



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CENTRE-VAL DE
LOIRE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R24-2016-127

PUBLIÉ LE 18 AOÛT 2016

Sommaire

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-08-12-001 - 2016 OSMS 0068 PAPRAPS 2016 2019 (36 pages)	Page 3
R24-2016-07-12-009 - 2016 OSMS TARIF 0057 CH Chartres (2 pages)	Page 40
R24-2016-07-12-008 - 2016 OSMS TARIF 0058 CH Dreux (2 pages)	Page 43
R24-2016-07-28-008 - 2016 OSMS TARIF 0059 CHAM (2 pages)	Page 46
R24-2016-07-28-007 - 2016 OSMS TARIF 0060 Les Sablons (1 page)	Page 49
R24-2016-08-12-002 - 2016-OSMS-AAP-CS-0098 RAA (2 pages)	Page 51
R24-2016-08-17-001 - arrêté 2016-SPE-0058 du 17 août 2016 portant autorisation de fonctionnement d'un laboratoire de biologie médicale multi sites n° 37-84 (3 pages)	Page 54

Délégation départementale de l'ARS Centre-Val de Loire

R24-2016-06-13-024 - ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0084 fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril du centre hospitalier régional universitaire de Tours (2 pages)	Page 58
R24-2016-06-13-023 - ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0085 fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril du centre hospitalier intercommunal d'Amboise (2 pages)	Page 61
R24-2016-06-13-020 - ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0086 fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril du centre hospitalier du Chinonais de Chinon (2 pages)	Page 64
R24-2016-06-13-021 - ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0087 fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril du centre hospitalier de Loches (2 pages)	Page 67
R24-2016-06-13-022 - ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0088 fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril du centre hospitalier de Luynes (2 pages)	Page 70

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-08-12-001

2016 OSMS 0068 PAPRAPS 2016 2019

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRÊTÉ
N°2016-OSMS-0068**

**Fixant le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
(PAPRAPS) en région Centre –Val de Loire**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L 162-1-17, L 162-30-4, R 162-44 et suivants ;

Vu le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé (ARS) ;

Vu le décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne BOUYGARD, en qualité de Directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire à compter du 4 avril 2016 ;

Vu l'arrêté N°2015-OSMS-0070 du 4 mai 2015 portant nomination des membres du Comité de suivi du plan triennal dit « Plan ONDAM » ;

Vu l'arrêté N°2016-OSMS-0052 du 21 juin 2016 modifiant l'arrêté 2016-OSMS-0042 portant nomination des membres de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins ;

Vu l'avis rendu par l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) de la région Centre-Val de Loire le 29 juin 2016, sur le projet de PAPRAPS ;

Vu l'avis du Comité de suivi du plan triennal dit « Plan ONDAM » de la région Centre-Val de Loire, réuni en formation plénière le 4 juillet 2016, sur le projet de PAPRAPS ;

ARRÊTE

Article 1er : Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins Centre – Val de Loire, tel qu'annexé au présent arrêté, est adopté après avis du Comité de suivi du plan triennal dit « Plan ONDAM » et consultation de l'IRAPS.

Ce document peut être consulté sur le site internet de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire :

<http://www.ars.centre-val-de-loire.sante.fr/ARS-Centre.centre.0.html>

Article 2 : Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans le délai de deux mois à compter de sa publication :

- Soit d'un recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'agence régionale de santé du Centre-Val de Loire -Cité Coligny-131 rue du faubourg Bannier -BP 74409 - 45044 Orléans Cedex 1

- Soit d'un recours contentieux devant le tribunal administratif d'Orléans-28 rue de la Bretonnerie - 45057 Orléans cedex 1

Article 3 : Le Directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 12 août 2016
La Directrice générale de l'Agence Régionale
de Santé Centre-Val de Loire
Signé : Anne BOUYGARD

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la Pertinence des soins 2016-2019

Région Centre-Val de Loire

Août 2016

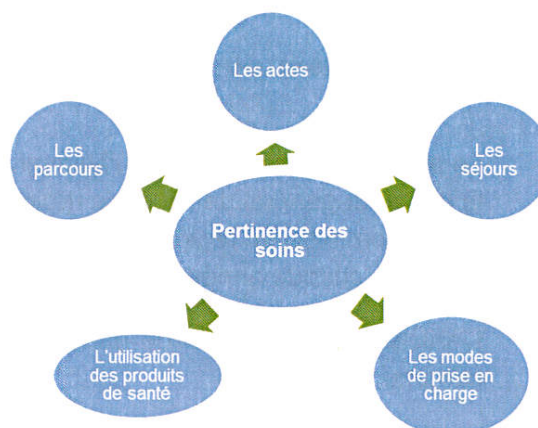
SOMMAIRE

I - Introduction.....	3
II - La pertinence des actes.....	9
III - La pertinence des modes de prise en charge.....	21
IV - La pertinence des séjours.....	30

I- Introduction

1. Pertinence des soins : de quoi s'agit-il ?

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales. La pertinence des soins est une notion évolutive car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.



Ainsi, la HAS retient que l'analyse de la pertinence d'une intervention de santé comporte potentiellement plusieurs dimensions :

- ✓ la balance entre les bénéfices et les risques ;
- ✓ la probabilité pour l'intervention d'aboutir aux résultats attendus (par comparaison avec d'autres traitements) ;
- ✓ la qualité de l'intervention de santé (au regard de standards) ;
- ✓ la prise en compte des préférences des patients (ce qui implique une information appropriée) ;
- ✓ la prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé.

Travailler sur la pertinence des soins, c'est identifier et travailler sur les marges d'optimisation individuelles et collectives pour assurer le juste soin.

2. Une ambition renouvelée portée par un nouveau cadre législatif et réglementaire

La promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé s'inscrit dans un nouveau cadre juridique. Ainsi, l'article 58¹ de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 prévoit l'élaboration par l'agence régionale de santé d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

Le décret n° 2015-1511 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé précise le contenu du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ainsi que ses modalités d'élaboration et d'évaluation et crée une instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins.

¹Les dispositions de l'article 58 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 sont codifiées dans le chapitre II du titre VI du livre Ier de la sécurité sociale : modification de l'art. L162-1-17 et création de l'art. L162-30-4 du CSS.

3. Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

3.1 Le cadre national

3.1.1 Contenu et modalités d'élaboration

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé pour une durée de quatre ans, après avis de la commission régionale de gestion du risque siégeant en formation plénière. Il est révisable chaque année dans les mêmes conditions.

