahors
en qualité de Centre de lutte antituberculeuse

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé Occitanie

- VU** le code de la santé publique et notamment les articles L. 3112-1 à L. 3112-3 et D. 3112-6 à D. 3112-10 ;
- VU** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
- VU** le décret n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie ;
- VU** le décret du 24 octobre 2018 portant nomination du Directeur Général de l'Agence régionale de santé Occitanie, M. Pierre RICORDEAU ;
- VU** le décret n° 2020-1466 du 27 novembre 2020 relatif aux centres de lutte contre la tuberculose ;
- VU** l'arrêté du 1^{er} décembre 2010 fixant le contenu du rapport d'activité et de performance en application de l'article D. 3112-9 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 27 novembre 2020 relatif aux centres de lutte contre la tuberculose ;
- VU** l'arrêté ARS du 22 décembre 2015 portant habilitation du Centre Hospitalier de Cahors en qualité de Centre de lutte antituberculeuse ;
- VU** l'arrêté ARS n° 2019-1899 prorogeant l'habilitation du CH de Cahors jusqu'au 30 juin 2020 ;
- VU** l'instruction n° DGS/SP2/2020/224 du 8 décembre 2020 relative à la mise en place de la réforme des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) ;

Considérant la demande présentée par l'établissement en date du 27 mars 2020 et du 19 avril 2021 pour l'habilitation en qualité de centre de lutte antituberculeuse ;

Considérant que l'établissement répond aux conditions fixées par les articles susvisés ;

ARRÊTE

Article 1 : Le Centre Hospitalier de Cahors est habilité en qualité de Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) pour trois ans.

La présente habilitation a pour objet de permettre d'exercer pour le compte de l'État, pour les usagers les activités suivantes :

- Les enquêtes autour d'un cas de tuberculose et le suivi ;
- Les dépistages ciblés de la tuberculose auprès des populations à risque ;
- Le suivi médical et la délivrance des médicaments nécessaires au traitement de la tuberculose et des infections tuberculeuses latentes des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, de façon gratuite ;

- La contribution au suivi médical et médico-social des personnes traitées pour une tuberculose ou pour une infection tuberculeuse latente et participent à leur coordination jusqu'à l'issue de traitement ;
- La vaccination gratuite par le vaccin antituberculeux ;
- Les actions de prévention auprès des personnes prises en charge, en particulier l'aide au sevrage tabagique ;
- Un bilan préventif aux populations éloignées des systèmes de prévention et de soins et un accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ;
- La contribution, en collaboration avec l'Agence régionale de santé et l'Agence nationale de santé publique, à la surveillance de la tuberculose par la déclaration obligatoire des cas et la documentation des cas de tuberculose maladie et des issues de traitement et des cas d'infection tuberculeuse latente ;
- L'accueil, l'écoute, l'information le conseil et l'orientation des publics par des actions individuelles et collectives ;
- La promotion et la diffusion des informations et bonnes pratiques professionnelles auprès des professionnels de santé intéressés.

Article 2 : Le site principal du CLAT est implanté dans les locaux du Centre Hospitalier de Cahors, 52 Place Bergon – 46005 CAHORS Cedex.

Le site principal dispose de deux antennes sises aux :

- Centre Hospitalier de Figeac, 33 rue des Maquisards – 46100 FIGEAC.
- Centre hospitalier de Gourdon, l'Oustal, Avenue Cavaignac – GOURDON.

Article 3 : Les modalités de fonctionnement et de financement de l'activité sont fixées par voie contractuelle entre le Directeur Général de l'Agence régionale de santé et le Directeur du Centre hospitalier, pour la durée de l'habilitation.

Article 4 : Le Directeur du Centre hospitalier porte à la connaissance du Directeur Général de l'Agence régionale de santé toute modification des modalités d'organisation et de fonctionnement du centre intervenant postérieurement à l'habilitation. Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé apprécie si cette modification nécessite celle du présent arrêté et des documents contractuels relatifs à l'activité.

Article 5 : Le Directeur du Centre hospitalier fournit annuellement au Directeur Général de l'Agence régionale de santé un rapport d'activité et de performance selon un modèle fixé par l'arrêté ministériel du 1^{er} décembre 2010 susvisé.

Article 6 : Lorsque les modalités de fonctionnement d'un CLAT ne permettent plus de répondre aux obligations fixées aux articles D. 3112-7 et D. 3112-9 susvisés, le Directeur Général de l'Agence régionale de santé met en demeure l'établissement ou l'organisme habilité de s'y conformer dans le délai qu'il fixe. En cas d'urgence tenant à la sécurité des usagers, l'habilitation peut être suspendue.

Si la mise en demeure n'est pas suivie d'effet dans le délai imparti, l'habilitation peut être retirée.

Article 7 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « télé recours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 : La Directrice de la santé publique est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera notifié à l'intéressé et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie et du département dans lequel il s'applique.

Fait à Montpellier, le 27 avril 2021

Le Directeur Général

Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
le Directeur Général Adjoint
Pierre RICORDEAU

Dr Jean-Jacques MORFOISSE

2

ARS OCCITANIE

R76-2021-04-27-00009

ARRÊTÉ n° 2021-1673 portant habilitation du
Centre Hospitalier de Perpignan en qualité de
Centre de lutte antituberculeuse



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Service émetteur : Direction de la Santé Publique
Pôle Prévention Promotion de la Santé
Affaire suivie par : Anne-Marie FRECHE
Courriel : anne-marie.freche@ars.sante.fr
Téléphone : 05 34 30 24 32
Réf. : DSP/PPS/CC/PR/2021-046
Date : 27 avril 2021

Monsieur Barthélémy MAYOL
Directeur
Centre Hospitalier de Perpignan
20 Avenue du Languedoc
BP 49954
66046 PERPIGNAN Cedex 9

Objet : Habilitation du centre de lutte antituberculeuse (CLAT)

PJ : 1 arrêté

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer de l'habilitation de votre établissement en qualité de centre de lutte antituberculeuse pour une durée de trois ans.

Vous voudrez bien trouver ci-joint l'arrêté d'habilitation pour l'activité exercée par votre structure.

Mes services restent à votre disposition pour vous fournir les informations complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général

Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
le Directeur Général Adjoint

Pierre RICORDEAU

Dr Jean-Jacques MURFOISSE

ARRÊTÉ n° 2021-1673
portant habilitation du Centre Hospitalier de Perpignan
en qualité de Centre de lutte antituberculeuse

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé Occitanie

- VU** le code de la santé publique et notamment les articles L. 3112-1 à L. 3112-3 et D. 3112-6 à D. 3112-10 ;
- VU** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
- VU** le décret n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie ;
- VU** le décret du 24 octobre 2018 portant nomination du Directeur Général de l'Agence régionale de santé Occitanie, M. Pierre RICORDEAU ;
- VU** le décret n° 2020-1466 du 27 novembre 2020 relatif aux centres de lutte contre la tuberculose ;
- VU** l'arrêté du 1^{er} décembre 2010 fixant le contenu du rapport d'activité et de performance en application de l'article D. 3112-9 du code de la santé publique ;
- VU** l'arrêté du 27 novembre 2020 relatif aux centres de lutte contre la tuberculose ;
- VU** l'arrêté ARS du 24 avril 2017 portant habilitation du Centre Hospitalier de Perpignan en qualité de Centre de lutte antituberculeuse ;
- VU** l'instruction n° DGS/SP2/2020/224 du 8 décembre 2020 relative à la mise en place de la réforme des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) ;

Considérant la demande présentée par l'établissement en date du 6 juillet 2020 et du 21 janvier 2021 pour l'habilitation en qualité de centre de lutte antituberculeuse ;

Considérant que l'établissement répond aux conditions fixées par les articles susvisés ;

ARRÊTE

Article 1 : Le Centre Hospitalier de Perpignan est habilité en qualité de Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) pour trois ans.

La présente habilitation a pour objet de permettre d'exercer pour le compte de l'État, pour les usagers les activités suivantes :

- Les enquêtes autour d'un cas de tuberculose et le suivi ;
- Les dépistages ciblés de la tuberculose auprès des populations à risque ;
- Le suivi médical et la délivrance des médicaments nécessaires au traitement de la tuberculose et des infections tuberculeuses latentes des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, de façon gratuite ;
- La contribution au suivi médical et médico-social des personnes traitées pour une tuberculose ou pour une infection tuberculeuse latente et participent à leur coordination jusqu'à l'issue de traitement ;

- La vaccination gratuite par le vaccin antituberculeux ;
- Les actions de prévention auprès des personnes prises en charge, en particulier l'aide au sevrage tabagique ;
- Un bilan préventif aux populations éloignées des systèmes de prévention et de soins et un accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ;
- La contribution, en collaboration avec l'Agence régionale de santé et l'Agence nationale de santé publique, à la surveillance de la tuberculose par la déclaration obligatoire des cas et la documentation des cas de tuberculose maladie et des issues de traitement et des cas d'Infection tuberculeuse latente ;
- L'accueil, l'écoute, l'information le conseil et l'orientation des publics par des actions individuelles et collectives ;
- La promotion et la diffusion des informations et bonnes pratiques professionnelles auprès des professionnels de santé intéressés.

Article 2 : Le site principal du CLAT est implanté dans les locaux du Centre Hospitalier de Perpignan, 20 avenue du Languedoc – 66046 PERPIGNAN Cedex 9.

Article 3 : Les modalités de fonctionnement et de financement de l'activité sont fixées par voie contractuelle entre le Directeur Général de l'Agence régionale de santé et le Directeur du Centre hospitalier, pour la durée de l'habilitation.

Article 4 : Le Directeur du Centre hospitalier porte à la connaissance du Directeur Général de l'Agence régionale de santé toute modification des modalités d'organisation et de fonctionnement du centre intervenant postérieurement à l'habilitation. Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé apprécie si cette modification nécessite celle du présent arrêté et des documents contractuels relatifs à l'activité.

Article 5 : Le Directeur du Centre hospitalier fournit annuellement au Directeur Général de l'Agence régionale de santé un rapport d'activité et de performance selon un modèle fixé par l'arrêté ministériel du 1^{er} décembre 2010 susvisé.

Article 6 : Lorsque les modalités de fonctionnement d'un CLAT ne permettent plus de répondre aux obligations fixées aux articles D. 3112-7 et D. 3112-9 susvisés, le Directeur Général de l'Agence régionale de santé met en demeure l'établissement ou l'organisme habilité de s'y conformer dans le délai qu'il fixe. En cas d'urgence tenant à la sécurité des usagers, l'habilitation peut être suspendue. Si la mise en demeure n'est pas suivie d'effet dans le délai imparti, l'habilitation peut être retirée.

Article 7 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « télé recours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 : La Directrice de la santé publique est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera notifié à l'intéressé et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie et du département dans lequel il s'applique.

Fait à Montpellier, le 27 avril 2021

Le Directeur Général

Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
le Directeur Général Adjoint
Pierre RICORDEAU

Dr Jean-Jacques MORFOISSE

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00033

Arrêté N°2021-74 HAD ADENE Nimes MIGAC
2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 74

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à l'HAD ADENE à Nîmes,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'ADENE Hospitalisation à domicile à Montpellier pour l'HAD ADENE à Nîmes,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 340027937

EG FINESS : 300012309

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de l'HAD ADENE à Nîmes est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **21 795 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **32 059,49 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **32 059,49 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**

Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre l'ADENE Hospitalisation à domicile à Montpellier et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

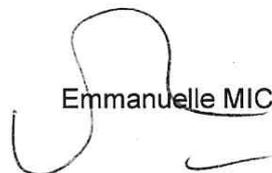
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00034

Arrêté N°2021-75 ADENE Alès MIGAC 2020



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 75

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à l'HAD ADENE à Alès,

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'ADENE Hospitalisation à domicile à Montpellier pour l'HAD ADENE à Alès,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 340027937

EG FINESS : 300013745

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de l'HAD ADENE à Alès est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **16 062 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **21 749,96 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **21 749,96 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**

Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre l'ADENE Hospitalisation à domicile à Montpellier et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

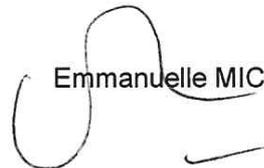
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00035

Arrêté N°2021-76 HAD 3G Santé à Nimes MIGAC
2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 76

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à l'HAD 3G Santé à Nîmes,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SARL 3G Santé à Nîmes pour l'HAD 3G Santé à Nîmes,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 300013760

EG FINESS : 300013778

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de l'HAD 3G Santé à Nîmes est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **30 235 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **108 885,29 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **108 885,29 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**

Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SARL 3G Santé à Nîmes et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

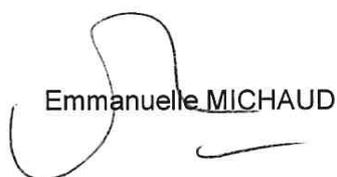
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00036

Arrêté N°2021-77 GCS SSR Gard Rhodanien
MIGAC 2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 77

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à le GCS SSR Gard Rhodanien,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et le GCS Centre de Rééducation Gard Rhodanien à Bagnols sur Cèze pour le GCS SSR Gard Rhodanien,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 300014024

EG FINESS : 300014040

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de le GCS SSR Gard Rhodanien est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de SSR : **26 570 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0,00 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **0,00 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **208 800 €** dont :

Missions d'intérêt général : **6 065 €**

Aides à la contractualisation : **202 735 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 6 065 € (hors crédits non reconductibles), soit 505 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre le GCS Centre de Rééducation Gard Rhodanien à Bagnols sur Cèze et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

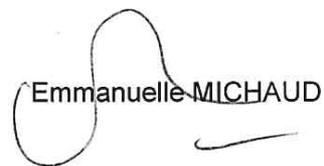
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00037

Arrêté N°2021-78 Centre Médical Egregore
Audavie MIGAC 2020



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 78

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à le Centre Médical de l'Egrégore Audavie,

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la Fondation Audavie pour le Centre Médical de l'Egrégore Audavie,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 380804542

EG FINESS : 300017423

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de le Centre Médical de l'Egrégore Audavie est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :
pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de SSR : **22 893 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0,00 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **0,00 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **371 629 €** dont :

Missions d'intérêt général : **6 667 €**

Aides à la contractualisation : **364 962 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 6 667 € (hors crédits non reconductibles), soit 556 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la Fondation Audavie et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

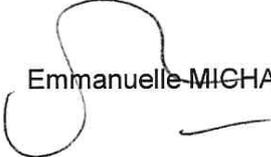
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00038

Arrêté N°2021-79 AIDER Santé Centre GCS
PAAC Alès 2 MIGAC 2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 79

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à AIDER Santé Centre GCS PAAC Alès 2,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'association AIDER Santé pour AIDER Santé Centre GCS PAAC Alès 2,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 340000264

EG FINESS : 300017431

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de AIDER Santé Centre GCS PAAC Alès 2 est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **25 303 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **40 261,00 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **40 261,00 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**

Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre l'association AIDER Santé et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00039

Arrêté N°2021-80 Kernal Institut de
Cancérologie du Gard MIGAC 2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 80

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à Kenva Institut de Cancérologie du Gard,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Kenval à Nîmes pour Kenval Institut de Cancérologie du Gard,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 300000726
EG FINESS : 300017209

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de Kenval Institut de Cancérologie du Gard est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **30 597 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **118 477,04 €** dont :

Missions d'intérêt général : **44 266,00 €**
Aides à la contractualisation : **74 211,04 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**
Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de **44 266 €** (hors crédits non reconductibles), soit **3 689 €**

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de **0 €** (hors crédits non reconductibles), soit **0 €**

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Kenval à Nîmes et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

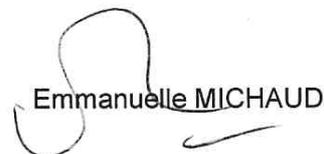
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00040

Arrêté N°2021-81 Clinique ambulatoire de la
Cèze MIGAC 2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 81

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à la Clinique Ambulatoire de la Cèze,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique Ambulatoire de la Cèze pour la Clinique Ambulatoire de la Cèze,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 300000155

EG FINESS : 300017498

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de la Clinique Ambulatoire de la Cèze est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **15 672 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **344 604,55 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **344 604,55 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**

Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique Ambulatoire de la Cèze et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00041

Arrêté N°2021-82 la Nouvelle Clinique Bonnefon
MIGAC 2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 82

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à la Nouvelle Clinique Bonnefon,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Nouvelle Clinique Bonnefon à Boulogne Billancourt pour la Nouvelle Clinique Bonnefon,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 920028396

EG FINESS : 300780137

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de la Nouvelle Clinique Bonnefon est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences : **481 299 €**

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **175 640 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **941 549,77 €** dont :

Missions d'intérêt général : **77 151,00 €**

Aides à la contractualisation : **864 398,77 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**

Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences (FAU) égal à un douzième de **481 299 €**, soit **40 108 €**

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de **87 732 €** (hors crédits non reconductibles), soit **7 311 €**

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de **0 €** (hors crédits non reconductibles), soit **0 €**

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Nouvelle Clinique Bonnefon à Boulogne Billancourt et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00042

Arrêté N°2021-83 Nouvel Hopital Privé les
Franciscaines MIGAC 2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 83

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à le Nouvel Hôpital Privé les Franciscaines,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Nouvel Hôpital Privé les Franciscaines à Boulogne Billancourt pour le Nouvel Hôpital Privé les Franciscaines,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 920029527
EG FINESS : 300780152

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de le Nouvel Hôpital Privé les Franciscaines est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **272 576 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **1 519 084,68 €** dont :

Missions d'intérêt général : **194 839,00 €**
Aides à la contractualisation : **1 324 245,68 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**
Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de **194 839 €** (hors crédits non reconductibles), soit **16 237 €**

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de **0 €** (hors crédits non reconductibles), soit **0 €**

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Nouvel Hôpital Privé les Franciscaines à Boulogne Billancourt et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

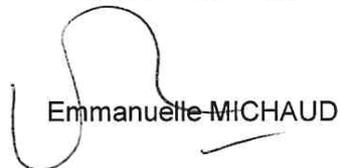
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00043

Arrêté N°2021-84 Clinique Valdegour MIGAC
2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 84

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à la Clinique Valdegour,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Kernal pour la Clinique Valdegour,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 300000726

EG FINESS : 300780285

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de la Clinique Valdegour est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de SSR : **62 813 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0,00 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **0,00 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **446 139 €** dont :

Missions d'intérêt général : **15 207 €**

Aides à la contractualisation : **430 932 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 15 207 € (hors crédits non reductibles), soit 1 267 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Kenval et l'Agence Régionale de Santé Occitanie. Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

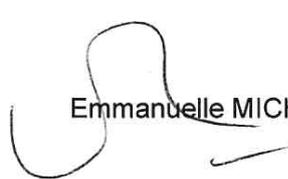
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00044

Arrêté N°2021-85 CSSR les Chataigniers MIGAC
2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 85

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à le CSSR les Châtaigniers,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS les Châtaigniers pour le CSSR les Châtaigniers,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 300017464

EG FINESS : 300780442

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de le CSSR les Châtaigniers est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de SSR : **18 969 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0,00 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **0,00 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **136 189 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**

Aides à la contractualisation : **136 189 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS les Châtaigniers et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

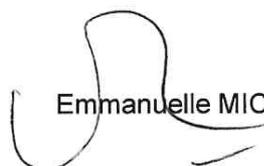
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00045

Arrêté N°2021-86 Clinique les Oliviers MIGAC
2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 86

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à la Clinique les Oliviers,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Clinique les Oliviers pour la Clinique les Oliviers,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 340016963

EG FINESS : 300780491

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de la Clinique les Oliviers est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de SSR : **33 593 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0,00 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **0,00 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **245 781 €** dont :

Missions d'intérêt général : **25 431 €**

Aides à la contractualisation : **220 350 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 25 431 € (hors crédits non reconductibles), soit 2 119 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Clinique les Oliviers et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

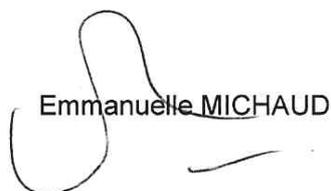
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00046