L'article R 162-44 du code de la CSS issu du décret du 19 novembre 2015 en précise le contenu :

- ✓ le diagnostic de la situation régionale réalisé sur un champ thématique délimité par la commission régionale de gestion du risque avec le concours de l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins,
- ✓ les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé, en définissant les actes, prestations et prescriptions retenus qui portent, le cas échéant, sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement,
- ✓ les actions communes aux domaines prioritaires choisis et la déclinaison, pour chacun d'eux, des actions qui seront menées en précisant le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre,
- ✓ les modalités de suivi et d'évaluation des actions retenues.

Le plan régional d'amélioration de la pertinence des soins permet ainsi de mettre en œuvre des outils gradués à l'égard des établissements

- ✓ les établissements faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins,
- ✓ les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable.

3.1.2 Les outils réglementaires

3.1.2.1 Le contrat d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS)

L'article L 162-30-4 du CSS instaure le contrat d'amélioration de la pertinence des soins.

Le décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 précise le contenu et la procédure de conclusion de ce contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins, signé entre l'établissement de santé, l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie.

Il définit les modalités d'évaluation des objectifs fixés au contrat ainsi que la procédure de sanction applicable lorsque les objectifs fixés ne sont pas atteints ou lorsque l'établissement refuse de signer le contrat.

Conclu pour une durée de un à deux ans, ce contrat a un double objectif :

- ✓ l'amélioration de la qualité des actes, des prestations ou des prescriptions réalisés par l'établissement de santé et la qualité des parcours ;
- ✓ la réduction ou la substitution d'actes, prestations, prescriptions.

A terme, le CAPS sera intégré dans un contrat unique : le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins instauré par la loi de financement de la sécurité sociale 2016.

3.1.2.2 Le dispositif de mise sous accord préalable (MSAP)

Les objectifs de la MSAP

Initié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008², le dispositif de MSAP des établissements de santé répond à un objectif d'amélioration de la pertinence des actes, des prestations d'hospitalisation et des prescriptions.

Les campagnes de MSAP permettent de sensibiliser les établissements et les professionnels de santé à l'application des référentiels médicaux de la HAS ou des sociétés savantes et à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients.

Cette procédure, qui se traduit pour les établissements et pour les professionnels y exerçant par une supervision temporaire, sur un périmètre d'activité limité, a d'abord un objectif pédagogique et préventif et est de nature à entraîner une accélération du changement des pratiques des équipes médicales.

Les critères de ciblage prévus par les textes

La procédure concerne tous les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) quel que soit leur statut (public, privé non lucratif ou privé lucratif).

Les motifs de ciblage de MSAP sont prévus à l'article L.162-1-17 du CSS. La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

- ✓ une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation,
- ✓ une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation,
- ✓ un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable,

² Les modalités de mise en œuvre de la MSAP sont définies par l'article R 162-44-3.

- ✓ une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

Le ciblage des établissements est réalisé conjointement par l'Assurance Maladie et l'ARS.

La procédure de MSAP

Une fois le ciblage des établissements effectué en application des critères définis dans le plan d'actions pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en application de l'article L162-1-17 du CSS,

- ✓ après avis de l'organisme local d'assurance maladie,
- ✓ et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire,

subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder 6 mois, la prise en charge par l'Assurance Maladie des actes, des prestations d'hospitalisation, des prescriptions concernées.

La procédure contradictoire, prévue par l'article R162-44-3 du CSS, repose sur les étapes suivantes :

- ✓ le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à l'établissement un courrier l'informant de son intention de le mettre sous accord préalable sur des actes, prestations ou prescriptions,
- ✓ dans un délai de 1 mois à compter de sa réception, l'établissement peut présenter des observations écrites ou demander à être entendu par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant,
- ✓ à l'issue de cette phase contradictoire, et après avis de l'organisme local d'Assurance Maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie sa décision motivée à l'établissement en lui précisant la date d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, la nature des actes, prestations ou prescriptions concernées ainsi que les délais et voies de recours.

3.1.2.3 L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)

Conformément au décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, une instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins est instituée, associant étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins.

Elle est consultée sur l'élaboration et les révisions du plan d'actions pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) ainsi que sur son évaluation.

L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins est composée de 20 membres maximum nommés par directeur général de l'Agence régionale de santé et comprend obligatoirement :

- ✓ Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;
- ✓ Le directeur de l'organisme ou du service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou son représentant ;
- ✓ Un représentant de chacune des fédérations hospitalières représentatives au niveau régional ;
- ✓ Un professionnel de santé exerçant au sein d'un établissement de santé de la région ;
- ✓ Un représentant de l'une des unions régionales des professionnels de santé ;
- ✓ Un représentant des associations d'usagers agréées mentionnées à l'article L.1114-1 du code de la santé publique au niveau régional ou, à défaut, au niveau national.

3.2 La déclinaison en région Centre – Val de Loire

3.2.1 Les objectifs du PAPRAPS Centre – Val de Loire

La mise en place du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins a pour ambition de :

- ✓ renforcer la dynamique régionale avec les professionnels en les associant plus en amont et en les rendant acteurs des démarches régionales de pertinence,
- ✓ proposer une « action graduée » en renforçant la dimension appui et accompagnement avant la mobilisation de leviers plus coercitifs,
- ✓ donner une cohérence et une lisibilité d'ensemble aux actions conduites en région.

3.2.2 Le périmètre du PAPRAPS en région Centre-Val de Loire

Sous l'impulsion du plan triennal pour l'efficacité et la performance du système de soins, les travaux relatifs à la pertinence des actes ont été relancés au cours du second trimestre 2015 avec pour objectif de cibler, dans un premier temps, quelques actes sur lesquels un travail avec les professionnels concernés permettrait une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en réduisant l'hétérogénéité des pratiques médicales, ainsi que, le cas échéant, les dépenses de santé.

Délimité par la commission régionale de la gestion du risque, le périmètre du PAPRAPS de la région Centre – Val de Loire comprend :

- ✓ les 3 actes sélectionnés parmi les 33 ciblés au plan national,
- ✓ dans la continuité du PAPRAPS dérogatoire arrêté en décembre 2015, les thématiques des campagnes nationales de mise sous accord préalable :
 - les autres actes ciblés,
 - la chirurgie ambulatoire,

- les admissions en soins de suite et de réadaptation et certaines prestations hospitalières.

Il est à noter que le PAPRAPS ne recense pas de façon exhaustive l'ensemble des actions régionales menées dans le cadre de la pertinence de soins : il décrit plus particulièrement les champs sélectionnés dans le cadre des travaux relatifs à la pertinence, notamment ceux pour lesquels la contractualisation tripartite et/ou la MSAP sont envisagées ou mises en œuvre.

Révisable chaque année, le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins s'adaptera aux nouvelles investigations régionales. Ainsi :

- ✓ d'autres thématiques pourront être intégrées,
- ✓ d'autres leviers d'action pourront être utilisés pour des thématiques déjà identifiées.

II- La pertinence des actes

1. La situation en région Centre – Val de Loire

Le ministère chargé de la santé a décidé, en lien avec la HAS et la CNAMTS, de focaliser son action sur 33 activités très fréquentes (césarienne, opération de la cataracte, appendicectomie, opération du syndrome du canal carpien, pose de prothèse de hanche et de genoux, chirurgie bariatrique...).

A quelques exceptions près, la région Centre - Val de Loire ne présente pas de taux de recours manifestement atypiques par rapport à ceux constatés au plan national. Pour autant, des variations importantes de taux de recours à certains soins hospitaliers sont constatés entre territoires, entre établissements ; variations que les indicateurs démographiques ou sanitaires (notamment épidémiologiques) ne suffisent pas à expliquer.

Ainsi, les 33 gestes ciblés au plan national ont été analysés en combinant des critères quantitatifs et qualitatifs :

- ✓ taux de recours régional comparé à la moyenne nationale et dispersion intra-régional,
- ✓ existence de référentiels HAS suffisamment récents et robustes,
- ✓ enjeu de santé publique ou de sécurité sanitaire (*cf.* évènements indésirables graves),
- ✓ enjeux économiques, appréciés au regard du volume d'actes, mais également de coûts indirects tels que les incapacités de travail, invalidités...
- ✓ l'existence de moyens d'action efficaces.

Sur cette base, trois gestes ont été sélectionnés :

- ✓ les césariennes programmées en raison d'une hétérogénéité notable des pratiques entre territoires et du fort taux de recours de certains établissements,
- ✓ la chirurgie bariatrique en raison d'une augmentation rapide du taux de recours (+13% entre 2013 et 2014), d'une forte hétérogénéité entre territoires et des enjeux de sécurité sanitaire (mortalité post-opératoire, par exemple),
- ✓ la chirurgie du rachis en raison d'une forte progression ces dernières années, d'enjeux économiques, et d'une sinistralité non négligeable et très invalidante.

2. La chirurgie bariatrique

2.1. Le diagnostic régional³

La région Centre – Val de Loire présente une prévalence de l'obésité de 17 %, 2 points supérieure à la moyenne nationale.

Profil des patients opérés :

- ✓ Des femmes jeunes dont l'IMC > 40 dans plus de 70% des cas (sex-ratio de 0,16 et âge moyen de 39 ans).
- ✓ La chirurgie bariatrique chez des patients à obésité non morbide a augmenté de 18% en 2013. Cette augmentation est concentrée sur un établissement dont l'activité a cru de 30% en 2013. Au total, les patients à obésité non morbide représentent 17% des actes de chirurgie bariatrique en 2013.
- ✓ La part des jeunes patients (18-20 ans) a progressé dans la plupart des établissements.
- ✓ Un pourcentage significatif de patients pour lesquels au moins 2 étapes du parcours pré-opératoire ne sont pas respectées, tant en 2013 qu'en 2014.

Résultats de la chirurgie

- ✓ Sur la période 2006-2009, dans 55% des cas, diminution d'IMC, pas de changement dans 39% des cas et une augmentation dans 6% des cas

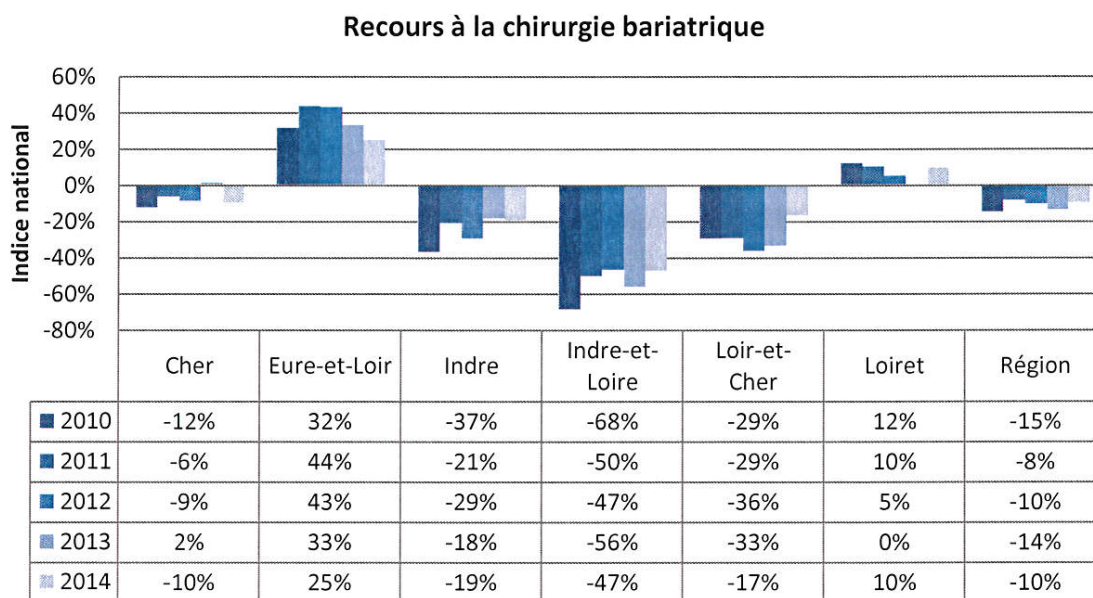
Evolution de l'activité et du recours à la chirurgie bariatrique ces dernières années :

- ✓ L'activité de chirurgie bariatrique a doublé entre 2009 et 2012.
- ✓ Elle reste concentrée sur quelques établissements : 4 d'entre eux représentent 70% des séjours.
- ✓ Forte dispersion entre départements, le Loiret représentant 40% des séjours produits dans la région.
- ✓ Après une inflexion en 2013 (+4%), l'activité des établissements de la région repart en 2014 (+13%).
- ✓ En 2013, le taux de fuite est de 27% et l'attractivité de 8%.
- ✓ Au total, en 2014 l'indice de taux de recours standardisé (écart avec la moyenne nationale), varie de 0,53 dans l'Indre et Loire à 1,25 dans l'Eure et Loir.