Arrêté N°2021-87 La maison de Convalescence
Domaine du Cros MIGAC 2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 87

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à la Maison de Convalescence
Domaine du Cros,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé
et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des
établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de
soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de
directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des
produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7
du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la
dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux
établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des
activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au
financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements
de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de
suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du
code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SARL Société d'Exploitation du Cros pour la Maison de Convalescence Domaine du Cros,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 300000700

EG FINESS : 300781440

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de la Maison de Convalescence Domaine du Cros est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de SSR : **16 680 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0,00 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **0,00 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **260 184 €** dont :

Missions d'intérêt général : **596 €**

Aides à la contractualisation : **259 588 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 596 € (hors crédits non reconductibles), soit 50 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SARL Société d'Exploitation du Cros et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00047

Arrêté N°2021-88 Polyclinique Kennedy MIGAC
2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 88

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à la Polyclinique Kennedy,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Kenval à Nîmes pour la Polyclinique Kennedy,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 300000726
EG FINESS : 300781465

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de la Polyclinique Kennedy est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **100 658 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **593 689,66 €** dont :

Missions d'intérêt général : **65 693,00 €**
Aides à la contractualisation : **527 996,66 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**
Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de **65 693 €** (hors crédits non reconductibles), soit **5 474 €**

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de **0 €** (hors crédits non reconductibles), soit **0 €**

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Kenval à Nîmes et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

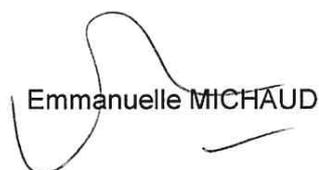
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00048

Arrêté N°2021-89 UAD UDM de Nimes MIGAC
2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 89

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à l'UAD UDM de Nîmes,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'association AIDER Santé pour l'UAD UDM de Nîmes,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 340000264

EG FINESS : 300787421

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de l'UAD UDM de Nîmes est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **42 092 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **61 022,00 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0,00 €**

Aides à la contractualisation : **61 022,00 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**

Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de 0 € (hors crédits non reconductibles), soit 0 €

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre l'association AIDER Santé et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

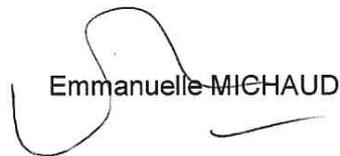
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-01-07-00049

Arrêté N°2021-90 polyclinique Grand Sud MIGAC
2020

ARRETE ARS OCCITANIE /2021 - 90

Fixant les recettes d'assurance maladie MIGAC (hors FIR) pour 2020 à la Polyclinique Grand Sud,

**LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
OCCITANIE**

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Vu l'ordonnance no 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale,

Vu le décret N°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu le décret du 24 octobre 2018 portant nomination de Mr Pierre RICORDEAU en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie,

Vu l'arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-8,

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile,

Vu l'arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique,

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif quantifié national psychiatrie mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 27 février 2020 portant détermination pour 2020 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-34-6 du même code,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 relatif aux modalités de calcul pour 2020 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation,

Vu l'arrêté du 4 mai 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au 2° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Vu l'arrêté du 23 décembre 2020 fixant pour l'année 2020 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code,

Vu la décision de la Commission européenne 9380 en date du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général,

Vu la décision ARS Occitanie N°2019-691 du 22 mars 2019 portant nomination de Monsieur Bertrand PRUDHOMMEAUX, en qualité de Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie,

Vu la décision ARS Occitanie N°2020-0036 du 10 janvier 2020 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et la SAS Nouvel Hôpital Privé les Franciscaines à Boulogne Billancourt pour la Polyclinique Grand Sud,

Considérant le rapport d'orientation budgétaire 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,

ARRETE

EJ FINESS : 920029527

EG FINESS : 300788502

Article 1 :

Le montant des ressources d'assurance maladie cumulées versées sous forme de dotation ou de forfait annuel de la Polyclinique Grand Sud est fixé pour l'année 2020, aux articles 2 et 3 :

Article 2 :

Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés comme suit :

pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences : **789 630 €**

pour le forfait annuel IFAQ pour les activités de MCO, Dialyse et HAD : **276 127 €**

Article 3 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **1 763 309,74 €** dont :

Missions d'intérêt général : **183 532,00 €**

Aides à la contractualisation : **1 579 777,74 €**

Article 4 :

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation pour les activités de Soins de Suite et Réadaptation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à **0 €** dont :

Missions d'intérêt général : **0 €**

Aides à la contractualisation : **0 €**

Article 5 :

A compter du 1er janvier 2021, dans l'attente de la fixation du montant des dotations et forfaits pour l'année 2021, des acomptes mensuels seront versés à l'établissement dans les conditions suivantes :

Base de calcul pour le forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences (FAU) égal à un douzième de **789 630 €**, soit **65 803 €**

Base de calcul pour les dotations MIGAC MCO égal à un douzième de **197 532 €** (hors crédits non reconductibles), soit **16 461 €**

Base de calcul pour les dotations MIGAC SSR égal à un douzième de **0 €** (hors crédits non reconductibles), soit **0 €**

Article 6 :

Les conditions d'exécution et les objectifs des dotations visées ci-dessus sont définis dans le cadre du contrat pluriannuel conclu entre la SAS Nouvel Hôpital Privé les Franciscaines à Boulogne Billancourt et l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Le versement des dotations citées aux articles ci-dessus est effectué par la Caisse Pivot de l'établissement.

Article 7 :

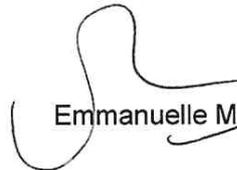
Le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans un délai franc d'un mois, conformément à l'article R 351-15 du code de l'Action sociale et des Familles, à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes. Le Tribunal Administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 8 :

La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins et de l'Autonomie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région et notifié pour mise en œuvre, aux caisses prestataires.

Montpellier, le 7 janvier 2021

Pour le Directeur Général
Et par délégation
La Directrice-Adjointe de l'Offre de Soins
et de l'Autonomie


Emmanuelle MICHAUD

ARS OCCITANIE

R76-2021-04-30-00058

DECISION PORTANT MODIFICATION DE LA
DECISION 2019/4229 DE DESIGNATION DES
REPRESENTANTS DES USAGERS à la
COMMISSION DES USAGERS (CDU) de l HAD
HOME SANTE 34 FINESS 340017847

Le Directeur Général

Décision ARS Occitanie/ 2021 -

1690

DECISION PORTANT MODIFICATION DE LA DECISION 2019/4229 DE DESIGNATION DES
REPRESENTANTS DES USAGERS

à la COMMISSION DES USAGERS (CDU)
de l'HAD HOME SANTE 34
FINESS 340017847

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

- Vu** la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Vu** le Code de la Santé Publique et notamment les articles L1112-3 et L1114-1, ainsi que les articles R1112-79 à R1112-94 ;
- Vu** le Décret 2016/726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé ;
- Vu** le Décret du 24 octobre 2018 portant nomination du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie – M. RICORDEAU (Pierre) à compter du 05 novembre 2018 ;
- Vu** la décision ARS Occitanie 2018-3753 du 05 novembre 2018 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie à Monsieur Philippe MERRICHELLI, Directeur des droits des usagers et des affaires juridiques ;
- Vu** la décision 2019/4229 du 03 décembre 2019 portant désignation des représentants des usagers à la Commission Des Usagers de l'HAD Home Santé 34 (FINESS 340017847) ;

Considérant, que le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé désigne les représentants des usagers et leurs suppléants parmi les personnes proposées par les associations agréées conformément à l'article R.1112-83 du code de la santé publique (alinéa 1) ;

Considérant, les propositions des associations d'usagers du système de santé citées, ci-dessous, agréées au titre de l'article L. 1114-1 du Code de la Santé Publique :

- Association François Aupetit (AFA) agréée sous le numéro N2016RN0112
- Fédération des associations JALMALV agréée sous le numéro N2016RN0166
- Association La Ligue contre le Cancer agréée sous le numéro N2016RN0084
- Union départementale des associations familiales (UDAF) N2016RN0001

Agence Régionale de Santé Occitanie

26-28 Parc-Club du Millénaire

1 025, rue Henri Becquerel - CS 30001

34067 MONTPELLIER CEDEX 2 - Tél : 04 67 07 20 07

www.occitanie.ars.sante.fr



Tous mobilisés pour la santé
occitanie 16 millions de personnes en Occitanie
SANTÉ 2022
www.prs.occitanie-sante.fr

DECIDE

Article 1^{er} : L'article 1^{er} portant désignation des représentants des usagers au sein de la Commission Des Usagers de l'HAD Home Santé 34 est modifié comme suit :

- En qualité de représentant des usagers titulaire (s) :

Annie-Claude LERICHE Association François Aupetit (AFA)

Philippe BARTHEZ Fédération des associations JALMALV

- En qualité de représentant des usagers suppléant(s) :

Bernard SAINT-AUBERT Association La Ligue contre le Cancer

Jean GUILLOU Union départementale des associations familiales (UDAF)

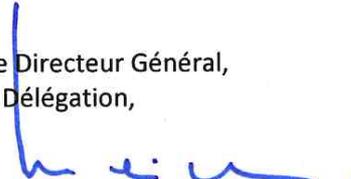
Article 2 : Le terme du mandat des Représentants des Usagers demeure inchangé.
Il est fixé au 03 décembre 2022.

Article 3 : Cette décision peut faire l'objet, dans les deux mois de sa notification ou de sa publication pour les tiers intéressés, d'un recours hiérarchique devant la Ministre des Solidarités et de la Santé. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux, qui peut être formé devant le tribunal administratif territorialement compétent dans la même condition de délai (le tribunal administratif peut notamment être saisi par l'application informatique « télérécurse citoyens » accessible via le site Internet « www.telerecours.fr »).

Article 4 : Le Directeur des Droits des Usagers et des Affaires Juridiques de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution de la présente décision.

Fait à Montpellier, le **30 AVR. 2021**

Pour le Directeur Général,
Et par Délégation,



Philippe MERRICHELLI
Directeur des Droits des Usagers et des
Affaires Juridiques

ARS OCCITANIE

R76-2021-04-30-00059

DECISION PORTANT MODIFICATION DE LA
DECISION 2020/2437 DE DESIGNATION DES
REPRESENTANTS DES USAGERS à la
COMMISSION DES USAGERS (CDU) du Centre
Hospitalier de Nogaro FINESS 320780208

Le Directeur Général

Décision ARS Occitanie/ 2021 - 1691

**DECISION PORTANT MODIFICATION DE LA DECISION 2020/2437 DE DESIGNATION DES
REPRESENTANTS DES USAGERS**

**à la COMMISSION DES USAGERS (CDU)
du Centre Hospitalier de Nogaro
FINESS 320780208**

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

- Vu** la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Vu** le Code de la Santé Publique et notamment les articles L1112-3 et L1114-1, ainsi que les articles R1112-79 à R1112-94 ;
- Vu** le Décret 2016/726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé ;
- Vu** le Décret du 24 octobre 2018 portant nomination du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie – M. RICORDEAU (Pierre) à compter du 05 novembre 2018 ;
- Vu** la décision ARS Occitanie 2018-3753 du 05 novembre 2018 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie à Monsieur Philippe MERRICHELLI, Directeur des droits des usagers et des affaires juridiques ;
- Vu** la décision 2020-2437 du 17 juillet 2020 portant désignation des représentants des usagers à la Commission Des Usagers du Centre Hospitalier de Nogaro (FINESS 320780208) ;

Considérant, que le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé désigne les représentants des usagers et leurs suppléants parmi les personnes proposées par les associations agréées conformément à l'article R.1112-83 du code de la santé publique (alinéa 1) ;

Considérant, les propositions des associations d'usagers du système de santé citées, ci-dessous, agréées au titre de l'article L. 1114-1 du Code de la Santé Publique :

- Association des paralysés de France (APF) France Handicap agréée sous le numéro N2016RN0018
- Fédération française pour le don de sang bénévole agréée sous le numéro N2020AG0011

DECIDE

Article 1^{er} : L'article 1^{er} portant désignation des représentants des usagers au sein de la Commission Des Usagers du Centre Hospitalier de Nogaro est modifié comme suit :

- En qualité de représentant des usagers titulaire (s) :

Yves IMBERT Association des paralysés de France (APF) France Handicap

Rolande DELORD Fédération française pour le don de sang bénévole

- En qualité de représentant des usagers suppléant(s):

SUPPLEANT 1 « Un poste à désigner »

SUPPLEANT 2 « Un poste à désigner »

Article 2 : Le terme du mandat des Représentants des Usagers demeure inchangé.
Il est fixé au 03 décembre 2022.

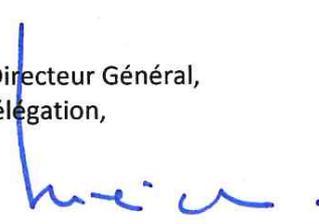
Article 3 : Cette décision peut faire l'objet, dans les deux mois de sa notification ou de sa publication pour les tiers intéressés, d'un recours hiérarchique devant la Ministre des Solidarités et de la Santé. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux, qui peut être formé devant le tribunal administratif territorialement compétent dans la même condition de délai (le tribunal administratif peut notamment être saisi par l'application informatique « télérecours citoyens » accessible via le site Internet « www.telerecours.fr »).

Article 4 : Le Directeur des Droits des Usagers et des Affaires Juridiques de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution de la présente décision.

30 AVR. 2021

Fait à Montpellier, le

Pour le Directeur Général,
Et par Délégation,


Philippe MERRICHELLI
Directeur des Droits des Usagers et des
Affaires Juridiques

DRAC OCCITANIE

R76-2021-05-03-00002

Arrêté préfectoral du 3 mai 2021 portant
inscription au titre des monuments historiques
de la chapelle et de la cour Sainte-Anne à
Toulouse



**Arrêté préfectoral du – 3 MAI 2021
portant inscription au titre des monuments historiques de la chapelle et de la cour Sainte-Anne
à TOULOUSE (Haute-Garonne)**

Le Préfet de la région Occitanie,
préfet de la Haute-Garonne,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'ordre national du Mérite

- Vu le code du patrimoine, livre VI, titres 1 et 2 ;
- 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 l'avis de la commission régionale du patrimoine et de l'architecture de la région Occitanie en date du 2 février 2021 ;
- Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

CONSIDÉRANT que la chapelle et la cour Sainte-Anne présentent au point de vue de l'histoire de l'art et de l'architecture un intérêt suffisant pour en rendre désirable la préservation en raison de l'importance du site pour l'histoire de la cathédrale et du quartier canonial, de la découverte de vestiges archéologiques significatifs du grand cloître et de l'ancienne église Saint-Jacques ainsi que de la qualité architecturale de la chapelle, au néoclassicisme dépouillé, œuvre de l'architecte toulousain Jean-Pierre Laffon (1787-1865).

Arrête :

Art. 1^{er} : sont inscrits en totalité au titre des monuments historiques – tel que délimité en rouge sur le plan annexé au présent arrêté – la chapelle et la cour Sainte-Anne, sises au n° 18, rue Sainte-Anne à TOULOUSE (Haute-Garonne) ainsi que le sol et le sous-sol des parcelles 9, 395 et 396, section 815 AC, à l'exclusion des salles paroissiales.

La chapelle et la cour appartiennent à la commune de TOULOUSE, n° SIREN 213 105 554, depuis une date antérieure au 1^{er} janvier 1956.

Art. 2 : Le présent arrêté sera notifié au propriétaire, maire de la commune concernée, et, le cas échéant, à l'autorité compétente en matière de plan local d'urbanisme.

Art. 3 : Le secrétaire général pour les affaires régionales et le directeur régional des affaires culturelles sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au fichier immobilier de la situation de l'immeuble inscrit et au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le – 3 MAI 2021

Etienne GUYOT

DREETS OCCITANIE

R76-2021-05-03-00003

Subdélégation de signature de Christophe
Lerouge, Directeur régional économie emploi
travail solidarités Occitanie pour les
compétences générales ordonnancement
secondaire délégué et commande publique



Décision portant subdélégation de signature de Christophe LEROUGE,
directeur régional de l'économie, de l'emploi du travail et des solidarités Occitanie
Compétences générales, d'ordonnancement secondaire délégué, commande publique

Le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités Occitanie

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du commerce ;

Vu le code de la consommation ;

Vu le code de la construction et de l'habitat ;

Vu le code de la commande publique ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

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

Vu la loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 modifiée portant création et organisation des régions, notamment son article 21-1 ;

Vu le décret n° 99-89 du 8 février 1999 pris pour l'application de l'article 3 du décret n° 98-81 du 11 février 1998 modifiant la loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968 relative à la prescription des créances sur l'État, les départements, les communes et les établissements publics et relatif aux décisions prises par l'État en matière de prescription quadriennale ;

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 départements ;

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

Vu le décret n°2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives ;

Vu le décret n°2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics ;

Vu le décret n° 2020-1545 du 9 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations ;

Vu le décret en conseil des ministres du 24 octobre 2018 portant nomination de M. Étienne Guyot préfet de la région Occitanie, préfet de la Haute-Garonne ;

Vu le décret n°2019-1383 du 18 décembre 2019 relatif à la déconcentration de décisions administratives individuelles dans le domaine des affaires sociales et de la santé ;

Vu l'arrêté du 11 janvier 2010 portant règlement de comptabilité du ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et du ministère de la santé et des sports pour la désignation d'un ordonnateur secondaire délégué ;

Vu l'arrêté interministériel du 11 janvier 2010 portant règlement de comptabilité du ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et du ministre de la santé et des sports ;

Vu l'arrêté interministériel du 29 décembre 2016 portant déconcentration des actes relatifs à la situation individuelle des agents publics exerçant leurs fonctions dans les services déconcentrés des administrations civiles de l'État au sens de l'article 15 du 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 département ;

Vu l'arrêté interministériel du 29 décembre 2016 fixant la liste des actes relatifs à la situation individuelle des agents publics exerçant leurs fonctions dans les services déconcentrés des administrations civiles de l'État pour lesquels l'avis du responsable de service déconcentré sous l'autorité duquel sont placés ces personnels est requis préalablement à leur édicition ;

Vu l'arrêté ministériel du 12 avril 2018 relatif à la signature électronique dans la commande publique et abrogeant l'arrêté du 15 juin 2012 relatif à la signature électronique dans la commande publique ;

Vu l'arrêté interministériel du 25 mars 2021 portant nomination de M. Christophe LEROUGE sur l'emploi de directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;

Vu l'arrêté préfectoral du 29 mars 2021 portant organisation de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie ;

Vu l'arrêté préfectoral du 29 mars 2021 portant délégation de signature à M. Christophe LEROUGE, directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie sur les compétences générales, d'ordonnancement secondaire délégué et de commande publique ;

DECIDE

SECTION I COMPETENCE D'ADMINISTRATION GENERALE

Article 1 : subdélégation de signature est donnée, dans les conditions posées à l'arrêté préfectoral de délégation susvisé aux agents et fonctionnaires de la Dreets Occitanie désignés ci-après concernant les décisions, actes administratifs et correspondances relevant des attributions de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Occitanie dans les domaines suivants, chacun pour les compétences qui le concerne :

A) l'organisation et au fonctionnement de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS). Cette disposition est soumise au visa préalable du délégant, dans le cas où la structure de l'unité est modifiée ou dans le cas où les répartitions des effectifs entre les missions au sein de l'unité sont modifiées.

Yannick AUPETIT, directeur régional délégué, responsable du secrétariat général
Joël BONARIC, directeur régional adjoint responsable du pôle Concurrence, Consommation, Répression des fraudes et Métrologie
Paul GOSSARD, directeur régional adjoint responsable du pôle Politique du travail
Régis CORNUT, directeur régional adjoint responsable du pôle Cohésion sociale, formation, certification
Marie-Line SARZI, directrice de cabinet
Damienne VERGUIN, directrice régionale adjointe responsable du pôle Entreprises, Emploi, Economie

B) la gestion des congés des personnels placés sous son autorité en application des arrêtés du 29 décembre 2016 susvisés ;

Yannick AUPETIT, directeur régional délégué, responsable du secrétariat général
Joël BONARIC, directeur régional adjoint responsable du pôle Concurrence, Consommation, Répression des fraudes et Métrologie
Paul GOSSARD, directeur régional adjoint responsable du pôle Politique du travail
Régis CORNUT, directeur régional adjoint responsable du pôle Cohésion sociale, formation, certification
Marie-Line SARZI, directrice de cabinet
Damienne VERGUIN, directrice régionale adjointe responsable du pôle Entreprises, Emploi, Economie

C) l'exercice des missions de la DREETS telles que prévues par le décret n° 2020-1545 du 9 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations ;

Yannick AUPETIT, directeur régional délégué, responsable du secrétariat général
Joël BONARIC, directeur régional adjoint responsable du pôle Concurrence, Consommation, Répression des fraudes et Métrologie
Paul GOSSARD, directeur régional adjoint responsable du pôle Politique du travail
Régis CORNUT, directeur régional adjoint responsable du pôle Cohésion sociale, formation, certification
Marie-Line SARZI, directrice de cabinet
Damienne VERGUIN, directrice régionale adjointe responsable du pôle Entreprises, Emploi, Economie

D) l'activité d'agrément et de contrôle en matière de délivrance des titres professionnels

Damienne VERGUIN, directrice régionale adjointe responsable du pôle Entreprises, Emploi, Economie
Pierre LARRIEU, responsable du service régional de contrôle et des titres professionnels
Stéphane BONNAFOUS, responsable adjoint du service régional de contrôle et des titres professionnels

E) la gestion des personnels placés sous son autorité en application des arrêtés du 29 décembre 2016 susvisés ;

Yannick AUPETIT, directeur régional délégué, responsable du secrétariat général
Pascale PAUTROT, responsable du service Ressources humaines

F) les actes relatifs au contentieux administratif entrant dans le cadre des attributions relevant du code du travail

Yannick AUPETIT, directeur régional délégué, responsable du secrétariat général
Paul GOSSARD, directeur régional adjoint responsable du pôle Politique du travail
Damienne VERGUIN, directrice régionale adjointe responsable du pôle Entreprises, Emploi, Economie

Article 2 : en cas d'absence ou d'empêchement de Yannick AUPETIT, Joël BONARIC, Paul GOSSARD, Régis CORNUT, Marie-Line SARZI, Damienne VERGUIN, la subdélégation de signature sera exercée, dans la limite de leurs attributions, pour les décisions visées à l'article 1 § B et C, par :

Frédéric ALOY
Jean-Louis ANATOMORI
Benoit BINOT
Stéphane BONNAFOUS
Christine BRUNEAU
Michel CHABERT
Laurence COULON
Maryse DERAY
Marielle DHUNE
Philippe ESPEZEL
Anne-Marie GUIRAUD
Pierre LARRIEU
Patricia LAURET
Valérie LECHARDOY
Frédéric LECLERC
Cécile LE QUER
Catherine MERCIER
Mathias MONDAMERT
Virginie NEGRE
Pascale PAUTROT
Jean-Pierre ROCHETTE
Manuel RUSSIUS
Anne SADOULET
Charles TOSI
Vincent VACHE
Chefs de service, adjoints de chefs de service et chefs d'unité.

Article 3 : subdélégation de signature est donnée, dans les conditions posées à l'arrêté préfectoral de délégation susvisé aux agents et fonctionnaires de la Dreets Occitanie désignés ci-après, à effet de prendre les actes nécessaires à la conduite de la procédure budgétaire et à la tarification pour les établissements et services mentionnés aux 8°, 13°, 14° et 15° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) :

Yannick AUPETIT, directeur régional délégué, responsable du secrétariat général
Régis CORNUT, directeur régional adjoint responsable du pôle Cohésion sociale, formation, certification.

SECTION II
COMPETENCE DE RESPONSABLE DE BUDGET OPERATIONNEL DE PROGRAMME (BOP) DELEGUE
ET DE RESPONSABLE DE BOP

Article 4 : en cas d'absence ou d'empêchement de Christophe LEROUGE, la délégation de signature qui lui est conférée dans le cadre de l'article 5 de l'arrêté susvisé sera exercée par Yannick AUPETIT, directeur régional délégué, responsable du secrétariat général, et par Philippe ESPEZEL, responsable du service Finances, Fonctionnement, systèmes d'information, sur tous les BOP, et par Régis CORNUT, directeur régional adjoint responsable du pôle Cohésion sociale, Formation, Certification, et par Damienne VERGUIN, directrice régionale adjointe responsable du pôle Entreprises, Emploi, Economie, par les BOP dans la limite de leurs attributions.

SECTION III
COMPETENCE DE RESPONSABLE D'UNITE OPERATIONNELLE
ET DE RESPONSABLE DE CENTRES DE COUT
ORDONNANCEMENT SECONDAIRE DELEGUE

Article 5 : subdélégation de signature est donnée, en tant que responsable d'UO et responsable de centres de coût tels que prévus aux articles 6, 7 et 8 de l'arrêté susvisé, à effet de signer les actes relatifs aux opérations de dépenses et de recettes imputées sur tous les budgets opérationnels de programme à Yannick AUPETIT, directeur régional délégué, responsable du secrétariat général et à Philippe ESPEZEL, responsable du service Finances, Fonctionnement, systèmes d'information.

Article 6 : subdélégation de signature est donnée, en tant que responsable d'UO et responsable de centres de coût tels que prévus aux articles 6, 7 et 8 de l'arrêté susvisé, à effet de signer les actes relatifs aux opérations de dépenses et de recettes imputées sur les budgets opérationnels de programme suivants à :

- 102 « Accès et retour à l'emploi »
- 103 « Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi »
- 134 « développement des entreprises et régulations »
- 305 « Stratégies économiques »

Frédéric LECLERC, chef du service Emploi

Damienne VERGUIN, directrice régionale adjointe responsable du pôle Entreprises, Emploi, Economie

- 134 « développement des entreprises et régulations »
Joël BONARIC, directeur régional adjoint responsable du pôle Concurrence, Consommation, Répression des fraudes et Métrologie

- 111 « Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail »
Nathalie CAMPOURCY, cheffe du service réglementation et relations du travail, adjointe au chef de pôle Politique du travail

Paul GOSSARD, directeur régional adjoint responsable du pôle Politique du travail

- 147 « Politique de la ville »
- 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables »
- 304 « Inclusion sociale et protection des personnes »
- 364 « Plan de relance-Cohésion »

Régis CORNUT, directeur régional adjoint responsable du pôle Cohésion sociale, formation, certification.

- 155 « conception, gestion et évaluation des politiques de l'emploi et du travail »
- 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales »
- 354 « Administration territoriale de l'Etat » action 5 et action 6
- 349 « Fonds pour la transformation de l'action publique »
- 363 « Mise à niveau numérique de l'état, des territoires et des entreprises – modernisation des administrations régaliennes »

Hervé BABONNAUD, responsable d'unité Finances, Fonctionnement

Claude ROUZIER, chargé de mission

- Crédits relevant du Fonds européen désigné FSE et ceux rattachés au BOP 155 « assistance technique FSE » ;

Jean-Louis ANATOMORI, responsable du service FSE

Damienne VERGUIN, directrice régionale adjointe responsable du pôle Entreprises, Emploi, Economie

Article 7 : subdélégation de signature est donnée, à fin de validation finale des actes, de programmation, de gestion, du pilotage des restitutions de crédits sur les budgets opérationnels relevant des programmes suivants, à :

Agents	BOP 102	BOP 103	BOP 111	BOP 124	BOP 134	BOP 147	BOP 155	BOP 159	BOP 177	BOP 304	BOP 305	BOP 349	BOP 354	BOP 363	BOP 364	FSE
Gisèle ALRIC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Hervé BABONNAUD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Audrey BIGOT				X			X					X	X	X	X	
Céline COLIN						X										
Célia DEMBELE				X			X					X	X	X	X	
Boubacar DIALLO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Monia FOLLÉ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valérie GALAUP				X			X					X	X	X	X	
Sylvie GIL																X
Emmanuelle HYORDEY	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Géraldine MARQUET				X			X									
Bertrand MARTINEL				X			X									
Franck PAVAN				X			X					X	X	X	X	
Corinne POUGUE				X			X									
David RAYNAUD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Marie-Line SCARAVETTI				X			X					X	X	X	X	
Malika SINTES																X
Raymonde VIDAL				X			X									

Marie-Christine VIGUIER				X			X												
-------------------------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**SECTION IV
COMPETENCE DE POUVOIR ADJUDICATEUR**

Article 8 : Subdélégation de signature est donnée à Yannick AUPETIT et à Philippe ESPEZEL, à l'effet de signer les actes relatifs à la passation et à l'exécution de la commande publique dans les conditions fixées dans l'arrêté de délégation de signature préfectoral susvisé.

Article 9 : Le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités Occitanie est chargé de l'exécution de la présente décision publiée au recueil des actes de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le 3 mai 2021

Le directeur régional
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités
Occitanie



Christophe LEROUGE

RECTORAT

R76-2021-04-30-00073

Contrat de service entre le rectorat Sophie
BEJEAN et le centre de gestion financière DDFIP

CONTRAT DE SERVICE

entre

**Le Rectorat de la Région Académique Occitanie
(Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à
l'Engagement et aux Sports)**

et

**Le Centre de Gestion Financière bloc 3 placé auprès de la
Direction départementale des finances publiques de L'HÉRAULT**

Table des matières

Préambule : objectifs du contrat de service et organisation de la chaîne financière et comptable	4
Objectifs du contrat de service.....	4
Organisation de la chaîne financière et comptable	5
1. Les acteurs	6
1.1. Les services prescripteurs (SP)	6
1.2. Le centre de gestion financière	7
2. L'exécution des dépenses (MP3)	9
2.1. La gestion des tiers fournisseurs	9
2.1.1. Les acteurs concernés dans la gestion des tiers fournisseurs.....	9
2.1.2. Le processus de création de tiers fournisseurs.....	9
2.2. L'engagement de la dépense.....	10
2.2.1. L'expression du besoin	10
2.2.2. L'enregistrement de l'engagement :	10
2.2.3. La notification de l'engagement	12
2.2.4. La modification de l'engagement	12
2.3. La réalisation de la dépense	12
2.3.1. La vérification de l'exécution de l'engagement juridique.....	13
2.3.2. L'ordonnancement de la dépense	13
2.3.3. La liquidation et le traitement de la facture	14
2.3.4. La comptabilisation et la mise en paiement.....	15
2.4. Les dépenses particulières	16
2.4.1. Les achats effectués par carte achat	16
2.4.2. Les paiements de frais de déplacement avec Chorus DT	17
2.4.3. L'exécution des marchés	19
2.4.4. Les autres situations particulières.....	20
2.5. La finalisation des lignes de poste et la clôture des engagements juridiques.....	20

2.5.1. Les acteurs concernés par la finalisation et la clôture des engagements juridiques.....	20
2.5.2. Le processus pour la clôture des engagements juridiques.....	20
2.6. La gestion des écarts.....	20
2.6.1. Les acteurs de la gestion des écarts.....	20
2.6.2. Le processus de la gestion des écarts.....	21
2.7. La gestion des intérêts moratoires (IM).....	21
2.7.1. Les acteurs concernés par la gestion des intérêts moratoires.....	21
2.7.2. Le processus de gestion des intérêts moratoires.....	21
2.8. Les écritures correctives.....	21
2.8.1. Les acteurs concernés par les écritures correctives.....	21
2.8.2. Le processus des écritures correctives.....	21
2.9. Les pièces justificatives.....	22
2.9.1. La transmission des pièces justificatives.....	22
2.9.2. La conservation et l'archivage des pièces justificatives.....	22
3. Les restitutions et l'aide au pilotage (MP7).....	23
3.1. Les acteurs concernés par les restitutions et l'aide au pilotage.....	23
3.2. Le processus de restitution d'aide au pilotage.....	23
4. Le traitement des immobilisations (MP9).....	25
4.1. Les immobilisations : parc immobilier.....	25
4.1.1. Les acteurs concernés par les immobilisations.....	25
4.1.2. Le processus des immobilisations.....	25
4.2. Les immobilisations : hors parc immobilier.....	26
4.2.1. Les acteurs concernés par les immobilisations.....	26
4.2.2. Le processus des immobilisations.....	26
5. Les travaux de fin de gestion et les opérations de fin d'exercice (MP4).....	28
5.1. Les acteurs des travaux de fin de gestion et des opérations de fin d'exercice.....	28
5.2. Le processus des travaux de fin de gestion et les opérations de fin d'exercice.....	28
6. Le traitement des anomalies et des litiges.....	30
6.1. La définition des anomalies.....	30
6.2. Le règlement des litiges.....	30
7. La gouvernance.....	31
Annexe 1a : organigramme du CGF.....	33
Annexe 1b : organigramme des services prescripteurs.....	33
Annexe 2 : cas dérogatoires à l'envoi du bon de commande par le CGF.....	34
Annexe 3 : délais de validation de l'EJ et des abondements d'EJ.....	35
Annexe 4 : engagements réciproques en matière de délais de traitement.....	36
Annexe 5 : cas dérogatoires à l'envoi des factures au CGF.....	43
Annexe 6 : application des flux de gestion.....	44
Annexe 7 : fin de gestion et priorisation des paiements.....	46
Annexe 8 : modalités de gestion des écarts et seuils de tolérance.....	47
Annexe 9 : outils et applications métiers interfacées ministériels.....	48
Annexe 10: guide méthodologique sur les règles d'archivage.....	50
Annexe 11 : fiche procédure « La gestion des avoirs ».....	51
Annexe 12 : éléments relatifs au délai global de paiement.....	54
Annexe 13 : obligation de dématérialisation des factures et relation avec les fournisseurs.....	55

Préambule : objectifs du contrat de service et organisation de la chaîne financière et comptable

Objectifs du contrat de service

Le présent contrat de service précise l'organisation financière et comptable qui associe dans une démarche partagée, conforme à l'esprit de la LOLF, les services prescripteurs (SP) et le centre de gestion financière (CGF).

Ses objectifs sont :

- une visibilité accrue de la dépense publique par une plus grande maîtrise des flux ;
- la suppression des tâches redondantes et l'optimisation des points de contrôle autorisant ainsi le redéploiement des moyens sur les missions effectuées en amont par les services prescripteurs ;
- une simplification, une plus grande fluidité et une sécurisation des processus de la dépense ;
- une optimisation du délai de paiement ;
- un dialogue permanent entre les services prescripteurs et le centre de gestion financière ;
- une amélioration du pilotage et de l'optimisation des crédits sous l'autorité de l'ordonnateur ;
- une amélioration de la qualité des comptes par une responsabilisation et une professionnalisation renforcées des différents acteurs de la fonction comptable ;
- une relation améliorée avec les fournisseurs ; le CGF est l'interlocuteur privilégié des fournisseurs en matière de mise en paiement des factures (sans préjudice de la compétence des prescripteurs en matière de commande publique) ;
- un axe important du renforcement du contrôle interne budgétaire et comptable ;
- une amélioration de la valorisation du patrimoine de l'État.

Le contrat de service est signé par :

- le **Directeur départemental des finances publiques de l'Hérault**, sous l'autorité duquel est placé le centre de gestion financière du bloc 3,
- et la **Rectrice de la région académique Occitanie, Rectrice de l'académie de Montpellier** :

Organisation de la chaîne financière et comptable

Le contrat vise à préciser l'organisation du circuit de la dépense publique, associant dans une démarche partagée, conforme à l'esprit de la LOLF, les services prescripteurs et le CGF.

Chaque partie prenante au contrat de service doit contribuer à atteindre les objectifs précités ci - dessus :

Le contrat de service est organisé par processus/macro processus traités en mode CGF :

- ⑩ MP3 : exécution de la dépense ;
- ⑩ MP4 : traitement de fin de gestion et opérations de fin d'exercice ;
- ⑩ MP7 : restitutions, comptes rendus et tableaux de bord
- ⑩ MP9 : immobilisations.

1. Les acteurs

1.1. Les services prescripteurs (SP)

Les prescripteurs établissent leur programmation budgétaire et pilotent l'exécution budgétaire de leur budget opérationnel de programme (BOP) (autorisations d'engagement et crédits de paiement) tout au long de la gestion. Ils priorisent leurs demandes de paiement, en particulier en fin d'exercice, directement dans Chorus lorsqu'ils disposent du rôle de pilote des CP (via la transaction Chorus ZDEP19b) ou selon les modalités décrites en annexe n° 7 « la fin de gestion et la priorisation des paiements ». Le service prescripteur informe le CGF de la procédure de priorisation qu'il retient en amont de la fin de gestion.

Ils gardent toutes leurs prérogatives en matière de passation des marchés et de choix des fournisseurs (dans les conditions prévues par le code de la commande publique).

Les services prescripteurs sont à l'origine de l'écriture de comptabilité générale et de comptabilité budgétaire.

En amont des services prescripteurs, il existe les services pré-prescripteurs (SPP). Les SPP sont des services métiers, à l'origine de l'expression besoin. Dans la plupart des cas, ils ne disposent pas d'accès au Progiciel Chorus. Les SP traduisent les besoins des SPP dans Chorus Formulaire et sont les interlocuteurs uniques du Centre de Gestion Financière.

Les SP interviennent sur les étapes suivantes :

- décisions relatives aux dépenses ;
- choix des fournisseurs et passation des marchés publics ;

- demande de traduction au CGF des actes de dépense dans Chorus ;
- transmission des pièces justificatives ;
- réception de la commande ;
- constatation du service fait et, le cas échéant, certification du service fait dans le cas de la mise en œuvre du formulaire de certification en une étape ;
- travaux de fin de gestion (TFG) ;
- traitement des immobilisations ;
- échanges avec le fournisseur ;
- pilotage budgétaire ;
- restitutions et définition du niveau de service attendu.

Les actions que les services prescripteurs s'engagent à réaliser sont les suivantes :

- transmettre au CGF leurs organigrammes ;
- utiliser l'application PLACE pour la publication de tous les marchés (dès 40 000 € HT) ainsi que l'interface PLACE Chorus pour tout nouveau marché créé dans la plateforme de dématérialisation ;
- transmettre au CGF les actes de délégation/subdélégation d'ordonnancement comportant la liste des agents habilités à valider les actes dans Chorus Formulaires et les applications interfacées, et en assurer la mise à jour aussi souvent que nécessaire ;
- répondre dès que possible et conformément aux circuits de gestion aux demandes d'information ;
- veiller à la qualité budgétaire et comptable des informations inscrites dans leurs référentiels d'activité, transmises pour traitement au CGF ;
- informer le CGF de toute modification pouvant impacter les relations avec ses partenaires (fournisseurs et clients) ;
- définir et mettre en œuvre un plan de contrôle interne selon les orientations des ministères

Les SP s'engagent à respecter :

- ⑩ les circuits de gestion indiqués en annexe n° (en cours de rédaction)
- ⑩ les délais de traitement indiqués en annexe n°4

1.2. Le centre de gestion financière

Le CGF est créé dans le cadre de l'expérimentation de mutualisation des opérations des centres de services partagés et des services facturiers autorisée par l'article 37 du décret n° 2018-803 du 24 septembre 2018 modifiant le décret GBCP et autorisant diverses expérimentations.

Le CGF a pour objectif d'unifier la gestion des prestations financières au service de l'amont (entités qui expriment un besoin ou bénéficient de la prestation : les services prescripteurs) et de l'aval (fournisseurs).

Chaque service prescripteur a conclu une convention de délégation de gestion avec la DDFIP de l'Hérault pour confier à la nouvelle structure la réalisation des actes d'ordonnancement des opérations relevant de l'expérimentation.

Le CGF mutualise des tâches de l'ordonnateur et du comptable pour permettre :

- l'intervention d'un interlocuteur unique dans l'exécution des actes ;
- une optimisation des contrôles et du processus ;
- une simplification du processus ;
- une capitalisation accrue des échanges avec les services prescripteurs et une légitimité de conseil liée au cumul des compétences d'ordonnateur – par délégation – et de comptable.