³ Sources : études UREH (2006-2009, 2009-2010 et 2011-2013), Scan Santé (taux de recours MCO 2013 et 2014), Indicateurs de ciblage CNAMTS 2013 et 2014

En 2014, la consommation des habitants de la région Centre – Val de Loire a représenté 1604 actes de chirurgie bariatrique.

Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux recours standardisé national (indice national) :



Territoires ciblés	Calendrier
28 Eure et Loir	2016 - 2017
45 Loiret	2016 - 2017

2.2. Le plan d'action régional

Trois constats ont orienté la définition du plan d'action :

- ✓ l'obésité est une maladie chronique nécessitant une prise en charge médicale au long court, la chirurgie bariatrique trouvant sa place dans un parcours de soins organisé,
- ✓ un parcours pré et post-opératoire encore bien souvent incomplet,
- ✓ des pratiques variables selon les territoires et les établissements, avec un sur-recours dans deux territoires, et une conformité aux recommandations HAS qui n'est pas toujours avérée.

Dès lors, améliorer la pertinence de la chirurgie bariatrique nécessite :

- ✓ d'organiser et structurer la filière obésité, c'est le rôle des deux centres spécialisés de l'obésité (CSO) de la région,
- ✓ de conduire des actions ciblées à destinations des établissements.

2.2.1 Contribution des CSO à la diffusion des bonnes pratiques

Mission des CSO

En sus de leur implication clinique en qualité de centre de recours (niveau III) dans le champ de l'obésité adulte et pédiatrique, les deux CSO ont la responsabilité de l'organisation d'une filière de soins dédiée à l'obésité sur la région Centre-Val de Loire dont les objectifs sont les suivants :

- ✓ Permettre à chaque personne en situation d'obésité ou de surpoids d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Cet objectif passe par l'élaboration de relations fonctionnelles et de partenariats formalisés visant à assurer la cohérence et la continuité du parcours de santé sur l'ensemble des niveaux de recours (efficience de la prise en charge).
- ✓ Promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité.
- ✓ Faciliter la diffusion des compétences au sein du territoire.
- ✓ Assurer la visibilité de la filière de soins pour les professionnels de santé et les patients.

Leviers d'action identifiés

Suite aux résultats de l'état des lieux, les leviers stratégiques suivants ont été identifiés :

- ✓ **Inform**, **communiquer** pour une lisibilité accrue de l'offre de soins
- ✓ **Former** les professionnels au dépistage, à la prise en charge de premier niveau et au repérage des signes de gravité
- ✓ **Inciter au respect des bonnes pratiques** telles que recommandées par la HAS
- ✓ Modifier le **regard porté sur l'obésité** et la stigmatisation qui en découle
- ✓ Organiser le système de prise en charge pour une plus grande **cohérence des parcours de soins**
- ✓ **Coordonner** entre eux les différents intervenants
- ✓ Souligner l'insuffisance de l'implantation territoriale des **programmes d'ETP** dédiés à l'obésité et l'insuffisance de leur **valorisation**

Actions au service des bonnes pratiques y compris en chirurgie bariatrique

- ✓ Rédaction et adhésion des établissements partenaires à une « charte des bonnes pratiques des CSO de région Centre-Val de Loire » soulignant la nécessité d'une pluridisciplinarité de l'offre de soins
- ✓ Création d'un site internet (www.ObeCentre.fr) regroupant

- des informations sur la maladie
- des outils d'aide à la prise en charge
- les recommandations HAS
- une offre de formation à la prise en charge médico-chirurgicale de cette maladie chronique
- un annuaire de professionnels médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge de ces patients
- la liste des programmes ETP existants sur le territoire
- une déclinaison territoriale de l'offre de transport bariatrique (à venir)
- ✓ Organisation régulière des RCP de recours assurée par le CHRU de Tours pour les partenaires de la filière territoriale
- ✓ Organisation d'une journée régionale et/ou départementale d'échanges sur les pratiques professionnelles à destination des acteurs impliqués dans la prise en charge de l'obésité (à venir)

2.2.2 Actions ciblées à destinations des établissements

Actions	Calendrier
Communication et sensibilisation auprès de tous les établissements	2016
Mise en œuvre de la procédure de MSAP	2016
Réaliser, si besoin, des contrôles de pertinence a postériori	2016-2017
Mener, si besoin, des dialogues communs ARS / AM avec les chirurgiens d'établissements ciblés	à partir de 2017
Suivre la variation du taux de recours des deux territoires ciblés	à partir de 2017
Contractualiser avec les établissements ciblés	à partir de 2017

Outils	Calendrier
Contrat d'amélioration de la pertinence des actes	à partir de 2017
MSAP	2016

2.3. Les modalités d'évaluation et de suivi

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Ecart entre le taux de recours à la chirurgie bariatrique des territoires ciblés et le taux de recours national	Diminution de l'écart
Taux de conformité aux recommandations HAS : respect des grandes étapes du parcours préopératoire	Augmentation

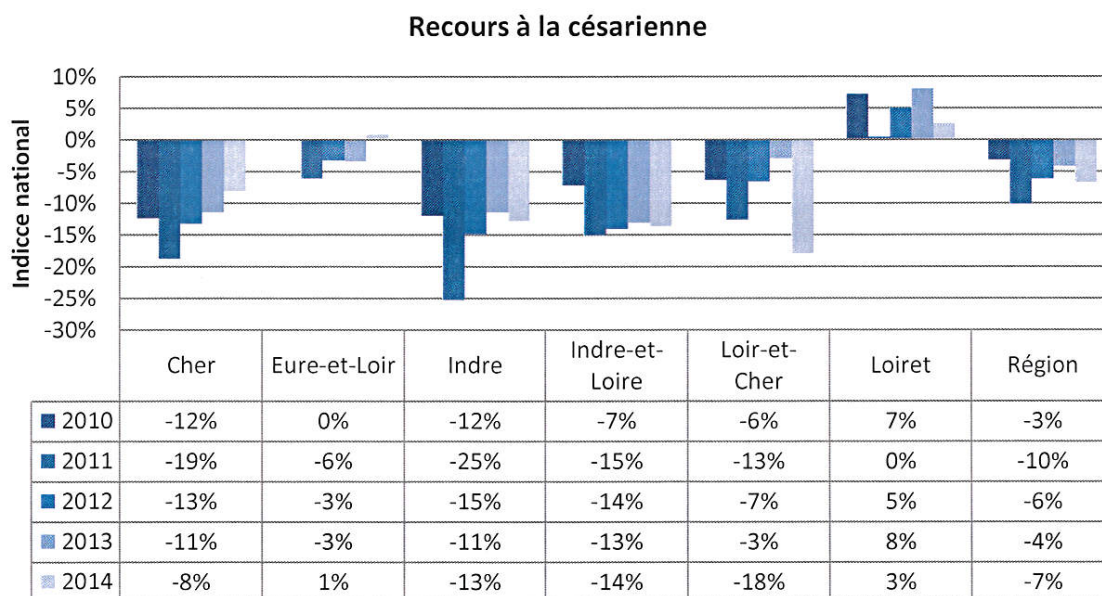
3. La césarienne programmée à terme

3.1. Le diagnostic régional⁴

Au-delà des recommandations HAS, de nombreux outils pour accompagner les maternités existent (cf. notamment le programme d'amélioration des pratiques: guide, documents d'information...). De plus, de nombreuses expériences en région démontrent l'existence de leviers d'amélioration des pratiques par une démarche régionale d'accompagnement.