Le CGF exerce des actes pour le compte de 24 services prescripteurs. Il constitue un point d'entrée unique des factures, sous l'autorité du comptable.

Il intervient dans Chorus sur l'ensemble des actes relatifs à l'exécution d'une dépense, de l'engagement juridique à la mise en paiement, sur la gestion des immobilisations, ainsi que les travaux de fin de gestion.

Les différentes tâches qui incombent au CGF sont les suivantes :

- saisie et validation des engagements juridique dans Chorus ;
- envoi des bons de commandes aux fournisseurs, sauf cas dérogatoires listés en annexe n°2 ;
- le cas échéant certification, annulation ou réduction du service fait ;
- réception et contrôle des factures ;
- rapprochement avec l'engagement juridique et le service fait ;
- traitement de la demande de paiement (création, validation, mise en paiement) ;
- contrôles de payeur et de caissier ;
- TFG : opérations d'inventaire, nettoyage des EJ et des SF et travaux de fin d'exercice (pilotage des recensements et apurement des charges à rattacher, provisions, engagement hors bilan, etc.) ;
- traitement des immobilisations ;
- gestion des intérêts moratoires ;
- saisie des écritures correctives ;
- pilotage : production de restitutions et tableaux de bords.

Les procédures que le CGF s'engage à réaliser sont les suivantes :

- ⑩ fournir ses coordonnées et son organigramme aux services prescripteurs. En cas d'actualisation de l'organigramme, le CGF s'engage à le communiquer aux prescripteurs, pour permettre aux agents d'identifier rapidement leurs interlocuteurs. L'organigramme figure en annexe n°1a ;

- ⑩ assurer un contrôle de la qualité des informations budgétaires et comptables enregistrées dans Chorus sur la base de l'ensemble des données transmises par le service prescripteur.

Le CGF s'engage à respecter :

- ⑩ les circuits de gestion indiqués en annexe n° (en cours de rédaction) ;
- ⑩ les délais de traitement indiqués en annexe n°4.

Par ailleurs, il revient au CGF d'affirmer qu'il est le point unique de réception des factures en lien avec les services prescripteurs, sauf cas dérogatoires listés à l'annexe n°2. Il conviendra de développer avec les fournisseurs de l'ensemble des services prescripteurs une communication privilégiée. Le CGF pourra prendre des mesures concourant au respect des modalités de transmission des factures (renvoi des factures incomplètes ou irrégulières aux fournisseurs, rejets des factures « papier » des fournisseurs ne respectant pas l'obligation de dématérialisation, etc).

Enfin, les articles 27 à 31 de la LOLF précisent le cadre général de la mise en œuvre du volet comptable de la loi organique en imposant en particulier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes de l'État. La tenue et l'établissement de ceux-ci sont assurés par les comptables publics chargés de veiller au respect des règles et procédures ainsi qu'à la sincérité des enregistrements comptables.

2. L'exécution des dépenses (MP3)

L'organisation du circuit de traitement de la dépense repose sur les processus / procédures suivantes, selon le périmètre défini à l'annexe n°(en cours de rédaction) :

- saisie de la demande d'expression de besoin et/ou de la demande d'achat via Chorus Formulaires par le service prescripteur, point de départ du processus ;
- enregistrement d'un engagement juridique dans le système d'information par le CGF, sur demande du service prescripteur ;
- service fait en deux étapes :
 - constatation du service fait par le service prescripteur
 - certification du service fait par le CGF
- service fait en une étape, la constatation par le service prescripteur au plus près de la livraison via Chorus Formulaires emporte la certification et vaut ordre de payer donné au comptable ;

En revanche, les ajustements ou les annulations de services faits sont effectués dans Chorus par le CGF, sur demande du service prescripteur.

- réception des factures et traitement de la demande de paiement (création, contrôle, validation et mise en paiement) par le CGF.

Toutefois, à titre exceptionnel et par dérogation au dispositif de réception directe des factures par le CGF envoyées par le fournisseur, certains aménagements peuvent être admis. Ces aménagements exceptionnels sont détaillés, par nature de dépense, en annexe n°5.

2.1. La gestion des tiers fournisseurs

2.1.1. Les acteurs concernés dans la gestion des tiers fournisseurs

Le SP est à l'origine des demandes de création des tiers fournisseurs.

Le CGF retrace ses instructions dans l'outil.

2.1.2. Le processus de création de tiers fournisseurs

Le SP :

- ⑩ initie la demande de création/modification/suppression de tiers dans Chorus Formulaires (CFO) à l'aide du formulaire dédié.

Le CGF :

- ⑩ récupère la demande du SP dans CFO et (dans l'attente de l'interface avec Chorus) crée le tiers au sein de Chorus (cf. annexe n°4 : délais de traitement_Créations de tiers) ;
- ⑩ transmet la demande de validation des coordonnées bancaires au Pôle National de Supervision des Tiers (PNST) Chorus ;
- ⑩ informe le SP du numéro de tiers créé une fois les coordonnées bancaires validées par le PNST.

2.2. L'engagement de la dépense

Selon l'article 30 du décret GBCP, l'engagement est l'acte juridique par lequel l'État crée ou constate à son encontre une obligation de laquelle il résultera une dépense. L'engagement respecte l'objet et les limites de l'autorisation budgétaire (les AE disponibles).

2.2.1. L'expression du besoin

Les acteurs concernés par l'expression du besoin

Le SP est à l'origine de l'expression du besoin.

Le processus de l'expression du besoin

Le SP :

- ⑩ initie, le cas échéant, la demande de création de tiers ;
- ⑩ veille à la qualité budgétaire et comptable des informations transmises pour traitement au CGF, au respect des concordances activités / domaine fonctionnel / Axe1 /nature détaillée ministérielle, ainsi que le cas échéant, aux corrections à passer ;
- ⑩ adresse au CGF l'ensemble des pièces justificatives référencées dans la nomenclature des pièces justificatives des dépenses de l'Etat (arrêté du 20 décembre 2016), utiles à la formalisation de l'engagement juridique (devis ...) ou nécessaires au visa de l'ACCF (autorité en charge du contrôle financier) et du comptable via Chorus Formulaire (expression de besoin ou demande d'achat), ou via Place ;
- ⑩ contrôle et transmet au CGF les informations permettant de créer, enrichir ou modifier les demandes d'EJ, via les applications ministérielles métiers (Chorus Formulaire interfacés ou formulaires non interfacés dits « fiches navettes ») ou via PLACE pour la transmission des marchés.

L'établissement, la conservation et la transmission des documents et pièces justificatives de toute nature peuvent, dans des conditions arrêtées par le ministre chargé du budget, être effectués sous forme dématérialisée (article 51 du décret GBCP).

Les services prescripteurs sont responsables des estimations de leurs besoins et des montants cibles correspondants à ces besoins. Le CGF s'assure de la cohérence entre le montant de l'EJ à créer ou à modifier en fonction des pièces jointes transmises.

Dans un souci d'optimisation du traitement des factures, les services prescripteurs sont invités à se rapprocher de leurs fournisseurs afin que ces derniers regroupent les factures dans la mesure du possible.

2.2.2. L'enregistrement de l'engagement :

Les acteurs concernés par l'enregistrement de l'engagement

Les SP transmettent leur demande de création d'EJ via Chorus Formulaire ou Chorus Formulaire Nouvelle Communication en mentionnant les imputations budgétaires (possibilité d'EJ technique).

Le CGF traduit et enregistre l'expression du besoin dans Chorus.

Le processus de l'enregistrement de l'engagement

Le CGF :

- traite les demandes d'EJ (dans le délai précisé à l'annexe n°3) suite à la réception des éléments, et sous réserve que les données transmises soient complètes et ne comportent pas d'anomalies ;
- effectue les contrôles suivants :
 - règles de nommage dans la zone description
 - qualité de l'ordonnateur
 - présence de pièces justificatives prévues par l'arrêté du 20 décembre 2016 portant nomenclature des pièces justificatives des dépenses de l'État
 - cohérence du n° fournisseur
 - présence des lignes de gestion
 - cohérence des codes TVA utilisés
 - cohérence du flux utilisé avec le recueil des règles de comptabilité budgétaire de l'État et avec la circulaire de la Direction du Budget (DB) sur les règles d'utilisation des flux de gestion, en date du 22 mars 2019¹
 - cohérence du montant de l'EJ avec le montant HT de la pièce justificative
 - montant du bon de commande au regard du montant estimatif de l'EJ du marché ou MAPA à bons de commande
 - cohérence code IM
 - imputations budgétaires et comptables
 - pièces du marché
 - bonne intégration des plans de facturation
- renseigne le tableau d'anomalies sur EJ
- avertit les SP/pouvoirs adjudicateurs du dépassement de la durée de validité d'un marché ou d'un contrat.
- envoie le bon de commande aux fournisseurs ;
- ⑩ saisit les éventuelles demandes d'avance;
- ⑩ le cas échéant, transmet via Cœur Chorus l'EJ vers le contrôleur budgétaire régional (CBR) et le Préfet pour recueillir son avis/visa.

Les SP transmettent leur demande de création d'EJ via :

- Chorus Formulaire ;
- la plate-forme PLACE ;
- Chorus Formulaire Nouvelle Communication avec fiches navettes pour les EJ techniques et autres EJ hors marché (baux, décisions diverses ...)

¹Circulaire de la DB NOR CPAB1906028C du 22 mars 2019

2.2.3. La notification de l'engagement

Les acteurs concernés par la notification de l'engagement

La notification est envoyée par le CGF au fournisseur, sauf cas dérogatoires listés en annexe n°2 pour lesquels le SP transmet ces notifications.

Le processus de la notification de l'engagement

Le CGF :

- fait parvenir le bon de commande au fournisseur ;
- notifie les bons de commande aux fournisseurs, le SP est en copie de la notification.

Sauf indication contraire figurant au cahier des clauses administratives particulières ou de la part de l'ordonnateur, les bons de commandes sont adressés aux fournisseurs sans qu'il soit nécessaire d'y apposer une signature. Sur demande expresse du service prescripteur, le bon de commande ne sera pas transmis au fournisseur.

Les bons de commande modificatifs et les modifications d'EJ sont notifiés selon le même processus que la notification initiale de l'acte.

Au moment de la commande, la communication sur l'adresse de facturation mentionnera expressément l'envoi des factures² par voie dématérialisée et le lien suivant :

<https://chorus-pro.gouv.fr>

Pour le flux 4, des EJ dits techniques sont créés afin de permettre aux fournisseurs de dématérialiser leurs factures.

Le CGF doit vérifier que le bon de commande porte le n° d'EJ et le code SE, informations indispensables pour le dépôt des factures sous Chorus PRO.

Ces éléments devront, par ailleurs, être inscrits au CCAP pour tout nouveau marché.

2.2.4. La modification de l'engagement

Les acteurs concernés par la modification de l'engagement

Le SP prend l'initiative de signaler au CGF toute modification à apporter à l'engagement juridique.

Le processus de modification de l'engagement

Le SP transmet la fiche navette prévue pour chaque type de modification via Chorus Formulaire Nouvelle Communication.

Le CGF procède à la modification dans Chorus Cœur.

2.3. La réalisation de la dépense

La réalisation de la dépense intervient après l'engagement de la dépense. Elle implique les acteurs de la chaîne de la dépense : service prescripteur et CGF.

² L'ordonnance 2014-697 du 26 juin 2014 relative au développement de la facture électronique et le décret n°2016-1478 du 2 novembre 2016 relatif au développement de la facturation électronique privilégient cette solution.

2.3.1. La vérification de l'exécution de l'engagement juridique

Les acteurs dans la vérification de l'exécution de l'engagement juridique

Le SP vérifie l'exécution de l'engagement juridique.

Le processus de la vérification de l'exécution de l'engagement

Le SP procède à la constatation du service fait et, sauf exception, à la certification du service fait dans le cadre du formulaire de certification en une étape, puis transmet si nécessaire au CGF les pièces justificatives conformément à l'arrêté du 22 mars 2018 relatif aux modalités d'établissement, de conservation et de transmission sous forme dématérialisée des PJ et des documents de comptabilité.

Les SP s'engagent à réaliser la constatation du SF au plus près de la réception de la livraison relative à la commande. Ils doivent également indiquer, de manière exacte, la date de livraison/réception de la commande sur les documents prévus à cet effet via Chorus Formulaires. Pour les réceptions complexes, il est possible de prévoir l'inscription de la date de fin de contrôle. La sincérité de la date de constat de service fait retenue est de la responsabilité du service prescripteur.

Pour rappel, cette date, si elle est postérieure à la date d'arrivée de la facture dans le premier service de l'État, est celle retenue comme point de départ du délai global de paiement.

Les SP s'engagent à organiser en leur sein la conservation, le classement et l'archivage des pièces non dématérialisées relatives à la constatation du service fait (bon de livraison, bon d'intervention ...).

2.3.2. L'ordonnancement de la dépense

Les acteurs concernés par l'ordonnancement de la dépense

Dans le cas du flux 1, le CGF certifie le service fait (SF) à partir de la constatation de SF transmis par le service prescripteur.

Dans le cas du flux 2, le CGF valide l'EJ qui déclenche le service fait et vaut ordre de payer dans Chorus.

Dans le cas des flux 3 et 4, le SP procède à l'envoi au CGF de l'information de la livraison et de la constatation du SF.

Le processus de l'ordonnancement de la dépense dans le cadre du flux 1 de droit commun et du flux 2

La certification du service fait est réalisée dans Chorus par le CGF à partir de la constatation de service fait transmis par le service prescripteur dans Chorus Formulaires. (sauf mise en œuvre du dispositif de réalisation du SF en une seule étape par le service prescripteur). Elle atteste de la conformité du bien livré ou de la prestation réalisée avec l'engagement contractuel du fournisseur et vaut ordre de payer (ODP) donné au comptable.

Le CGF :

- dans le cadre du flux 1, certifie le service fait dans Chorus, suite à la transmission du formulaire de constatation du SF (et de toutes les autres pièces justificatives) par le SP (sauf mise en œuvre du dispositif de réalisation du SF en une seule étape par le service prescripteur) ;

- dans le cadre du flux 2, valide l'EJ qui vaut l'ODP dans Chorus ;

Le processus de l'ordonnancement de la dépense dans le cadre des flux 3 et 4

Le SP :

- transmet au CGF via Chorus Formulaire Nouvelle Communication. l'information de la livraison et de la constatation du SF dans le cas du flux 4 (demande de paiement directe sans engagement juridique préalable) ou dans le cas du flux 3 avec la mention « ordre de payer ». Cette transmission vaut ordre de payer.
- Des cas dérogatoires peuvent nécessiter une transmission papier au CGF (voir annexe n°5).

À l'exception des pièces justificatives de marchés dématérialisées via PLACE, le SP transmet au CGF l'ensemble des pièces justificatives de la dépense prévues par la nomenclature des pièces justificatives des dépenses de l'État, si celles-ci sont rattachées à l'EJ.

Concernant la dématérialisation des PJ, il convient de se reporter au décret du 22 mars 2018 relatif aux modalités d'établissement, de conservation et de transmission sous forme dématérialisée des PJ et des documents de comptabilité.

2.3.3. La liquidation et le traitement de la facture

Les acteurs concernés par la liquidation et le traitement de la facture

Le CGF procède à la liquidation de la dépense en effectuant le rapprochement entre l'engagement juridique, le service fait et la demande de paiement transmise par le créancier.

Le CGF lance quotidiennement la ZDEP56.

Le processus de la liquidation de la dépense et le traitement de la facture

Le CGF :

- réceptionne la facture et diverses demandes de paiement, sauf cas dérogatoires indiqués en annexe n°5 ;
- procède aux contrôles des pièces prévues par l'arrêté du 20 décembre 2016 portant nomenclature des pièces justificatives des dépenses de l'État ;
- signale aux SP/pouvoirs adjudicateurs le dépassement de la durée de validité d'un marché ou d'un contrat ;
- informe les services prescripteurs, via Chorus Formulaire Nouvelle Communication ou via la ZDEP56, en fonction des sujets (à titre d'exemple, cas d'absence d'engagement juridique ou de service fait préalablement à la réception de la facture) afin d'obtenir la régularisation de cet événement dans les délais établis (cf. annexe n°4) ;
- crée la DP sauf création automatique.

Les services prescripteurs s'engagent à utiliser les restitutions pour connaître les factures en attente de SF via la ZDEP56.

À chaque début de mois le CGF adresse aux SP la liste des postes d'EJ ayant un SF non facturé (la restitution ZDEP10 est lancée périodiquement par le CGF pour contrôler les SF non payés) ;

Toutes les factures, doivent être adressées au CGF par voie dématérialisée via le portail Chorus Pro <https://chorus-pro.gouv.fr>. Pour cela, tous les documents juridiques (contrats, protocoles, bons de commande) précisent les modalités de dépôt des factures, qui comportent obligatoirement 3 éléments :

- numéro SIRET de l'État : 110 002 011 00044 ;
- référence de l'engagement juridique ;
- code du service exécutant CGF0000034.

Toutes les entreprises, depuis le 1er janvier 2020, sont soumises à l'obligation de dématérialiser et doivent déposer leur facture sur le portail Chorus Pro.

Le rejet des factures papier est précisé par les notes de service DGFIP n° 2018-03-3876 du 9 avril 2018 relative aux modalités de traitement des factures des fournisseurs ne respectant pas l'obligation de dématérialisation via le portail Chorus Pro et n° 2018-07-6069 du 8 août 2018 relative à l'application du dispositif de traitement des factures des fournisseurs ne respectant pas l'obligation de dématérialisation via le portail Chorus Pro au second semestre 2018.

Le CGF à réception des factures d'une entreprise soumise à l'obligation de dématérialisation transmise en dehors de la solution Chorus Pro, et à l'appui de la liste des entreprises ayant fait l'objet d'une information préalable, procède au rejet des factures. Ce rejet ne fait courir aucun délai de paiement.

Par ailleurs, si la facture ne mentionne pas les références permettant de la traiter, notamment celle de l'engagement juridique, la facture est renvoyée au fournisseur.

Par dérogation au principe de réception des factures par le CGF, pour certaines natures de dépenses, les factures arrivent directement dans les services prescripteurs, conformément à la liste des circuits dérogatoires (cf. annexe n°5).

Si dans un délai prévu à l'annexe n°4 après la certification du service fait, la facture n'est toujours pas parvenue au CGF, ce dernier peut prendre l'attache du fournisseur. En fin de gestion, le délai de rappel du fournisseur sera réduit au délai prévu à l'annexe n°4.

Si la facture est envoyée par erreur au service prescripteur, ces derniers s'engagent à respecter les dispositions mentionnées à l'annexe n°4.

Les factures d'avoir reçues sont traitées selon les modalités décrites en annexe n°11

2.3.4. La comptabilisation et la mise en paiement

Les acteurs de la comptabilisation et de la mise en paiement

Le CGF effectue la mise en paiement.

Le processus de la mise en paiement

Le CGF :

- ⑩ procède aux contrôles de payeur et de caissier (articles 19 et 20 du décret GBCP) suivant le flux de gestion et le type d'ordonnancement.
- ⑩ vérifie notamment :
 - o la régularité de la facture
 - o la cohérence de l'EJ mentionné sur la facture avec l'EJ Chorus

- o la présence et la suffisance du SF
 - o le tiers
 - o les pièces justificatives de la DP au regard de la nomenclature
 - o la prescription et la déchéance
 - o l'acquit libératoire
 - o le mode de règlement
 - o la date de réception de la facture et la date de base, y compris dans les données relatives aux intérêts moratoires
 - o l'absence de doublon de DP
- ⑩ le cas échéant, crée la DP (factures papier, subventions ...)
 - ⑩ valide la création de la DP ;
 - ⑩ effectue les contrôles de cohérence ;
 - ⑩ comptabilise la DP ;
 - ⑩ met en paiement ;
 - ⑩ le cas échéant, supprime la DP en cas d'anomalie.

Enfin, en cas d'absence de facture le CGF peut contacter le fournisseur.