En région Centre – Val de Loire, le taux de recours 2014 est légèrement inférieur à la moyenne nationale (indice 0,93), cependant, on constate une hétérogénéité territoriale significative (indice compris entre 0,86 et 1,02).

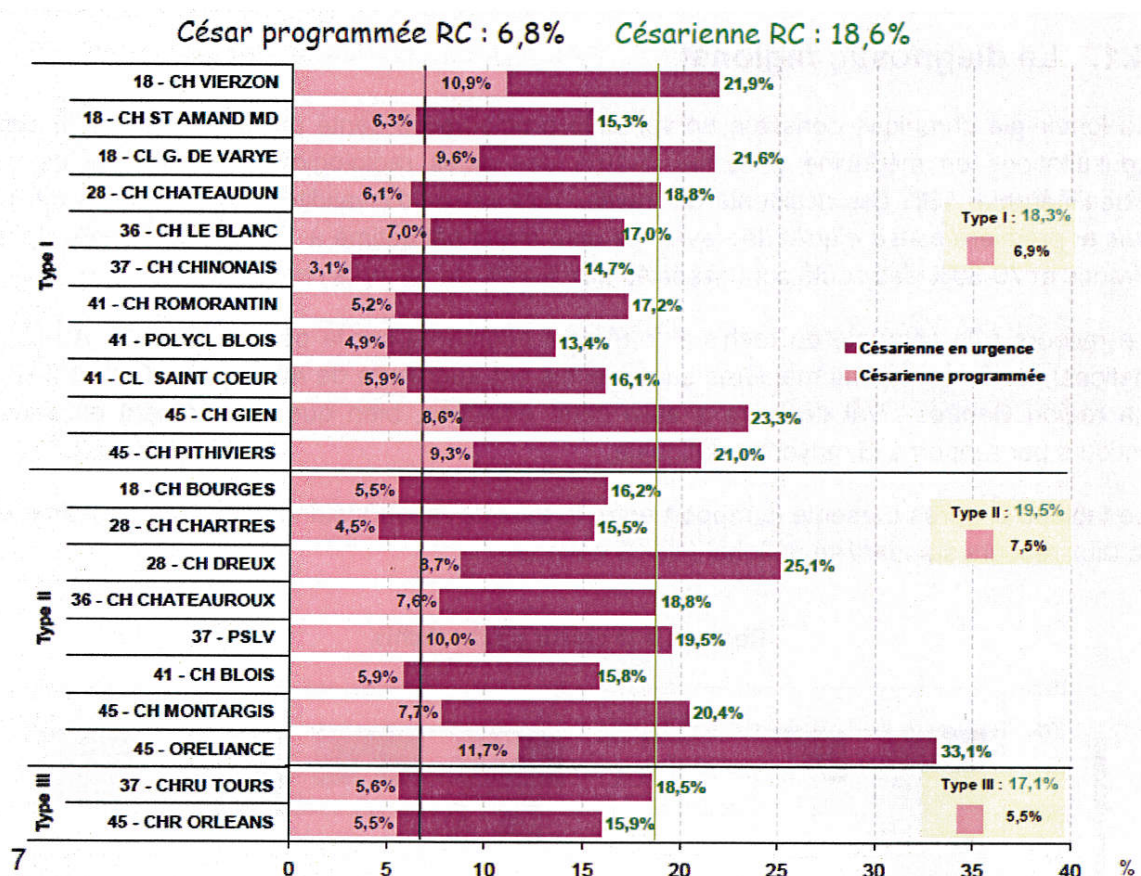
Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux recours standardisé national (indice national) :



Le réseau PERINAT Centre – Val de Loire dispose d'un registre depuis 2008. Les travaux conduits avec l'UREH montrent également une dispersion significative du taux de césarienne (global et programmée) tant en 2013 qu'en 2014.

⁴ Sources : études UREH – Périnat 213 et 2014, Scan Santé (taux de recours MCO 2010-2014)

Activité des maternités en région Centre – Val de Loire en 2014



L'absence de consensus du Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français sur la définition de la césarienne programmée à terme a conduit le réseau PERINAT à proposer un travail régional permettant d'aboutir à une définition opérationnelle et consensuelle de la césarienne programmée.

3.2. Le plan d'action

Actions	Calendrier
Enquête prospective sur la pratique de la césarienne programmée et de la césarienne non programmée auprès de l'ensemble des maternités de la région	2016
Exploitation des résultats et élaboration d'un consensus régional sur les pratiques et la définition à retenir	Premier semestre 2017
Accompagnement à la mise en œuvre du consensus	Second semestre

3.3. Les modalités d'évaluation et de suivi

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
Taux de césariennes programmées (à préciser à l'issue du consensus)	