Les contrôles relatifs aux imputations budgétaires et comptables sont effectués au niveau de l'enregistrement de l'engagement. De même, le contrôle des pièces constitutives des marchés est réalisé au moment de l'engagement.

2.4. Les dépenses particulières

2.4.1. Les achats effectués par carte achat

Le détail du traitement des DP issues des Relevés d'Opérations Administration est traité dans le circuit de gestion relatif à la carte d'achat (cf. annexe n° (En cours de rédaction).

Les acteurs concernés par les achats effectués par carte achat

- ⑩ Le porteur de carte d'achat ;
- ⑩ Le responsable de programme carte d'achat (RPCA) ;
- ⑩ Le CGF
- ⑩ L'opérateur bancaire BNP Paribas.

Le processus des achats effectués par carte achat

Le porteur de carte d'achat :

- passe une commande auprès du fournisseur ;
- constate le SF :
 - l'utilisation physique de la carte et la présence du porteur lors de la remise par le commerçant des fournitures ou des services commandés valent constatation du

service fait conformément à la note DGFIP SGCP 18-0008 du 8 mars 2018 – NOR : CPAE1808071 J ;

- le paiement vaut constatation de SF.
- envoi des pièces justificatives au RPCA.

L'opérateur bancaire BNP :

- envoie tous les mois un relevé d'opérations administrations (ROA) qui est directement intégré de manière dématérialisée dans Chorus en tant qu'unique ou partie des pièces justificatives de la dépense ;
- le ROA est envoyé au RPCA aux fins de contrôles ;
- la DP Chorus est générée automatiquement, le ROA dématérialisé y étant rattaché.

Le RPCA :

- pour le niveau 1 :
 - envoie les pièces justificatives originales papier (factures) au CGF mentionnant l'ordre de payer ;
 - envoie le tableau des imputations comptables et budgétaires selon le modèle communiqué.
- pour le niveau 1 bis et 3 : envoie par Chorus Formulaires communication l'ordre de payer et, le cas échéant, le tableau des imputations comptables et budgétaires selon le modèle communiqué.

Le CGF :

- contrôle la conformité des pièces justificatives ;
- contrôle la conformité des imputations budgétaires-comptable et enrichit la DP ;
- vérifie le compte technique (RIB désormais intégré dans les DP de cartes d'achat), le tiers BNP Paribas, et valide la DP Chorus ;
- procède à la comptabilisation de la DP et à la mise en paiement aux fins de remboursement de l'opérateur bancaire.

2.4.2. Les paiements de frais de déplacement avec Chorus DT

Les SP disposant d'applications métier générant des demandes de paiements directes dans Chorus s'engagent sur le fait que les demandes transmises à Chorus ont bien été validées par une personne habilitée dans l'application remettante. Les pièces justificatives seront conservées et contrôlées par les SP.

Les acteurs concernés par le paiement de frais de déplacement

- le missionné ;
- l'assistant ;
- le « valideur » hiérarchique (VH1) ;

- le service gestionnaire (SG) pour l'OM ;
- les gestionnaires contrôleurs (GC) et « valideur » (GV) pour l'EF ;
- le gestionnaire de facture (FC) pour les ROP.

Le processus de la création de l'ordre de mission (OM) et de l'état de frais dans Chorus DT

Le missionné complète un formulaire et le transmet à l'assistant en charge de l'OM.

L'assistant :

- crée l'OM dans Chorus-DT en renseignant les informations du formulaire :
 - destination ;
 - dates ;
 - objet de la mission ;
 - etc.
- réserve les prestations voyagistes.

Le « valideur » hiérarchique (VH1) valide l'opportunité de la mission.

Le service gestionnaire (SG) :

- contrôle la complétude de l'OM ;
- valide l'OM, ce qui déclenche l'émission des titres de transport.

Le processus de création de l'état de frais (EF)

Le missionné :

- ⑩ complète un formulaire et le transmet à l'assistant en charge de l'EF, avec les pièces justificatives.

L'assistant :

- ⑩ crée l'EF dans Chorus-DT en renseignant les informations du formulaire ;

Le « valideur » hiérarchique (VH1) :

- ⑩ valide que le missionné a bien effectué la mission.

Les gestionnaires contrôleur et « valideur » (GC et GV) :

- ⑩ contrôle la complétude de l'EF ;
- ⑩ valide l'EF et l'envoi pour paiement dans Chorus Cœur.

Le processus de facturation

Le voyageur/opérateur financier :

- ⑩ importe les relevés d'opération (ROP) dans Chorus-DT ;

Le gestionnaire de facture (FC) :

- ⑩ contrôle les factures en corrélation avec les OM ;
- ⑩ valide le ROP et l'envoi pour paiement dans Cœur Chorus avec génération automatique d'une DP.

Il est important de vérifier la fiche profil du missionné lors de la création des OM et EF. Par ailleurs, il convient aussi d'être attentif aux imputations budgétaires-comptables et aux délégations de signature pour le valideur hiérarchique, le service gestionnaire, le gestionnaire valideur et le gestionnaire de facture.

Le CGF :

- procède aux contrôles, à la comptabilisation et à la mise en paiement.

2.4.3. L'exécution des marchés

Le traitement des avances

Les acteurs concernés par le traitement des avances :

Le SP initie l'état liquidatif et le CGF traite les avances. Il effectue un contrôle et valide le traitement des avances.

Le processus du traitement des avances :

Le CGF :

- déclare l'avance sur l'EJ ;
- génère la pièce d'avance dans Chorus (transaction ME2DP) ;
- procède aux vérifications réglementaires ;
- débloque la pièce d'avance pour mise en paiement ;
- gère le suivi de la récupération de l'avance en fonction de l'émission des DP, des clauses contractuelles du marché et de la réglementation.

Le traitement des retenues de garantie

Les acteurs concernés par le traitement des retenues de garanties :

Le service prescripteur donne son accord à la libération de la retenue de garantie (RG) et s'engage à informer le comptable en transmettant la décision de libération conformément à la nomenclature des pièces justificatives.

Le CGF traite les retenues de garantie (RG).

Le processus de traitement des retenues de garantie :

Le CGF :

- ⑩ déclare la RG ;
- ⑩ précompte sur chaque DP, autre que l'avance, le montant de la RG ;
- ⑩ traite la libération ou l'utilisation de la RG en fonction des éléments fournis par le service prescripteur.

Le traitement des pénalités

Les acteurs du traitement des pénalités :

Le service prescripteur transmet au CGF l'information que la pénalité est confirmée/infirmée.

Le CGF procède au traitement des pénalités.

Le processus du traitement des pénalités

Le CGF :

- ⑩ précompte les pénalités sur la DP en fonction des états liquidatifs fournis par le prescripteur ;
- ⑩ procède au remboursement ou à l'encaissement définitif de la pénalité sur la base des instructions fournies par le prescripteur.

2.4.4. Les autres situations particulières

La modification sur EJ (problème de TVA, erreur d'imputation budgétaire...)

En cas de nécessité de modifier un EJ (ex : problème d'imputation, de TVA...), le CGF informe puis demande l'accord aux services prescripteurs avant le traitement de la DP.

Le traitement des avoirs

Le CGF assure le suivi des avoirs et, dans la mesure du possible, les rattache aux factures concernées afin de ne créer qu'une seule DP pour la contraction

Le CGF à défaut :

- rattache l'avoir à la facture suivante.
- transmet au service en charge des recettes pour émission d'un titre de recette
- Une fiche de procédure spécifique à la gestion des avoirs figure en annexe n° 11.

2.5. La finalisation des lignes de poste et la clôture des engagements juridiques

2.5.1. Les acteurs concernés par la finalisation et la clôture des engagements juridiques

Le SP est à l'initiative de la finalisation des lignes de postes et de la clôture des EJ.

Le CGF finalise et clôture les EJ. Le CGF pourra transmettre à ses services prescripteurs une liste avec des propositions de finalisation/clôture a minima chaque semestre.

2.5.2. Le processus pour la clôture des engagements juridiques

Le SP :

- ⑩ vérifie que tous les paiements attendus sont effectués (SF, retenue de garantie, récupération d'avance, DP);
- ⑩ demande au CGF, via Chorus Formulaire Nouvelle Communication, de procéder à la finalisation des postes et à la clôture des EJ sachant qu'une finalisation et une clôture peuvent être déconnectées dans le temps.

Le nettoyage des flux et la clôture des EJ, tout au long de l'année, permettent de réduire la charge de travail en fin d'exercice par l'envoi, le cas échéant, des Z listes EJ en masse.

2.6. La gestion des écarts

Cette partie traite de la gestion des écarts le SF et la DP ; pour la gestion des autres types d'anomalies, il convient de se référer à la partie 6 pour ce qui concerne la gestion des autres types d'anomalies.

2.6.1. Les acteurs de la gestion des écarts

Le CGF est en charge de la gestion des écarts.

2.6.2. Le processus de la gestion des écarts

Chorus vérifie automatiquement la cohérence entre l'EJ, le SF et la facture lors de l'enregistrement de la DP. Le CGF est autorisé à mettre en paiement une dépense dans l'hypothèse d'un écart conforme aux seuils de tolérance fixés en annexe n°8.

De la même façon, il est autorisé à mettre en paiement une dépense dans l'hypothèse d'un écart lié aux modalités de calcul de la TVA dans la limite du seuil fixé en annexe n°8. Le CGF en informe le prescripteur par tout moyen traçable et auditable.

Pour tout écart au-delà du montant ainsi arrêté, le CGF contacte immédiatement le prescripteur pour régularisation dans le délai prévu à l'annexe n°4. Il peut également être sollicité pour augmenter l'EJ.

Une fois la situation régularisée, le CGF met en paiement la DP. Dans le cas contraire, la facture est retournée au prescripteur pour suite à donner, en mentionnant le motif du retour.

2.7. La gestion des intérêts moratoires (IM)

2.7.1. Les acteurs concernés par la gestion des intérêts moratoires

Le SP donne l'accord au CGF du paiement des IM avec la mention « ordre de payer ».

Le CGF procède au paiement des IM.

2.7.2. Le processus de gestion des intérêts moratoires

Le CGF analyse les DP d'intérêts moratoires générées afin de vérifier l'absence d'erreur dans la saisie puis transmet au service prescripteur la liste des demandes de paiement d'intérêts moratoires (DP d'IM) afin que celui-ci lui donne ordre de les payer.

Dès lors que le délai global de paiement (DGP) prévu par l'EJ est dépassé, les intérêts moratoires (IM) sont automatiquement calculés dans Chorus et une DP est générée dans la liste du travail du CGF :

- ⑩ le CGF sollicite au préalable le SP, par tout moyen traçable (Chorus Formulaire), pour obtenir sa validation afin d'effectuer le paiement ;
- ⑩ si, dans un délai fixé à 7 jours, la réponse n'est pas communiquée, le CGF procède à la mise en paiement des DP d'IM ;
- ⑩ en cas de non confirmation du paiement des DP d'IM, le SP informe le CGF du motif de non mise en paiement justifié par un motif recevable vis-à-vis du comptable.

Une analyse conjointe (service prescripteur/CGF) des indicateurs MP3 sera effectuée afin de déterminer la ou les causes ayant entraîné, le cas échéant, une dégradation de la mise en paiement des DP.

2.8. Les écritures correctives

2.8.1. Les acteurs concernés par les écritures correctives

Le SP est à l'origine de la demande des écritures correctives.
Le CGF procède aux écritures correctives.

2.8.2. Le processus des écritures correctives

Le SP sollicite le CGF pour procéder aux écritures correctives, transmission par Chorus Formulaire nouvelle communication de la fiche navette « écritures correctives ».

Le CGF procède aux écritures correctives (impact budgétaire et comptable).

2.9. Les pièces justificatives

2.9.1. La transmission des pièces justificatives

La dématérialisation des pièces justificatives est encadrée par l'arrêté précité du 22 mars 2018.

Le décret du 05 décembre 2016 relatif à la fiabilité des copies et pris pour l'application du L1379 du code civil précise les modalités du procédé permettant de présumer la fiabilité de la copie réalisée, c'est-à-dire sa fidélité à l'original et son incorruptibilité.

L'acceptation par le comptable des pièces justificatives dématérialisées (pour les dépenses sur et hors marché) est fixée par l'arrêté portant nomenclature des PJ des dépenses de l'État.

Concernant notamment les marchés publics, la copie scannée des pièces constitutives (à savoir l'acte d'engagement et les cahiers des charges) et d'exécution des marchés peut être acceptée par le CGF à condition d'être rattachée à un objet Chorus (engagement juridique ou demande de paiement).

2.9.2. La conservation et l'archivage des pièces justificatives

À l'exception des pièces justificatives de marchés dématérialisées via PLACE, le SP adresse au CGF l'ensemble des pièces référencées dans l'arrêté portant nomenclature des pièces justificatives des dépenses de l'État. Le CGF assure la conservation des pièces via Chorus.

Les autres documents dont la transmission au CGF n'est pas prévue par la nomenclature des pièces justificatives doivent être archivés au sein du SP. Ce dernier doit être en mesure de les présenter lors de contrôles d'auditeurs internes ou externes ou à la demande du CGF (se reporter au guide relatif aux règles d'archivage applicables aux ordonnateurs et aux comptables publics dans le cadre de la dématérialisation).

Les SP s'engagent à organiser en leur sein la conservation, le classement et l'archivage des pièces non dématérialisées relatives à la constatation du service fait (bon de livraison, bon d'intervention...).

3. Les restitutions et l'aide au pilotage (MP7)

3.1. Les acteurs concernés par les restitutions et l'aide au pilotage

Le SP participe à l'aide au pilotage par la mise en œuvre des restitutions envoyées par le CGF ou produites par lui-même.

Le CGF contribue à la fiabilisation de la chaîne de la dépense et à l'optimisation des procédures en apportant son expertise et ses conseils et participe à l'aide au pilotage par l'envoi de restitutions au SP.

3.2. Le processus de restitution d'aide au pilotage

Le SP :

- s'engage à utiliser les restitutions pour connaître les factures en attente de SF (exemple : ZDEP56) ;
- veille à indiquer toutes les informations permettant un rapprochement facilité pour le comptable ;
- s'engage à utiliser les restitutions pour connaître les factures envoyées au comptable ;
- s'engage à exploiter les restitutions communiquées par le CGF.

Le CGF :

- quantifie les anomalies constatées dans le cadre de ses contrôles, à la fois en ce qui concerne les engagements, les paiements et les inventaires ;
- réalise une analyse des risques en fonction de la nature de la dépense et/ou de l'ordonnateur ; cette analyse peut également se faire par programme ;
- informe régulièrement les services prescripteurs des résultats des contrôles et des anomalies rencontrées ;
- mesure l'effet des actions mises en œuvre par le suivi des anomalies dans le temps ;
- adapte son plan de contrôle interne en redéfinissant les contrôles et/ou éventuellement le nombre d'acteurs devant intervenir sur un même dossier.

Les informations suivantes sont à utiliser :

Pour connaître la situation des DP	<ul style="list-style-type: none">• la liste des factures reçues par le CGF pour lesquelles le SF n'est pas encore fait ;• les données relatives au délai global de paiement, aux DP et IM payés ainsi que la liste des DP payées au cours du mois ;• les données relatives aux anomalies constatées ;• le nombre de factures reçues avec et sans SF
Pour une meilleure qualité budgétaire et comptable et de mesure de la performance du processus dépense	<ul style="list-style-type: none">• nombre d'anomalies constatées dans le cadre des contrôles ;• analyse des risques en fonction de la nature de la dépense et/ou du prescripteur ;

- | | |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">• envoi régulier aux SP des résultats des contrôles et des anomalies rencontrées. |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

L'amélioration de la qualité budgétaire et comptable, et plus globalement, de la performance des processus de dépense, nécessite un recensement et un suivi formalisé des anomalies.

Ces informations donneront lieu à des restitutions aux services prescripteurs de la part du CGF a minima une fois par an.

Le CGF tiendra différents tableaux de bord (suivi et pilotage de l'activité ; suivi et pilotage de la performance) permettant, au travers d'indicateurs, de dégager les marges de progrès réalisées dans le traitement de la dépense.

Leurs résultats pourront être portés à la connaissance des services prescripteurs à leur demande, avec tous les éléments d'analyse nécessaires.

Ils doivent permettre de suivre notamment :

- ⑩ l'activité comptable : stock de DP et flux de DP traités selon des périodicités à définir ;
- ⑩ la performance du processus de dépense dans son ensemble au travers le délai de traitement des demandes d'achat (DA), le délai global de paiement et les intérêts moratoires payés (nombre de DP, montant et % par rapport au total) ;
- ⑩ la qualité budgétaire et comptable de la dépense par le suivi des anomalies.

Dans le cadre d'une recherche constante de l'amélioration des procédures, les points précités pourront être évoqués lors de réunions régulières organisées entre les services prescripteurs et le CGF.

Ils serviront à faire un état des lieux des résultats obtenus, des prestations fournies, de la pertinence des indicateurs et des propositions d'amélioration convenues.

A la demande des SP et dans le cadre du pilotage de l'activité, le CGF pourra fournir aux SP de façon périodique, les différents tableaux de bord suivants :

- la liste des factures parvenues et en attente de création d'EJ ou de service fait (ZDEP56/MIR6, ZDEP56/ZDEP10) ;
- la situation des intérêts moratoires (ZDEP56) ;
- le suivi du DGP (INF-DEP-56) ;
- le suivi des anomalies sur EJ et sur DP.
- la liste des documents d'achat par imputation (ME2K) ;
- la liste des DP payées (ZDEP25).

Le cas échéant, d'autres documents pourront être élaborés, notamment s'agissant des référentiels de contrôle interne, les processus comptables seront documentés sous la forme de matrice des risques (guide et fiches de contrôles DGFIP) et d'organigrammes.

4. Le traitement des immobilisations (MP9)

Le périmètre des immobilisations présentes deux catégories :

- les immobilisations hors parc immobilier : les immobilisations corporelles et les immobilisations incorporelles ;
- le parc immobilier.

Il repose sur l'enchaînement des opérations suivantes :

- inscription dans l'inventaire comptable via des fiches immobilisations créées par le CGF à la demande du service prescripteur ;
- au fil de l'eau, mise en service comptable des autres immobilisations et immobilisations immobilières par le CGF ;
- le CGF crée les fiches d'immobilisations en cours (FIEC) des biens corporels (10 000 euros HT unitaire, œuvre d'art et véhicules) et met ensuite les biens en service via les fiches d'immobilisation en service (FIES) après production des documents utiles par les services prescripteurs (factures et/ou certification d'immatriculation des véhicules) ;
- à l'exception du parc immobilier, l'inventaire physique des immobilisations est tenu hors du système d'information par le service prescripteur.

Un traitement au fil de l'eau des principaux événements affectant les immobilisations (sur un rythme mensuel de préférence) permet d'éviter des corrections et mises à jour nombreuses et importantes en fin d'exercice.

4.1. Les immobilisations : parc immobilier

4.1.1. Les acteurs concernés par les immobilisations

S'agissant du parc immobilier, le CGF tient la comptabilité auxiliaire des immobilisations avec la direction immobilière de l'État, sur la base des informations qui lui sont données par l'ordonnateur et le gestionnaire du référentiel immobilier ministériel (GRIM) qui transmet des informations complémentaires dans le cas de travaux immobilisables.

Le SP est à l'origine de la création de la FIEC, selon les données fournies par le responsable d'inventaire.

Le CGF crée la FIEC et traduit dans Chorus tous les événements de gestion affectant un bien immobilier sur la base des informations qui lui sont communiquées par l'ordonnateur.

La direction immobilière de l'État crée les FIES et CGF transfère les coûts de la fiche immobilisation en cours vers la ou les fiches immobilisation en service.

4.1.2. Le processus des immobilisations

Le SP :

- demande au CGF, via Chorus Formulaire Nouvelle Communication, la création d'une fiche immobilisations en cours (FIEC) ;
- transmet au fil de l'eau au CGF les événements de gestion ayant un impact sur le patrimoine immobilisé ;
- indique le numéro de bâtiment au sein du module RE-FX de Chorus qui permet de suivre l'inventaire physique immobilier.