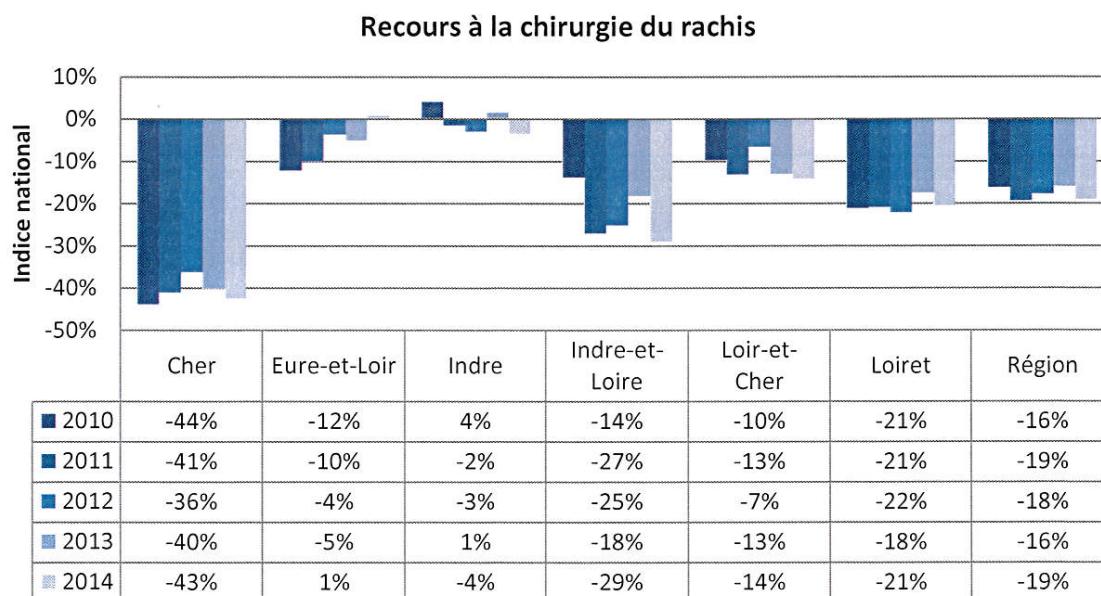
4. La chirurgie du rachis

4.1. Le diagnostic régional

La lombalgie chronique constitue un véritable problème de santé publique avec 6-7% des consultations en médecine générale, 5-10% des actes radiologiques, 1/3 des actes de kinésithérapie, 13% des accidents du travail, 1^{ere} cause d'invalidité chez les moins de 45 ans et première cause d'arrêt de travail. Le cout direct est estimé à 1,4 Md€ à l'échelle de la France et 70-80% des coûts sont associés aux 5-10% de patients chroniques.

Le recours à la chirurgie du rachis a fortement augmenté sur la période récente. Au plan national, les interventions majeures sur le rachis ont augmenté de 40% entre 2009 et 2012. La région Centre – Val de Loire a suivi cette évolution, bien que globalement en sous-recours par rapport à la moyenne nationale.

Le tableau ci-après présente le rapport entre le taux de recours standardisé des territoires et le taux recours standardisé national (indice national) :



La région connaît un taux fuite important de 40%, avec des enjeux de prises en charge post-opératoire. En 2015, l'activité régionale se répartit entre 4 établissements effectuant 94% des séjours et 3 établissements réalisant de faibles volumes d'activité.

Les recommandations HAS « Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie » ne concernent que le traitement de la lombalgie chronique et dégénérative de l'adulte, ce qui exclut trois familles d'intervention représentant 70% des interventions sur le rachis : la chirurgie de la

hernie discale avec radiculopathie, la chirurgie du canal étroit et la chirurgie du spondylolisthésis.

De plus, la liste des produits et prestations remboursables mentionne des dispositions opposables conditionnant la prise en charge par l'Assurance Maladie des prothèses totales du disque lombaire. Ainsi, une formation et un environnement spécifiques sont exigés.

Une étude a été conduite pour apprécier l'activité de la région sur le périmètre de chacun de ces deux référentiels :

- ✓ Chirurgie de la lombalgie chronique dégénérative : en région Centre – Val de Loire, cette chirurgie n'a été pratiquée que dans 5 établissements sanitaires et 20 séjours seulement y ont été effectués en 2015. Elle n'est donc que très rarement pratiquée dans la région, quelle que soit la technique chirurgicale proposée, ce qui est en accord avec les recommandations de la HAS qui ne privilégient pas cette alternative thérapeutique par rapport à la rééducation intensive.
- ✓ Prothèse totale de disque lombaire : les données d'activité des établissements de la région au cours des 4 dernières années montrent qu'il s'agit d'une activité chirurgicale anecdotique pratiquée très occasionnellement au sein de trois établissements sanitaires de la région Centre.

Du fait de la rareté des séjours mis en évidence, il n'apparaît pas pertinent de conduire, à ce stade, des actions de pertinence sur les thèmes de la chirurgie de la lombalgie chronique ou du remplacement d'un disque intervertébral par prothèse totale. Pour autant, eu égard au développement en cours de nouvelles techniques et aux enjeux de santé publique, une démarche de veille sur cette activité sera mise en place.

4.2. Le plan d'action

Actions	Calendrier
Sécuriser les prises en charge dans les établissements pratiquant une activité occasionnelle	2016
Suivi de l'activité rachidienne en lien avec les établissements concernés	à partir de 2017

4.3. Les modalités d'évaluation et de suivi

Indicateur(s) de résultat	Résultat attendu
---------------------------	------------------

5. Les critères de ciblage des établissements

Deux types d'actions sont proposés auprès des établissements et des professionnels de santé pour réduire les variations de pratiques :

- ✓ Contractualisation, avec des objectifs qualitatifs et/ou quantitatifs,
- ✓ Mise sous accord préalable (MSAP).

Avant toute contractualisation tripartite, un temps d'échanges et d'information est systématiquement mis en œuvre avec les professionnels de santé des établissements ciblés.

Les établissements identifiés comme « atypiques » au regard des indicateurs de ciblage et du diagnostic régional pourront faire l'objet d'une contractualisation tripartite ou d'une mise sous accord préalable.

S'agissant des MSAP, le ciblage est réalisé en tenant compte des critères réglementaires, énoncés au paragraphe 3.1.2.2 de l'introduction, et de critères complémentaires permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements.

5.1. Les méthodes de ciblage

Les méthodes de ciblage reposent sur un panel d'indicateurs issus des bases de l'Assurance Maladie dans le but de repérer certains établissements atypiques en matière de pertinence des actes.

Ces indicateurs permettent de situer les pratiques d'un établissement de santé en comparaison avec les autres.

Le classement de l'établissement (score global ou segment) est issu des résultats de plusieurs indicateurs. Les seuils sont calculés en fonction de la distribution de la valeur des indicateurs observée France entière (ce ne sont pas des seuils fixés arbitrairement), ce qui permet de définir des niveaux d'alerte à partir des valeurs des centiles, déciles ou quartiles.

Les indicateurs sont de deux types :

- ✓ ceux construits sur les recommandations établies ou validées par la HAS,
- ✓ ceux construits sur la base de constats épidémiologiques et/ou statistiques.

La CNAMTS propose un fichier de pré ciblage national : une analyse régionale par l'Assurance Maladie et l'ARS est indispensable afin de confirmer ou non le ciblage de l'établissement pour l'action.

L'analyse tiendra compte de la nature du ou des indicateurs pour lesquels l'établissement est atypique mais chaque indicateur pris isolément n'a pas de valeur statistique pour la pertinence.

Parmi les indicateurs, ceux construits sur les recommandations de la HAS ont plus de poids que les autres. Cependant, le résultat de certains indicateurs peut être analysé comme indicateur de parcours préopératoire du patient et suivi en tant que tel. Il n'y a pas de taux cible pour chacun des indicateurs.

5.2. Les actes ciblés et les indicateurs associés

5.2.1 Chirurgie bariatrique

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- ✓ part des 18/20 ans,
- ✓ part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006⁵,
- ✓ part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois⁵,
- ✓ part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale,
- ✓ part du groupe d'intervention le plus fréquent,
- ✓ part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale⁵,
- ✓ évolution du nombre de prestations hospitalières,
- ✓ nombre de prestations hospitalières anormalement élevé par rapport aux autres établissements et faisant ainsi état d'un comportement atypique.

5.2.2 Chirurgie du canal carpien

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- ✓ part relative des patients avec infiltrations avant intervention dans les 12 mois précédant l'intervention⁶,
- ✓ part relative des patients avec attelle avant intervention dans les 12 mois précédant l'intervention⁶,
- ✓ part relative des patients ayant eu un EMG dans les 12 mois précédant l'intervention⁶,
- ✓ taux d'évolution du nombre d'interventions pour un SCC sur les 5 dernières années,
- ✓ part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC,
- ✓ part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie.

⁵ Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2009 et 2014

- Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte – Recommandation. HAS, 2009 (www.has.fr)

- Chirurgie de l'obésité : prise en charge pré et postopératoire du patient / Critères de qualités pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. HAS, décembre 2014 (www.has.fr)

⁶ Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2012 et 2013 :

- Chirurgie du SCC : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente. HAS, sept 2012

- Syndrome du canal carpien / Optimiser la pertinence du parcours patient / Analyse et amélioration des pratiques. HAS, février 2013

5.2.3 Cholécystectomie

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- ✓ évolution du nombre de cholécystectomies sur 3 ans,
- ✓ évolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans⁷,
- ✓ part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive,
- ✓ part des cholécystectomies hors aiguë sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité,
- ✓ part des sujets âgés de moins de 75 ans,
- ✓ part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale⁷.

5.2.4 Thyroïdectomie

Sur ce thème, les indicateurs pouvant être retenus pour le ciblage des établissements sont les suivants :

- ✓ part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste)⁸,
- ✓ part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin)⁸,
- ✓ taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles),
- ✓ part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent⁸,
- ✓ part des hommes.

⁷ Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la HAS de 2013 :

- Points clés et solutions / Pertinence des soins : quand faut-il faire une cholécystectomie ? HAS, janvier 2013

⁸ Ces indicateurs reposent sur les recommandations de la Société Française d'Endocrinologie traduites par la CNAMTS dans un référentiel de bonne pratique validé par la HAS :

- Recommandations de la société française d'endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens. Presse Med. 2011 ; 40 : 793-826

- Nodule thyroïdien (sans hyperthyroïdie) / Référentiel du parcours de soins, novembre 2014 (www.ameli.fr)

III- La pertinence des modes de prise en charge : la chirurgie ambulatoire

1. Le diagnostic

Éléments diagnostics nationaux

Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?

La chirurgie ambulatoire permet l'hospitalisation de moins de 12 heures, sans hébergement de nuit.

Elle comprend les actes chirurgicaux programmés et impérativement réalisés dans le cadre sécurisé d'un bloc opératoire, en vue de la sortie du patient le jour même de son intervention, sans risque majoré.

Quels en sont les bénéfices ?

- ✓ Des bénéfices pour les patients, avec des interventions intégrant le même niveau de qualité et de sécurité des soins que ceux pratiqués en hospitalisation conventionnelle, une limitation du risque infectieux et de la perte de repères – surtout chez les personnes âgées – et un suivi systématique par l'unité de chirurgie ambulatoire

- ✓ Des bénéfices pour les équipes hospitalières, avec une optimisation des temps d'utilisation des infrastructures et des blocs, l'opportunité d'améliorer la qualité des prises en charge et de développer de nouvelles pratiques tant techniques qu'organisationnelles, des personnels fédérés autour d'un projet médical commun, une image moderne et attractive de l'établissement contribuant à attirer une patientèle plus nombreuse.



Une priorité nationale

Le développement de la chirurgie ambulatoire est identifié comme étant une priorité nationale depuis 2010, co-pilotée par l'Etat et l'assurance maladie dans le cadre du plan triennal pour l'efficacité et la performance du système de soins.

Cette priorité a été réaffirmée par la stratégie nationale de santé et la loi de modernisation du système de santé qui font du « virage ambulatoire » un axe fort.

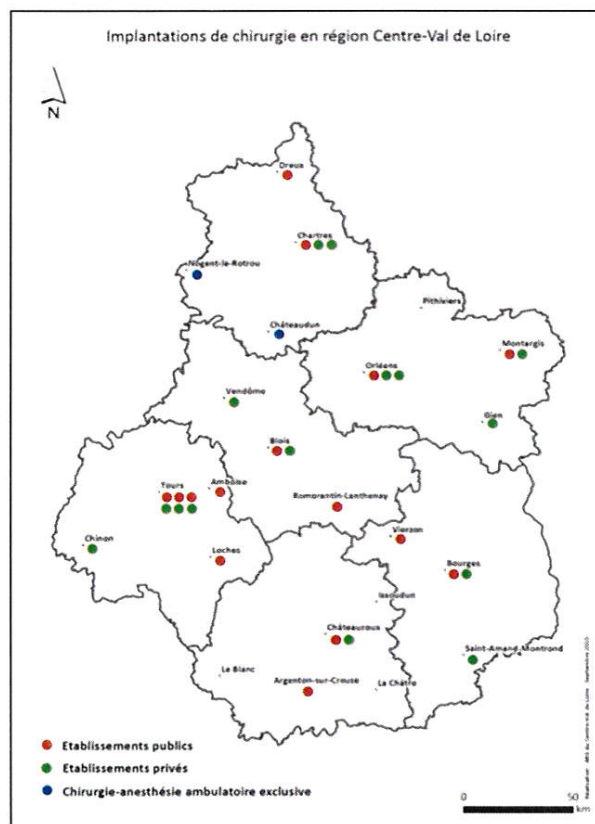
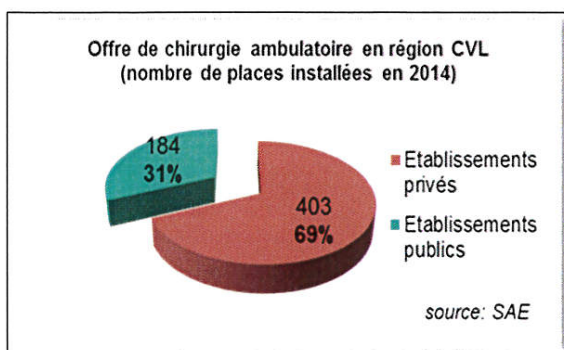
L'instruction N°DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 définit des objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