Le CGF en tant que comptable des immobilisations :

- établit et valide la FIEC en effectuant divers contrôles ;
- communique le numéro de la FIEC au SP une fois le visa de la fiche établi ;
- tient la comptabilité auxiliaire des immobilisations avec la direction immobilière de l'État sur la base des informations qui lui sont données par le service prescripteur et le gestionnaire du référentiel immobilier ministériel (GRIM) ;
- traduit dans Chorus tous les événements de gestion affectant un bien immobilier sur la base des informations qui lui sont communiquées par le service prescripteur.

Le comptable des immobilisations procède à des contrôles (correcte imputation en comptabilité générale et présence du numéro d'inventaire) sur les données saisies lors de la création de la FIEC au vu des pièces.

4.2. Les immobilisations : hors parc immobilier

4.2.1. Les acteurs concernés par les immobilisations

Le SP est à l'origine de l'entrée du bien dans le patrimoine, selon les données fournies par le gestionnaire d'inventaire.

Le CGF est le créateur de la FIEC et de la FIES et, en tant que comptable des immobilisations, procède au contrôle et au visa des fiches.

4.2.2. Le processus des immobilisations

Le SP :

- ⑩ Création de la FIEC :
 - o décide de l'acquisition, la vente, l'entrée ou la sortie des biens immobilisés ;
 - o informe le CGF et lui transmet les informations nécessaires au renseignement d'une FIEC, ainsi que les événements de gestion ayant un impact sur leur patrimoine immobilisé, pour que celui-ci mette à jour l'inventaire comptable dans Chorus .
 - o maintient à jour un inventaire physique de leurs immobilisations et s'assure, au moins deux fois par an, de la cohérence entre cet inventaire physique et l'inventaire comptable enregistré dans Chorus.
- ⑩ Création de la FIES :
 - o demande au CGF via Chorus Formulaire Nouvelle Communication, lorsque le SF d'un bien ou service « immobilisable » est établi, la mise en service du bien ;
 - o transmet la pièce justificative qui atteste de la mise en service du bien (procès-verbal de la mise en service qui précise le numéro de la FIEC, la valeur d'acquisition, la date de mise en service, la durée d'amortissement...).
- ⑩ Sortie d'inventaire – Mise hors service du bien :

Le SP :

- demande au CGF via Chorus Formulaires Nouvelle Communication la mise hors service du bien ;
- transmet la pièce justificative qui atteste de la sortie du bien (vente, destruction, perte, transfert d'immobilisation...).

Le CGF :

- établit une FIEC ou une FIES ;
- communique le numéro de la FIEC ou de la FIES au SP ;
- procède au visa des fiches en effectuant divers contrôles (correcte imputation en comptabilité générale, catégorie d'immobilisation et présence du numéro d'inventaire) sur les données saisies ;
- transfère les coûts de la FIEC vers la ou les FIES ;
- effectue la sortie du bien de l'inventaire.

5. Les travaux de fin de gestion et les opérations de fin d'exercice (MP4)

La date limite d'ordonnancement est fixée par la circulaire annuelle DB/DGFIP. Seuls les dossiers pour lesquels la certification du SF et la réception de la facture accompagnée des pièces justificatives sont intervenues au plus tard à la date limite d'ordonnancement peuvent être mis en paiement par le CGF.

Les travaux de fin de gestion (TFG) permettent :

- de procéder au paiement des fournisseurs dans les délais légaux. Dans ce cadre, l'ordonnateur peut décider de prioriser le paiement de dépenses lors de la fin de gestion (modalités définies en annexe 7) ;
- d'assurer la continuité de gestion entre deux exercices avec une interruption minimale de gestion.

5.1. Les acteurs des travaux de fin de gestion et des opérations de fin d'exercice

Le SP veille au respect des règles pour la bonne exécution du traitement de fin de gestion et des opérations de fin d'exercice, selon les modalités prévues en annexe n°7.

Dans ce cadre, l'ordonnateur veille plus particulièrement à la date de fin de validité des tranches fonctionnelles.

Le CGF finalise les postes d'EJ, édite des restitutions et intervient dans le cadre des travaux d'inventaire.

Il pilote le recensement des charges à rattacher à l'exercice et apporte sur ce point toute information utile aux services prescripteurs. Il édite des restitutions et saisit les charges à payer non automatisées générées par Chorus au vu des éléments fournis par le service prescripteur dès lors que le SF N n'est pas connu au 31 janvier N+1.

5.2. Le processus des travaux de fin de gestion et les opérations de fin d'exercice

Les TFG se décomposent en 4 étapes :

- ⑩ le nettoyage des flux (nettoyage des EJ et services faits);
- ⑩ les modifications de la cartographie budgétaire ;
- ⑩ la bascule des lots ;
- ⑩ les opérations d'inventaire (ou clôture comptable), en particulier la fiabilisation des écritures portant sur les provisions pour charges en T2 et en HT2, la fiabilisation des charges à payer.

Le SP :

- ⑩ s'attache particulièrement à la date de fin de validité des tranches fonctionnelles ;
- ⑩ veille au respect des dates fixées dans les instructions du service comptable de l'État et des dates fixées par les services financiers ministériels ;
- ⑩ met à jour les délégations de gestion et de signature pour assurer la continuité de gestion, et informe le CGF des changements opérés.

Le CGF :

- ⑩ veille au respect des dates fixées dans les instructions du service comptable de l'État et des dates fixées par les services financiers ministériels ;
- ⑩ finalise les postes d'EJ et clôture les EJ dès lors qu'aucun événement de gestion n'est en cours ou attendu (service fait, retenue de garantie, récupération d'avance , demande de paiement). Cette action réalisée au « fil de l'eau » réduit significativement le volume des tâches traditionnellement reportées en fin d'exercice ;
- ⑩ constitue, avec le SP, des lots d'actes de gestion qui vont basculer sur la gestion N+1 au regard des priorités de début de gestion N+1 identifiés par les SP et des contraintes outils ;
- ⑩ intervient dans le cadre des travaux d'inventaire en liaison avec les services prescripteurs et le service comptable ;
- ⑩ met en œuvre un mode d'organisation adapté avec les SP et veille notamment :
 - à la relance pour obtenir les SF (suivi des EJ en attente de SF) ;
 - au suivi des lignes de postes d'EJ à finaliser ;
 - à l'information des services prescripteurs sur la disponibilité des crédits en AE et en CP;
 - à échanger avec les service prescripteurs sur les paiements susceptibles d'être effectués au regard des crédits disponibles et des dépenses prioritaires.
- ⑩ édite des restitutions spécifiques Chorus ;
- ⑩ transmet les restitutions au service prescripteur ;
- ⑩ réceptionne les déclarations de conformité ;
- ⑩ saisit les charges à payer dans Chorus au vu des recensements et déclarations de conformité envoyés par les services prescripteurs, pour les charges à payer dont le SF est connu dans Chorus après le 31 janvier N+1 ou dont le SF n'est pas connu dans Chorus ;
- ⑩ saisit les mouvements sur engagement hors bilan (EHB) et provisions au vu des éléments communiqués par le SP.

L'élargissement de l'automatisation des charges à payer permet la comptabilisation automatique des CAP dès lors que Chorus dispose de l'information du SF au 31 janvier N+1.

6. Le traitement des anomalies et des litiges

6.1. La définition des anomalies

Définition de ce qu'est une anomalie :

- Écart par rapport aux circuits de gestion définis du présent contrat de service (cf. annexe n°8) ;
- ⑩ Écart significatif et régulier par rapport aux indicateurs d'activité
- ⑩ Erreurs ou omissions ;
- ⑩ Détail du circuit retenu en cas de constat d'anomalies ;
- ⑩ Anomalies constatées par le CGF ou signalées par le SP.

6.2. Le règlement des litiges

Une procédure de règlement des litiges est instituée pour régler les différends entre les parties. Elle est mise en œuvre en cas d'interprétations divergentes du contrat de service et de ses annexes, mais pas en cas de demande d'évolution dudit contrat.

À l'initiative de l'une ou l'autre des parties, le litige relève :

- en premier ressort du responsable au sein du service prescripteur et de son homologue au sein du CGF ;
- en deuxième ressort, dans le cas d'un échange infructueux, du chef du service prescripteur ou du responsable d'unité opérationnelle (RUO), du responsable du CGF (DR/DDFiP) ;
- le cas échéant, en cas de litige persistant, du représentant de la DGFIP et de son homologue concerné, le directeur des affaires financières, responsable de la fonction financière ministérielle.

7. La gouvernance

Le présent contrat de service prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020 pour une durée de trois ans, renouvelable par tacite reconduction.

Les expérimentations de mutualisation dans le cadre des CGF sont autorisées pour une durée maximale de quatre ans, par l'article 37 du décret n° 2018-803 du 24 septembre 2018 modifiant le décret GBCP et autorisant diverses expérimentations.

Concernant l'expérimentation du CGF, un comité de pilotage est constitué, il :

- élabore les orientations générales du centre de gestion financière et définit ses objectifs ;
- évalue les résultats de l'expérimentation au regard du bon fonctionnement de la chaîne de la dépense et des orientations arrêtées.

Il est présidé par le DDFIP ou son représentant. Le responsable de la fonction financière ministérielle des ministères économiques et financiers, la direction générale des finances publiques et les ordonnateurs intéressés sont représentés au comité de pilotage.

La gouvernance s'appuie sur une comitologie à plusieurs niveaux :

Le comité local de gestion, piloté par le CGF, est composé :

- d'un représentant des services prescripteurs ;
- du responsable du CGF ;
- du représentant de la cellule qualité comptable ;
- d'experts associés en fonction des sujets abordés.

Il se réunit au moins une fois par an à l'occasion des grands événements de la gestion et/ou sur demande de l'une ou l'autre des parties.

Il est chargé :

- d'élaborer le bilan annuel de fonctionnement du contrat de service et des évolutions souhaitables ;
- de prendre connaissance des résultats des deux entités et de veiller à la fluidité des échanges entre les services prescripteurs et le CGF ;
- de traiter les dysfonctionnements majeurs des dispositifs. Le comité élabore le constat de la situation et un plan d'actions ;
- de faire le point des sujets en cours et des procédures à optimiser ;
- de s'assurer de la validité des organigrammes échangés ;
- de procéder à la mise à jour et à l'évolution des annexes jointes au présent contrat en cas de changement réglementaire ou à la demande des parties signataires.

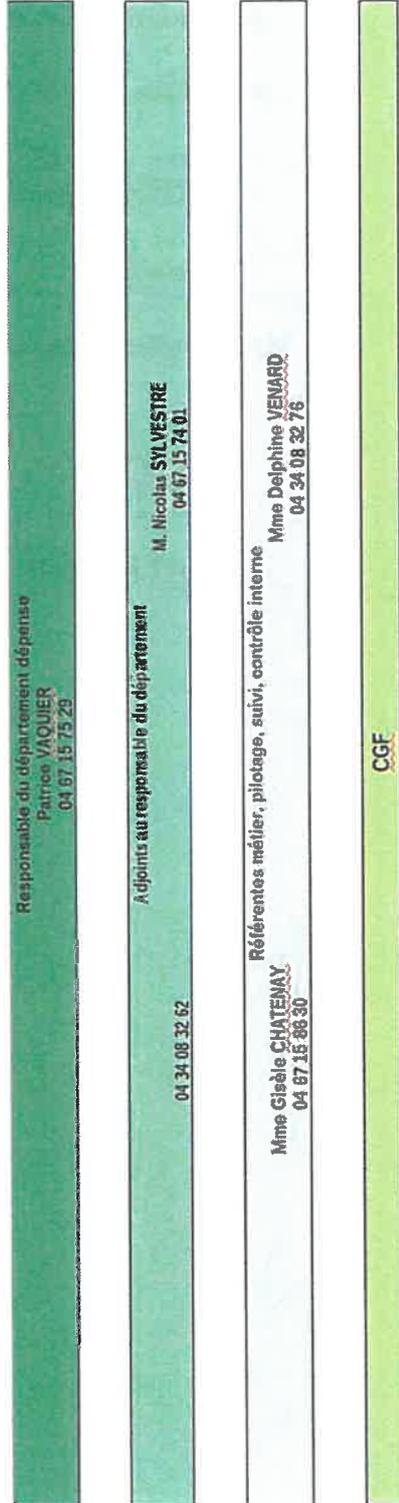
Ces comités feront l'objet de comptes-rendus qui seront adressés à l'ensemble des participants, ainsi qu'aux administrations centrales pour information. Les propositions d'évolutions ou de modification du contrat seront jointes aux comptes-rendus et seront transmises, après analyse, au COPIL.

Fait à Montpellier, le

30 AVR. 2021

<p>Le délégant</p> <p>Rectorat de région académique Occitanie (Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports)</p> <p>La Reçtrice</p>  <p>Sophie Bejean</p>	<p>Le délégataire</p> <p>Direction départementale des finances publiques de l'Hérault</p> <p>Le Directeur « métiers »</p>  <p>Alain Citron</p>
<p>Visa du Préfet de la région Occitanie Préfet de la Haute Garonne</p>  <p>Etienne Guyot</p>	<p>Visa du Préfet de l'Hérault</p>  <p>Jacques Witkowski</p>

Annexe 1a : organigramme du CGF



Transverse	
M.	CHAUVE MORTY Thierry 04 34 08 32 71
Mme	COUSH Fanny 04 67 13 95 45
Mme	CROS Michèle 04 67 13 95 44
Mme	DESJMET Virginie 04 34 08 32 74
M.	PARRIE Nicolas 04 34 08 32 25
M.	DIEU Michaël 04 67 15 75 04
M.	DUFOUR Romain 04 67 13 95 39
Mme	LE ROUX Béatrice 04 67 13 95 30
Mme	VESTRIS Marie 03 67 15 76 87

Finances	
Mme	AYOT Marlène 03 67 15 74 04
Mme	BERENGER Isabelle 04 67 15 74 08
Mme	CARIA Dominique 04 67 13 95 34
Mme	CAUSSE Agnès 04 67 13 95 36
M.	CHAUVEYTON Sébastien 04 67 13 95 37
M.	CHEHIB Mohamed 04 34 08 32 77
Mme	DAYO Geneviève 04 34 08 32 72
Mme	GAUBIN Albane 04 67 13 95 53
Mme	GRUARD Sandra 04 34 08 32 69
M.	PALOT Guilhem 04 67 13 95 32
Mme	REDON Solange 04 34 08 32 75
Mme	ROUGIER Cécile 04 67 13 95 46
Mme	SUZELLE Christèle 03 67 15 85 35

Autres ministères	
M.	BEAUZEMONT Xavier 04 67 13 95 42
M.	DEFFENAY Pascal 04 67 13 95 43
Mme	DELGADO-GRISEL Patricia 04 67 15 74 07
M.	MIBERT David 04 34 08 32 70
Mme	L-FORET Geneviève 04 34 08 32 68
M.	L-ARIS Eric 04 34 08 32 67
M.	L-ARDEUX Thierry 04 67 13 95 51
Mme	NIKUNU YAJISSI Fu-Sih 04 34 08 32 64
M.	RADJOUFF Théo 05 67 15 74 87
Mme	RICARD Ilyham 04 67 12 74 02
Mme	ROY-LARENTY Marie-Laure 04 67 13 95 41
Mme	VALORA Corinne 04 34 08 32 63
Mme	ZAHID Laurence 04 34 08 32 65

Annexe 1b : organigramme des services prescripteurs

Annexe 2 : cas dérogatoires à l'envoi du bon de commande par le CGF

- Entretien sur les monuments historiques
- Frais d'hôtellerie et de restauration (hors frais de mission), **non prévus et non couverts par la régie ou la carte achat**
- Frais d'interprètes pour l'inspection du travail
- Marchés d'intervention du Ministère du travail
 - o Marchés d'achat de formation aux compétences-clés à destination des détenus ;
 - o Dépenses des Programmes IRILL (Insertion, Réinsertion et lutte contre l'illettrisme) ;
 - o Dispositif NACRE (Nouvel Accompagnement pour la Création et la Reprise d'Entreprises) ;
 - o PRITH (Programmes Régionaux pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés).
- Huissiers ponctuels
- Marchés immobiliers (marchés de prestations intellectuelles et marchés de travaux)
- Marchés des monuments historiques
- Frais de poursuite et contentieux
- Commande sur internet

Annexe 3 : délais de validation de l'EJ et des abondements d'EJ

Dès lors que le CGF détient l'ensemble des éléments lui permettant de saisir un engagement juridique (EJ), un abondement ou une réduction d'EJ dans Chorus, il dispose d'un délai contraint pour saisir cet engagement juridique.

Le CGF est réputé avoir l'ensemble des éléments à sa disposition pour saisir un EJ dans Chorus dès lors qu'il a en sa possession :

- pour les EJ en 14 (bons de commande sur marché), 15 (MAPA unique), 20 (bail), 21 (subvention) et 22 (autre contrat) : une demande d'achat validée dans Chorus Formulaires avec les différents champs obligatoires complétés et les pièces justificatives jointes ;
- pour les EJ en 12 (marché mixte), 13 (marché à bons de commande), 17 (MAPA à bons de commande), 18 (MAPA mixte) et 24 (EJ flux 4) : une fiche de liaison à laquelle sont associées les pièces justificatives à produire au CGF.

Le CGF est réputé avoir l'ensemble des éléments à sa disposition pour abonder ou réduire un EJ dans Chorus dès lors qu'il a en sa possession :

- une fiche de liaison indiquant le numéro de l'EJ à abonder ou à réduire, le n° de la ligne de poste à abonder ou à réduire et le montant HT de l'abondement ou de la réduction.

À défaut, le CGF renvoie le dossier au service prescripteur ou sollicite ce dernier afin d'obtenir les éléments nécessaires à la saisie, à l'abondement ou à la réduction de l'EJ. Le renvoi de ce dossier ou la demande d'éléments complémentaires s'effectue au plus près de la réception du dossier par le CGF.

Délais de saisie et de modification dans Chorus par le CGF(hors création de tiers) :

Création EJ en 14, 15, 21	3 jours
Création autres EJ	4 jours
Modification d'un EJ	3 jours

** Il est rappelé conformément à l'annexe 7 que le service prescripteur dispose d'un délai de 5 jours pour saisir le formulaire service fait à compter de la livraison. Dans le cas où le centre de prestations comptables mutualisées ou le service prescripteur ne peut pas assurer les délais de traitement ci-dessus en raison d'un afflux massif de dossiers ou de problèmes techniques, il pourra être mis en place un dispositif de priorisation des dossiers avec le responsable de BOP ou d'UO concerné.*

Annexe 4 : engagements réciproques en matière de délais de traitement

Objets	Action attendue		Délai en nombre de jours ouvrés	
	Service Prescripteur (SP)	CGF	SP	CGF
1- Création des Tiers Hors délais du PNST (Plateforme nationale de Gestion des Tiers) - Dans l'attente de l'évolution Chorus du nouveau formulaire				
1-1 Demande de création de Tiers	Communication des informations nécessaires à la création du tiers fournisseur	Création du tiers fournisseur		3 Jours à compter de la réception de la demande
2- Traitement de l'EJ				
Les principaux délais de validation de l'EJ et des abondements d'EJ dans Chorus par le CGF figurent également en annexe 3.				
2.1 Transformation de la demande validée dans Chorus Formulaires en EJ en 14, 15 ou 21		Transformation de la demande d'achat saisie et validée dans CFO en EJ		3 jours
2.2 Saisie autre EJ		Transformation de la demande d'EJ saisie et validée dans CFO en EJ		4 jours
2.3 Modification d'un EJ (notamment, mais pas exclusivement, abondement ou réduction)	demande par Fiche communication	Saisie de la modification		3 jours
2-4 Création d'une immobilisation	Demande	Contrôle et saisie la demande		4 jours
2-5 Transmission du bon de commande et notification	Cas dérogatoire : notifier au fournisseur le bon de commande et rappeler les obligations d'information devant figurer sur les factures	Cas général : envoyer le bon de commande Chorus, avec en copie le SP	Dans les meilleurs délais	J + 1

Objets	Action attendue		Délai en nombre de jours ouvrés	
	Service Prescripteur (SP)	CGF	SP	CGF
		selon les instructions communiquées par le SP		
2-6 Finalisation et clôture des EJ	Valider les tableaux de clôture des EJ	Finaliser et clôturer les EJ identifiés par le SP- Informer les SP des clôtures via Chorus Nouvelle Communication	J+7 à réception du tableau	Dans les meilleurs délais au retour du tableau ou par défaut à J+7 après envoi au SP du tableau
3. Traitement du Service Fait	<p>La constatation du service fait doit être effectuée par les SP au plus près de la livraison. Dès réception d'une marchandise ou réalisation d'une prestation de service, les SP transmettent au CGF les formulaires de constatation de service fait via Chorus Formulaires, attestant la réalité de la dette. (hors mise en œuvre du dispositif de réalisation du SF en une seule étape par le service prescripteur).</p> <p>Dans le cas du flux 3 et 4, les SP transmettent le tableau d'ordres de payer via Chorus N. Com. Si nécessaire, ils renseignent également les imputations en comptabilité budgétaire et en comptabilité générale sur la fiche navette.</p>			
3.1 Enregistrement de la constatation du service fait dans Chorus Formulaires	Constatation du SF dans CFO au plus près de la livraison des prestations acceptées	Contrôle du respect de cette consigne	5 Jours	
3.2 Certification du service fait dans Chorus	Le cas échéant, certification du SF (formulaire en une étape)	Certification dans Chorus (hors cas du SF en une étape) Restitution MIGO		J+1 (sauf pour les dépenses immobilières/marchés de travaux)
3.3 Annulation, reprise ou complément de service fait dans Chorus	demande par Fiche communication	Procède à ces différents actes (MIGO)		3 Jours
4.A. Traitement des factures au format papier (en cas d'impossibilité avérée pour le fournisseur de respecter l'obligation de dématérialisation)				

Objets	Action attendue		Délai en nombre de jours ouvrés	
	Service Prescripteur (SP)	CGF	SP	CGF
4.A.1 Les factures parvenant par erreur directement aux SP	Renvoi au fournisseur de la facture papier pour dépôt de la facture dans Chorus pro.		3 jours pour le renvoi au fournisseur	
4.A.1 bis La facture papier arrive directement au CGF		Le CGF renvoie la facture au fournisseur pour dépôt sur la plateforme Chorus pro. Par exception, en cas d'impossibilité avérée pour le fournisseur de respecter l'obligation de dématérialisation de sa facture, le CGF mettra en œuvre la procédure décrite ci-dessous.		3 jours pour le renvoi au fournisseur
4.A.2 La facture ne mentionne pas les références de l'EJ		Le CGF renvoie la facture au fournisseur pour complètement de la facture.		3 jours
4.A.3 Absence d'EJ préalable à la réception de la facture	2. Recherche d'information et, le cas échéant, demande de DA ...			4 jours
		1. Recherche d'information auprès du service prescripteur 3. Créer et valider l'EJ de régularisation		

Objets	Action attendue		Délai en nombre de jours ouvrés	
	Service Prescripteur (SP)	CGF	SP	CGF
4.A.4 Absence de service fait préalable lors de la réception de la facture	(2) : réponse de la part du SP à la suite de la sollicitation du CGF	(1) Demande de régularisation adressée au prescripteur, deux cas possibles : <ul style="list-style-type: none"> le SP souhaite rejeter la facture avec indication du motif de rejet et en informe le fournisseur. oubli de constatation de SF par le SP (2) 	Dans les-5 jours après la date de réception de la facture	
4.A.5 Signalement de l'absence de facture		Signalement de l'absence de facture à l'ordonnateur		10 jours après la certification du service fait. 2 jours en fin de gestion.
4.A.6.1 Paiement de la facture hors fin de gestion		Création et comptabilisation de la DP (sauf en cas d'anomalie)		7-jours
4.A.6.2 Traitement de la facture en fin de gestion		Pré-enregistrement complet de la facture (1) - Comptabilisation des factures complètes (3)	1 jour (2)	2 jours (1) 3 jours (3)
4.B. Traitement des factures au format dématérialisé				

Objets	Action attendue		Délai en nombre de jours ouvrés	
	Service Prescripteur (SP)	CGF	SP	CGF
4.B.1 Absence d'EJ préalable à la réception de facture	2. Recherche d'information et, le cas échéant, demande de DA ...	1. Recherche d'information auprès du service prescripteur 3. Créer et valider E.J de régularisation		4 jours
4.B.2 La facture ne mentionne pas les références de l'EJ ou mentionne des références erronées		En cas de d'absence de référence d'E.J (mention obligatoire sur la facture) : rejet de la facture En cas de référence d'E.J erronée, demande de recyclage de la facture dans Chorus pro.		La facture est renvoyée au fournisseur à J+1 La facture est recyclée vers le fournisseur à J+1
4.B.3 Signalement de l'absence de facture		Signaler l'absence de facture au SP		10 jours, après la certification du service fait. 2 jours en fin de gestion.
4.B.4 Absence de service fait préalable lors de la réception de la facture	(2) : réponse de la part du SP à la suite de la sollicitation du CGF	Demande de régularisation adressée au prescripteur, deux cas possibles : <ul style="list-style-type: none"> (1) le SP souhaite rejeter la facture avec indication du motif de rejet et en informe le fournisseur. oubli de constatation de SF par le SP (2) 	dans les meilleurs délais (1) 1 jour (2)	Relance adressée au SP par fiche communication au bout de 7 jours après la date de réception de la facture

Objets	Action attendue		Délai en nombre de jours ouvrés	
	Service Prescripteur (SP)	CGF	SP	CGF
4.B.5.1 Traitement de la facture hors fin de gestion		Comptabilisation de la DP		4 jours
4.B.5.2 Traitement de la facture en fin de gestion		Pré-enregistrement complet de la facture (1) Comptabilisation des factures complètes (3)	1 jour (2)	2 jours (1) 3 jours (3)
5. Mise à jour des informations				
5-1 Mise à jour du nom des agents désignés dans la délégation d'ordonnement secondaire et dans la subdélégation. Mise à jour des délégations de signature publiées.	Mise à jour et transmission		Mise à jour et transmission aussi souvent que nécessaire	Mise à jour et transmission aussi souvent que nécessaire
5-2 Modification intervenant dans leur organisation et à tenir à jour l'annuaire de leurs correspondants	Communication des changements		Communication des changements	Communication des changements
5-3 Modification intervenant dans coordonnées et organigramme	Communication des changements		Communication des changements	Communication des changements

Objets	Action attendue		Délai en nombre de jours ouvrés	
	Service Prescripteur (SP)	CGF	SP	CGF
6. Autres prestations				
6-1 Demandes d'écritures correctives	Demandes d'écritures correctives			Dans les meilleurs délais
6-2 Actualisation des Immobilisations	Envoi des justificatifs concernant les différentes évolutions d'inventaire (vente, destruction...).	Mise à jour des fiches Immobilisations dans Chorus et intégration des PJ envoyées par les SP	Au fil de l'eau des actualités	Au fil de l'eau des actualités
6-3 Traitement des IM	Réponse après réception du tableau des IM à payer	Envoi de la liste des IM aux SP Mise en paiement des IM	J+7	Mise en paiement des IM à J+7 après délai de réponse des SP
6.4 Processus de contrôle de la qualité de l'ordonnateur	Le SP transmet simultanément à sa demande d'habilitation à son service chargé des habilitations dans Chorus sa délégation de signature d'ordonnancement publiée (ou les références de cette délégation publiée) au CGF via le module communication. (Utilisation d'une fiche navette comportant les informations suivantes : nom, prénom, nature de l'acte d'ordonnateur et référence de l'acte publié.)	Le CGF vérifie la régularité des délégations et fait un retour au SP via la fiche de communication <ul style="list-style-type: none"> En cas d'anomalie détectée par le CGF et signalée au SP via la fiche communication : le SP s'engage à ce que les agents concernés ne valident pas d'actes dans CFO jusqu'à régularisation. Le CGF met sous surveillance les actes validés par l'agent du SP concerné jusqu'à régularisation. En l'absence d'anomalie signalée par le comptable, la 		7 jours

Objets	Action attendue		Délai en nombre de jours ouvrés	
	Service Prescripteur (SP)	CGF	SP	CGF
		fiche peut être clôturée par le SP.		

Annexe 5 : cas dérogatoires à l'envoi des factures au CGF

Les ministères du bloc 3 ont décidé que dérogent au principe de réception de la facture au CGF

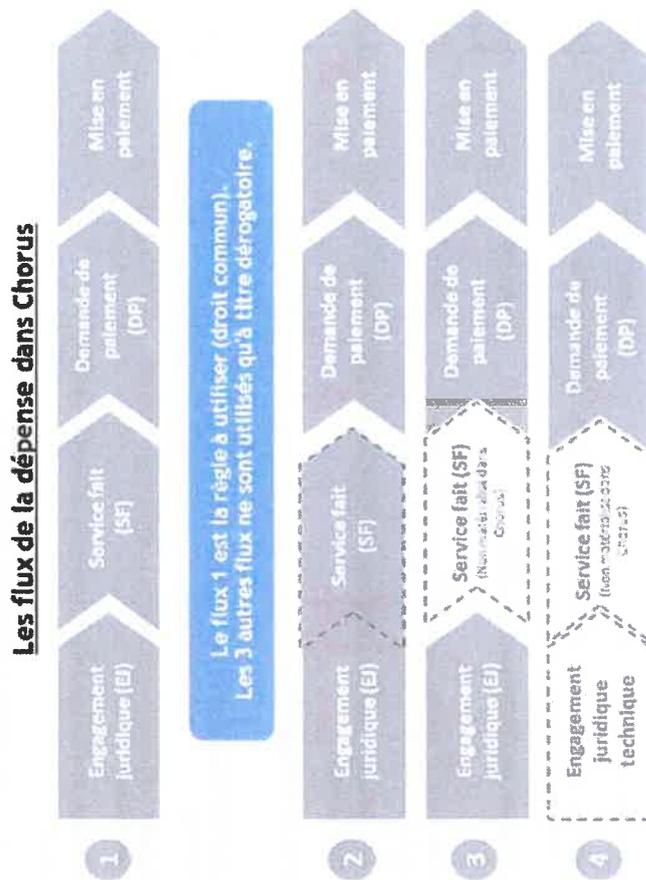
- les marchés immobiliers (marchés de prestations intellectuelles et marchés de travaux) ;
- les marchés des monuments historiques ;
- les frais de poursuite et de contentieux ;
- les avis d'imposition ;
- les honoraires médicaux. -
- Les dépenses du titre 2 hors PSOP
- Les aides à caractère social

Pour les ministères sociaux, plus particulièrement, les factures des dépenses suivantes (traitées en flux 4) sont envoyées aux services prescripteurs :

1. Mandataires privés protection de majeurs – programme 304
2. État de frais d'hébergement en maisons de retraite – programme 177
3. Remboursement des factures des professionnels de santé dans le cadre de l'AME – programme 183
4. Conseillers des salariés
5. Remboursements de frais de participation aux réunions, comités représentatifs

Annexe 6 : application des flux de gestion

Pour rappel, les différents flux de gestion existants sont les suivants :



En dérogation au flux 1, flux de droit commun, la liste des dépenses payées par flux de gestion dérogatoires (flux 2, 3 et 4) est détaillée à l'annexe 2 de la circulaire de la direction du budget du 22 mars 2019 relative aux règles d'utilisation des flux de gestion des dépenses de l'État dans Chorus (NOR : CPAB1906028C). Parmi les dépenses devant être traitées en flux 3 ou en flux 4, les typologies suivantes peuvent être citées :

Flux 3 DP sur EJ sans SF		Flux 4 DP directe	
Compte PCE	Typologie de dépenses	Compte PCE	Typologie de dépenses
61181 – 61186	Achat ou abonnement à des ouvrages et publications, y compris d'annonces légales, tels que les journaux et revues périodique quel qu'en soit le support	61184	Droits d'inscription à des colloques et événements assimilés hors marché formalisé
6115	Contrat d'entretien et de maintenance préventive à paiement périodique	Multi PCE	Carte d'achats, cartes voyagistes
6116	Cotisations et primes d'assurance	6221 - 6222	Intérêts moratoires
6062	Dépenses de fluides et d'énergies (eau, électricité, gaz, combustible, chauffage urbain)	60632	Remboursement de frais pharmaceutiques au titre de l'aide médicale
60612 – 61182 – 6263	Dépenses de restauration ou d'alimentation	Multi PCE	Frais de déplacements temporaires non couverts par un marché public
6112 – 61132	Location de biens autres qu'immobiliers à paiement périodique : matériels divers, petits équipements, véhicules, etc.	Multi PCE	Dépenses d'urgence et de secours
6162	Services de communications électroniques et de services associés (téléphonie)	6212	Impôts et taxes
6066 – 61185	Services de reprographie	Multi PCE	Dépenses pour lesquelles ni le prix unitaire, ni la quantité ne peuvent être connus avant facturation
6157 – 6161	Transport de courrier et de colis, y compris dépenses d'affranchissement	Multi PCE	Dépenses liées à une facturation interne entre services de l'État
60222 – 6023 – 6135	Prestations médicales ou sanitaires, y compris frais d'analyses en laboratoires	611312 – 611313	Charges locatives (facturées indépendamment du loyer principal)
Non identifié	Frais de transport de personnel pour les agents souffrant d'un handicap		
626 – 631 – 632 - 651 à 654	Dépenses de subvention, d'intervention comportant un échéancier de versement et ne donnant pas lieu à un contrôle préalable du service fait		
611311	Baux – Locations de biens immobiliers		

Annexe 7 : fin de gestion et priorisation des paiements

La présente annexe a pour objet d'acter les modalités retenues dans le cadre de la priorisation des dépenses lors de la fin de gestion, dans la limite des directives de la direction du budget. Cette annexe tient compte des possibilités techniques de l'outil Chorus à la date de rédaction du contrat de service et pourra être ré-examinée en cas d'évolution significative de l'outil ou de la situation budgétaire de l'ordonnateur. La prise de décision en termes de priorisation des dépenses est de la responsabilité pleine et entière de l'ordonnateur. La date de mise en œuvre de ces modalités est précisée dans la note de fin de gestion du CGF.

Description de la pratique locale de la note de fin de gestion

SI, par exception, pas de note, protocole suivant :

- S'agissant des dépenses relevant des flux 3 et 4, l'ordonnateur matérialise sa décision de ne pas mettre en paiement une dépense par la non délivrance d'un ordre à payer pour la ou les factures concernées, ceci dans le cadre du circuit de gestion classique pour les dépenses de flux 3 et 4.
- S'agissant des dépenses de flux 1, la priorisation s'effectue selon les modalités suivantes, applicables pour l'ensemble des DP de flux 1 à compter de la date arrêtée chaque année par l'ordonnateur en fonction de sa situation budgétaire :
 - Comme dans le circuit de gestion classique, le CGF, en présence d'une facture quel que soit son format (papier ou dématérialisé) et d'un service fait, créé la demande de paiement et la maintient au statut « pré-enregistré complet » **sans comptabilisation à ce stade** ;
 - L'ordonnateur envoie via fiche communication pour l'ensemble des DP créées la veille au statut « pré-enregistré complet », ses instructions quant au traitement à réserver à ces demandes de paiement. Les instructions transmises à cet effet sont de deux sortes :
 - « DP à comptabiliser » indique que la DP peut être comptabilisée ;
 - « DP à ne pas comptabiliser » indique que la DP ne doit pas être comptabilisée à ce stade et doit en conséquence rester au statut pré-enregistré complet jusqu'à ce que l'instruction contraire soit donnée.

L'ordonnateur peut aussi, chaque fois que nécessaire et notamment en fonction des ré-allocations budgétaires de fin de gestion, demander au CGF de procéder à la comptabilisation de DP qui étaient jusque-là identifiées comme ne devant pas être comptabilisées. Il adresse dans ce cas ses instructions via fiche communication, pour l'ensemble des DP précédemment identifiées comme « DP à ne pas comptabiliser » et qui peuvent désormais l'être.

Les instructions relatives à la priorisation des DP de flux 1 se font sur la base d'un tableau issu de la ZDEP56 mentionnant les n° de DP.

Annexe 8 : modalités de gestion des écarts et seuils de tolérance

Deux types de seuils de tolérance sont paramétrés dans Chorus.

- Le premier concerne les écarts liés aux modalités de calcul de la TVA (erreurs d'arrondis). Dans ce cas, le CGF est autorisé à mettre en paiement une dépense si le seuil de tolérance de 0,1% du montant de la TVA est respecté.
- Le second seuil de tolérance concerne l'écart qui peut être constaté lors de la vérification de la cohérence entre le service fait et la facture, réalisée lors de l'enregistrement de la DP.

Le CGF est autorisé à mettre en paiement une dépense, dans l'hypothèse :

- d'un écart à la baisse entre le service fait certifié et le montant de la facture identifié comme « partiel »,
- d'un écart à la hausse entre le service fait et le montant de la facture (montant de la facture > service fait) dès lors que celui-ci ne dépasse pas le seuil de 10 €. La différence peut être saisie à titre d'information dans la zone « détail » de la DP.

Enfin, pour tout écart au-delà du montant arrêté, le CGF contacte immédiatement le référent local pour régularisation. La saisie et la régularisation se feront via Chorus Com (sans certificat administratif) ou la ZDEP56.

Annexe 9 : outils et applications métiers interfacées ministériels

Chorus Formulaires

L'utilisation de Chorus Formulaires (CFO)

Le SP via CFO :

- ⑩ transmet ses demandes au CGF avec le formulaire adéquat (formulaire DA, formulaire SF, formulaire de demande de création/modification de tiers, subventions, EJ hors marché) ;

Le SP via Chorus formulaire nouvelle communication :

- transmet les TOP en début de mois au CGF via Chorus Formulaires Nouvelle Communication ;
- transmet les demandes de création/modification d'EJ ;
- répond aux chorus Formulaires transmis par le CGF.

Point d'attention et bonne pratique :

- ⑩ la délégation de signature est exigée pour l'utilisation de Chorus Formulaires ;
- ⑩ en cas d'utilisation impossible de CFO, le SP a recours à une fiche Chorus Formulaires Nouvelle Communication ;
- ⑩ le recours à l'utilisation de la boîte aux lettres fonctionnelle (si elle existe) se substitue exceptionnellement à celle de CFO.

Chorus Consultation/ Cœur Chorus

L'utilisation de Chorus :

Le SP :

- ⑩ utilise Chorus dans le cadre de ses objectifs de pilotage et de gestion du budget.

Le CGF :

- ⑩ exécute les demandes adressées par le SP ;
- ⑩ traite les factures ;
- ⑩ réalise la mise en paiement.

Point d'attention et bonne pratique :

- ⑩ Seul le CGF est habilité à réaliser les opérations de dépenses dans le cœur Chorus.

Chorus Pro

L'utilisation de Chorus Pro :

Le portail Chorus Pro permet aux entreprises et aux fournisseurs du secteur public (État, collectivités territoriales et secteur hospitalier) de déposer leurs factures dématérialisées.

Points d'attention et bonnes pratiques :

L'utilisation du portail Chorus Pro permet :

- aux fournisseurs de suivre en temps réel l'état d'avancement du traitement des factures ;
- de sécuriser les échanges et les tracer ;
- de diminuer leur délai de traitement.

Chorus DT

L'utilisation de Chorus DT :

- Le missionné via Chorus DT :
 - remplit sa demande
- L'assistance :
 - crée l'ordre de mission (OM) ;
 - valide l'OM.

Point d'attention et bonne pratique :

- ⑩ Indiquer la délégation de signature exigée pour l'utilisation de Chorus DT.

Les boîtes aux lettres fonctionnelles (BALF)

L'utilisation des BALF

Lorsque des échanges entre les acteurs par courriel sont prévus, il convient d'utiliser les BALF afin de tracer les échanges autant que possible

Point d'attention :

- ⑩ Préciser que l'utilisation des boîtes aux lettres fonctionnelles est supplétive et dérogatoire lorsqu'il n'est pas possible de recourir à Chorus Formulaires.

Annexe 10: guide méthodologique sur les règles d'archivage

Le Guide sur l'archivage applicable aux ordonnateurs et aux comptables publics dans le cadre de la dématérialisation est accessible à l'adresse ci-dessous :

https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publicue/files/files/documents/gestion_publicue/cadre_gestion_budgetaires/referentiels/Amelioration_MP3_guide_archivage_V1.pdf

Annexe 11 : fiche procédure « La gestion des avoirs »

1. La problématique des avoirs traités par le CGF

1.1 La situation initiale

Les factures d'avoir peuvent être produites dans plusieurs cas :

- ⑩ Retour de marchandises ;
- ⑩ Réductions commerciales sur la facture non effectuées ;
- ⑩ Correction d'une erreur de facturation (facture incorrecte à annuler entièrement, port facturé au lieu de franco, réparation d'un matériel qui était sous garantie, produit non reçu par le client, article facturé au lieu d'un autre (erreur de référence...), erreur de prix sur un article) ;
- ⑩ Emission via Chorus Pro de factures avant livraison, dont le montant est ajusté ultérieurement par l'émission d'un avoir.

Le dépôt de factures dans Chorus Pro génère les DP de façon automatique. Les fournisseurs peuvent également déposer des factures d'avoir sur Chorus Pro, générant ainsi des DP d'avoir selon les mêmes modalités.

Par ailleurs, dans l'attente de la généralisation de la dématérialisation des factures, les services reçoivent encore des factures d'avoir papier.

Depuis le déploiement du mode facturier, deux éléments de contexte sont relevés :

- ⑩ les marchés d'alimentation sont source d'un nombre élevé d'avoirs qui sont transmis par voie dématérialisée,
- ⑩ la réduction du DGP et les procédures mises en place pour constater le SF au plus près de la livraison ou de la prestation limitent pour les services prescripteurs les possibilités d'imputer un avoir sur la facture de leur choix. Un suivi spécifique de ces opérations est donc nécessaire.

1.2 Le circuit de gestion des avoirs au CGF

Les avoirs sont intégrés dans Chorus sous forme de DP typée "Avoir" et se traitent de manière habituelle, sans compensation préalable, au moyen de la restitution ZDEP56 :

- ⑩ DP d'avoir dématérialisée transmise par CHORUS dans la bannette. Les référents CGF en prennent connaissance en éditant la ZDEP 56. Ils indiquent dans le tableau des avoirs les références de la DP sur laquelle il convient d'imputer l'avoir. Ce tableau est transmis à minima mensuellement au CGF, et au plus une fois par semaine.
- ⑩ Facture d'avoir papier : la facture d'avoir est adressée directement au CGF qui la pré-enregistre. Le service prescripteur consulte la DP d'avoir pré-enregistrée via la restitution ZDEP56 et indique au CGF les références de la DP sur laquelle l'imputer. Si la facture d'avoir est adressée au service prescripteur, ce dernier la transmet au CGF qui la pré-enregistre.

2. Les modalités de traitement des avoirs dématérialisés au CGF

Quatre cas de figure possibles sont identifiés :

- ⑩ l'avoir se rapporte à une facture non payée ;
- ⑩ l'avoir se rapporte à une facture déjà payée, mais d'autres sont attendues ;
- ⑩ l'avoir se rapporte à une facture déjà payée, et le service prescripteur n'en recevra pas d'autre ;
- ⑩ l'avoir ne mentionne pas de facture d'origine.

Enfin, le groupe de travail a défini une procédure de traitement des DP d'avoir les plus anciennes.

2.1 L'avoir se rapporte à une facture non payée

Les modalités de traitement de l'avoir tiennent compte de son format papier ou dématérialisé, et de son montant par rapport au montant de la facture :

- ⑩ Réception d'une DP d'avoir dématérialisée et d'une facture dématérialisée de même montant :
 - Le CGF effectue la compensation entre les deux opérations. Dans la DP d'avoir, il renseigne la référence de l'EJ sur lequel doit intervenir l'avoir ainsi que le numéro de la DP de référence, et supprime les DP d'avoir et de facture en les affectant du code suppression 15 « suppression pour compensation d'avoir ». Il informe le service prescripteur en mettant à jour le tableau des avoirs.
 - Cette procédure est également appliquée lorsque le CGF a 2 DP d'avoir dont le montant total correspond au montant d'une facture en instance.
- ⑩ Réception d'une DP d'avoir dématérialisée et d'une facture de montant supérieur à celui de l'avoir :
 - Le CGF impute la DP d'avoir sur la DP créée. Dans la DP d'avoir, il renseigne l'EJ sur lequel doit intervenir l'avoir ainsi que le numéro de la DP de référence.
 - Le SF doit être constaté et certifié pour le montant de la facture qui reste à payer.
 - Si le service prescripteur a constaté le service fait pour la totalité de la facture, le CGF l'informe de la compensation via le tableau des avoirs. Le service prescripteur peut alors demander au CGF de récupérer le service fait certifié à tort.
- ⑩ Réception d'une DP d'avoir dématérialisée et d'une facture de montant inférieur à celui de l'avoir :
 - Sur demande du service prescripteur dans le tableau des avoirs, le CGF crée des DP d'avoir à hauteur de la facture, et effectue la compensation.
 - Si le montant de l'avoir est supérieur à celui de la facture, à l'appréciation de chaque service prescripteur, celui-ci peut demander au CGF d'imputer l'avoir sur plusieurs factures ou sur la totalité de la facture, et demander l'émission d'un indu pour le reste de l'avoir.
- ⑩ Réception d'un avoir papier et d'une facture papier :
 - Le CGF crée la DP pour le montant net et demande au service prescripteur le service fait par fiche com.

2.2 L'avoir se rapporte à une facture déjà payée, mais d'autres sont attendues

Dans ce cas de figure, le service prescripteur et le CGF appliquent les mêmes règles que celles définies dans le cas précédent. Le service prescripteur indique dans le tableau des avoirs les références de la facture suivante. Le CGF crée la DP en indiquant en référence le numéro de la facture transmise par le service prescripteur.

2.3 L'avoir se rapporte à une facture déjà payée, et aucune autre n'est attendue

Il convient de constater un indu à destination du fournisseur puis supprimer la DP d'avoir en l'affectant du code suppression 15.

Compte tenu du coût de traitement des indus, pour les indus de petit montant (inférieurs à 30 €), le service prescripteur est invité à contacter le fournisseur pour se faire reverser directement les fonds *via* la recette au comptant.

Pour les indus qui donnent lieu à émission d'un titre mais d'un montant faible, le fournisseur reçoit un titre, une lettre de relance. Les poursuites ne sont engagées que pour les montants significatifs³

Le service prescripteur informe le CGF de l'émission du titre sur le tableau des avoirs. Le CGF supprime la DP d'avoir en l'affectant du code suppression 15.

Le service prescripteur saisit un formulaire d'indu qui comporte en zone référence le numéro de la DP sur laquelle sera effectué le rétablissement de crédit, après imputation du recouvrement.

2.4 L'avoir ne mentionne pas de facture d'origine

Les factures d'avoir qui ne comportent pas de référence à une facture initiale ne sont pas valables *stricto sensu*⁴

Une facture d'avoir sans référence à la facture initiale est donc supprimée par le CGF en l'affectant du code suppression 15 qui en informe :

- ⑩ le fournisseur (information accessible *via* CHORUS pro ou courrier/mèl) ;
- ⑩ le service prescripteur, *via* fiche com, pour relance du fournisseur ou émission d'un indu (cas des factures du marché POMONA).

2.5 Modalités de traitement des DP d'avoir les plus anciennes

Une fois par trimestre, le CGF établira un tableau des avoirs en instance pour chaque prescripteur. Il sera adressé par fiche comm aux référents pour analyse et traitement des DP d'avoir les plus anciennes :

- ⑩ maintien dans CHORUS ;
- ⑩ blocage du service fait d'une facture de gros montant afin d'y imputer plusieurs avoirs émis par le même fournisseur ;
- ⑩ émission d'un titre d'indu.

³Seuil défini par chaque comptable de recouvrement

⁴Conformément au 5 du I de l'article 289 du CGI, la facture rectificative ou la note d'avoir doit, d'une part, faire référence de manière explicite à la facture initiale (numéro et date de la facture), d'autre part, comporter l'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur, à l'exception toutefois de celles visées aux 2° et 12° du I de l'article 242 nonies A de l'annexe II au CGI, dont l'assujetti peut se dispenser.

Annexe 12 : éléments relatifs au délai global de paiement

La restitution infocentre Chorus INF-DEP-56 permet de mesurer le délai global de paiement (DGP) de l'ensemble de la chaîne de la dépense quel que soit le mode de paiement (mode classique ou mode facturier), et sans lien avec un acteur donné (gestionnaire, comptable). Elle détaille, par ailleurs le délai global de paiement en 4 sous délais (délai d'ordonnancement, délai de transmission des pièces justificatives, délai de visa et délai de rapprochement).

Le délai global de paiement :

Pour la commande publique, le point de départ du délai global de paiement est la date de réception de la facture ou la date de constatation du service fait si elle est postérieure (ex : réception des marchandises). Ce point de départ est matérialisé par **la date de base** dans Chorus. Pour rappel, dans Chorus, la date de constatation du service fait correspond à la date d'effet (date de pièce) du service fait.

Le délai global court jusqu'à la date de mise en paiement de la demande de paiement majorée de un jour pour tenir compte du délai bancaire. Il est minoré du nombre de jours de suspension gestionnaire et comptable, renseigné par le gestionnaire ou le comptable, dans le cas d'événements imputables au fournisseur et qui s'opposent à la mise en paiement. La date de mise en paiement correspond à **la date de rapprochement** dans Chorus.

Le guide sur le délai global de paiement (DGP) des dépenses de l'Etat (version du 28 décembre 2016) détaille les événements susceptibles de modifier le calcul de cet indicateur.

Annexe 13 : obligation de dématérialisation des factures et relation avec les fournisseurs

Rappel législatif et réglementaire.

L'ordonnance n° 2014-697 du 26 juin 2014 relative au développement de la facturation électronique.

I. - L'obligation prévue au I de l'article 1er s'applique aux contrats en cours d'exécution ou conclus postérieurement :

1° Au 1er janvier 2017 : pour les grandes entreprises et les personnes publiques ;

2° Au 1er janvier 2018 : pour les entreprises de taille intermédiaire ;

3° Au 1er janvier 2019 : pour les petites et moyennes entreprises ;

4° Au 1er janvier 2020 : pour les microentreprises.

Le décret n° 2008-1354 du 18 décembre 2008 relatif aux critères permettant de déterminer la catégorie d'appartenance d'une entreprise pour les besoins de l'analyse statistique et économique, précise dans son article 3 :

La catégorie des microentreprises est constituée des entreprises qui occupent moins de 10 personnes et possèdent un chiffre d'affaire annuel ou un total de bilan n'excédant pas 2 millions d'euros ;

La catégorie des petites et moyennes entreprises (PME) est constituée des entreprises qui occupent moins de 250 personnes et possèdent un chiffre d'affaire annuel n'excédant pas 50 millions d'euros ou un total de bilan n'excédant pas 43 millions d'euros ;

La catégorie des entreprises de taille intermédiaire (ETI) est constituée des entreprises qui n'appartiennent pas à la catégorie des petites et moyennes entreprises, qui occupent moins de 5 000 personnes et possèdent un chiffre d'affaires annuel n'excédant pas 1 500 millions d'euros ou un total de bilan n'excédant pas 2 000 millions d'euros ;

La catégorie des grandes entreprises (GE) est constituée des entreprises qui ne sont pas classées dans les catégories précédentes.

1. Les modalités de traitement des factures

Le CGF rejette les factures :

lorsqu'une entreprise soumise à l'obligation de dématérialisation transmet une facture en dehors de la solution Chorus Pro (en format papier ou par courriel). Cette entreprise devra faire partie de la liste des fournisseurs ayant fait l'objet d'une information préalable. Ce rejet ne fait courir aucun délai de paiement ;

A contrario, en l'absence d'information préalable, il sera procédé au paiement de la facture. Par ailleurs, le CGF informera l'entreprise de la mise en paiement et lui précisera qu'à compter de ce jour, les factures déposées en dehors du portail Chorus Pro seront rejetées. Un fichier recensant les entreprises ayant fait l'objet de cette information préalable sera établi ;

Lorsqu'une facture ne mentionne pas les références permettant de la traiter et après recherche dans l'outil ;

Les factures envoyées par erreur aux SP au lieu du CGF devront être renvoyées aux fournisseurs avec un courrier de rappel de l'adresse de facturation.

2. Les appels téléphoniques des fournisseurs

2.1 Pour les fournisseurs hors immobilisation et travaux (généralement fonctionnement) :

A. Appels reçus au CGF

l'appel concerne le non-paiement :

- le CGF vérifie que la facture n'est pas en instance de paiement dans ses services : si c'est le cas il donne directement la réponse au fournisseur ;
 - en cas de SF manquant, le CGF en informe le fournisseur ;
- et contacte le service prescripteur s'il s'agit d'un défaut de constatation du service fait ;
- Le SP apportera la réponse au CGF dans les 48h de la sollicitation du fournisseur.

l'appel concerne la non-identification du paiement :

le CGF, s'il identifie la facture, apporte la réponse au fournisseur. A défaut, il invite le fournisseur à contacter le SP (circuit court pour le fournisseur).

B. Appels reçus dans les SP

L'appel concerne le non-paiement :

Les SP consultent Chorus et vérifient l'existence ou non d'un SF.

Dans l'affirmative : le service transmet la demande du fournisseur au CGF par messagerie ou par fiche Com, avec tous les éléments qui permettent au CGF de retrouver la facture et la DP.

Dans la négative : s'il s'agit d'un oubli, le SP saisit la constatation du SF. S'il s'agit d'une prestation non réalisée, le service en informe le fournisseur.

2.2 Pour les fournisseurs d'immobilisation ou travaux :

Le CGF, après avoir contrôlé que les factures ne sont pas en instance dans son service, réoriente directement le fournisseur vers le référent du département immobilier concerné (cas dérogatoire où les factures arrivent directement au SP).

2.3 Pour les créanciers relatifs aux baux :

Le CGF répond aux interrogations concernant le paiement des baux. Pour toute autre question, il réoriente le fournisseur vers le service prescripteur concerné.

RECTORAT

R76-2021-04-30-00074

Convention de délégation de gestion entre le
Rectorat de l'Académie de Montpellier Sophie
BEJEAN et la DDFIP de l'Herault



Convention de délégation de gestion entre le Rectorat de l'Académie de Montpellier et la DDFIP de l'Hérault

La présente délégation est conclue en application :

- du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 modifié relatif à la délégation de gestion dans les services de l'État ;
- du décret n° 2018-803 du 24 septembre 2018 modifiant le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique et autorisant diverses expérimentations (article 37) ;
- de l'arrêté du 22 novembre 2019 modifié portant création, à titre expérimental, d'un centre de gestion financière placé sous l'autorité du directeur départemental des finances publiques de l'Hérault ;
- du décret n°2020-1542 du 9 décembre 2020 relatif aux compétences des autorités académiques dans le domaine des politiques de la jeunesse, de l'éducation populaire, de la vie associative, de l'engagement civique et des sports.

Entre le Rectorat de région académique Occitanie, représenté par Sophie BÉJEAN, Rectrice, désigné sous le terme de « délégrant », d'une part,

Et

La direction départementale des finances publiques de l'Hérault, représentée par Alain CITRON, directeur métiers, désigné sous le terme de « délégataire », d'autre part.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1er : Objet de la délégation

En application du décret du 14 octobre 2004 susvisé et dans le cadre de sa délégation d'ordonnancement secondaire, le délégrant confie au délégataire, en son nom et pour son compte, dans les conditions ci-après précisées, l'exécution des opérations d'ordonnancement des dépenses relevant des programmes suivants:

N° de programme	Libellé
163	Jeunesse et Vie Associative
219	Sport
364	Cohésion

Le délégrant assure le pilotage des autorisations d'engagement (AE) et des crédits de paiement (CP) et n'est pas dégagé de sa responsabilité sur les actes dont il a confié la réalisation au délégataire.

Article 2 : Prestations accomplies par le délégataire

Le délégataire est chargé de l'exécution des décisions du délégant, s'agissant des actes énumérés ci-après.

1. Le délégataire assure, pour le compte et sur demande formalisée du délégant, le traitement des actes suivants :

- a) Il saisit et valide les engagements juridiques ;
- b) Il notifie aux fournisseurs les bons de commande validés dans Chorus ;
- c) Il saisit la date de notification des actes ;
- d) Il réalise, lorsqu'il y a lieu, la saisine du contrôleur budgétaire et/ou de l'ordonnateur secondaire de droit selon les seuils prévus ;
- e) Le cas échéant, il enregistre la certification du service fait sur demande formalisée du service prescripteur ;
- f) Il instruit, saisit et valide les demandes de paiement ;
- g) Il réalise, en liaison avec le service prescripteur, les travaux de fin de gestion et saisit notamment dans Chorus les opérations d'inventaire validées au sein des services par le responsable d'inventaire ;
- h) Il tient la comptabilité auxiliaire des immobilisations ;
- i) Il participe au dispositif de contrôle interne budgétaire et comptable du service prescripteur ;
- j) Il réalise l'archivage des pièces qui lui incombent.

2. Le délégant reste chargé des décisions de dépenses, de la constatation et de la certification du service fait, du pilotage de ses crédits et de l'archivage des pièces qui lui incombent.

Article 3 : Obligations du délégataire

Le délégataire exécute la délégation dans les conditions et les limites fixées par le présent document et acceptées par lui.

Le délégataire s'engage à assurer les prestations qui relèvent de ses attributions, à maintenir les moyens nécessaires à la bonne exécution des prestations, à assurer la qualité des informations budgétaires et comptables enregistrées dans Chorus et à rendre compte de son activité.

Article 4 : Obligations du délégant

Le délégant s'engage à fournir, en temps utile, tous les éléments d'information dont le délégataire a besoin pour l'exercice de sa mission.

Article 5 : Exécution de la délégation

Le chef du service délégataire est autorisé à subdéléguer à ses subordonnés l'exécution des actes mentionnés au 1 de l'article 2.

Article 6 : Modification du document

Toute modification des conditions ou des modalités d'exécution de la présente délégation, définie d'un commun accord entre les parties, fait l'objet d'un avenant dont un exemplaire est transmis au contrôleur budgétaire.

Article 7 : Durée, reconduction et résiliation du document

Le présent document prend effet le 1^{er} janvier 2021. Il est établi pour l'année 2021 et reconduit tacitement, d'année en année, dans la limite de trois années.

Il peut être mis fin à tout moment à la délégation de gestion, sur l'initiative d'une des parties signataires, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois. La dénonciation de la délégation de gestion doit prendre la forme d'une notification écrite. L'ordonnateur secondaire de droit et le contrôleur budgétaire doivent en être informés.

La convention de délégation de gestion est transmise au contrôleur budgétaire, accompagnée de la délégation d'ordonnancement secondaire du délégant et du délégataire.

Ce document sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à **Montpellier**

Le **30 AVR. 2021**

<p style="text-align: center;">Le délégant</p> <p>Rectorat de région académique Occitanie (Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports)</p> <p style="text-align: center;">La Rectrice</p>  <p style="text-align: center;">Sophie BÉJEAN</p>	<p style="text-align: center;">Le délégataire</p> <p>Direction départementale des finances publiques de l'Hérault</p> <p style="text-align: center;">Le Directeur « métiers »</p>  <p style="text-align: center;">Alain CITRON</p>
<p style="text-align: center;">Visa du Préfet de la région Occitanie Préfet de la Haute Garonne</p>  <p style="text-align: center;">Étienne GUYOT</p>	<p style="text-align: center;">Visa du Préfet de l'Hérault</p>  <p style="text-align: center;">Jacques WITKOWSKI</p>