L'objectif national

- ✓ Développer la chirurgie ambulatoire **en substitution de l'hospitalisation complète**
- ✓ Cible : **6 interventions chirurgicales sur 10 réalisées en ambulatoire d'ici 2020 (taux cible de 66,6%)**

Eléments diagnostics régionaux

- **30 établissements** autorisés en chirurgie (32 sites géographiques)
- 100% exercent l'activité sur le mode ambulatoire
- 2 établissements pratiquent la chirurgie ambulatoire exclusive (pas d'hospitalisation complète°)
- En 2014, ce sont 587 places de chirurgie ambulatoire qui sont installées, dont 70% sont détenues par le secteur privé



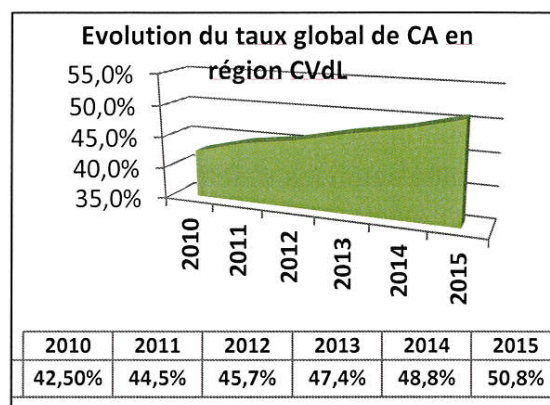
- **L'activité de chirurgie ambulatoire en région Centre-Val de Loire :**

Environ 100 000 interventions chirurgicales sont réalisées annuellement en ambulatoire. Les interventions les plus pratiquées sont les suivantes : les cataractes (près d'un quart de l'activité de chirurgie ambulatoire), les avulsions dentaires, la chirurgie du canal carpien, la chirurgie de l'utérus, les accès vasculaires, la chirurgie des varices, les arthroscopies genou, les adénoïdectomies, la chirurgie des hernies inguinales, la chirurgie de la main.

- **Le taux de pratique de chirurgie ambulatoire en région Centre-Val de Loire (Données PMSI)**

Depuis 2007, on observe en évolution moyenne de 1,5 pts par an du taux de pratique de chirurgie ambulatoire et au cours de 6 premiers mois de l'année 2015, une accélération avec progression de 2 points.

Pour la première fois au 1^{er} semestre 2015, la chirurgie ambulatoire devient majoritaire dans l'activité régionale.



Sur l'ensemble des séjours de chirurgie réalisés dans la région, plus de la moitié l'ont été en ambulatoire (50.8%)

- **La variabilité des pratiques : selon le territoire, les établissements et les secteurs (Données PMSI)**

Variabilité selon les territoires

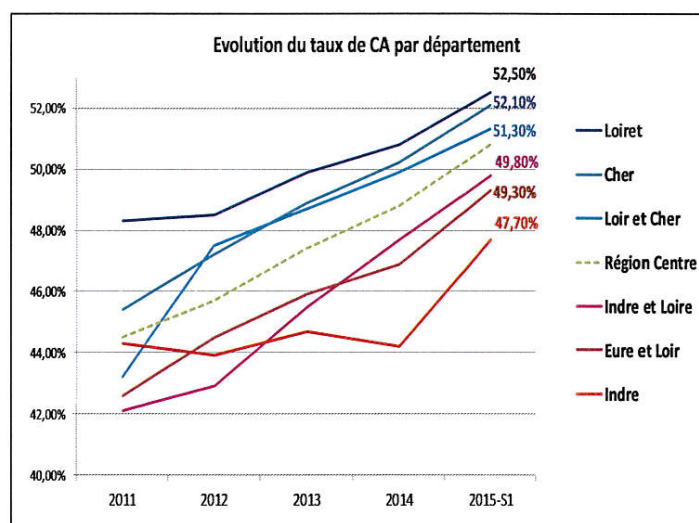
Le taux de pratique ambulatoire s'est accru dans tous les territoires de santé de la région, à divers rythmes.

La progression la plus forte a été enregistrée dans le Loir et Cher (de 43% en 2011 à + 51% au 1^{er} semestre 2015).

Avec un taux de chirurgie ambulatoire dépassant les 50%, le Loiret, le Cher et le Loir et Cher sont les territoires les plus avancés en termes de pratique.

A l'opposé, l'Indre, l'Indre et Loire et l'Eure et Loir sont globalement les plus en retard.

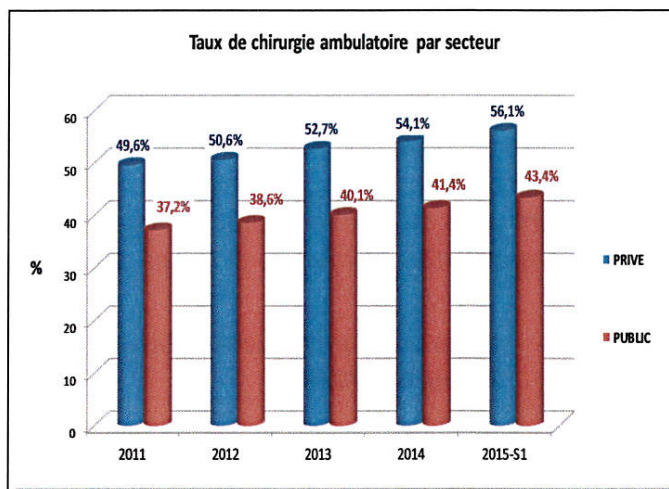
L'Indre présente le taux le plus faible de la région, toutefois, alors que la pratique ambulatoire stagnait depuis 3 ans, un sursaut de +3,5 points est observé sur les 6 premiers mois 2015.



Variabilité selon les secteurs (public/privé)

Il existe une avance sensible du secteur privé à but lucratif avec plus d'1 séjour sur 2 réalisés en ambulatoire (56% sur le 1^{er} semestre 2015) et une progression de 6,5 points depuis 2011).

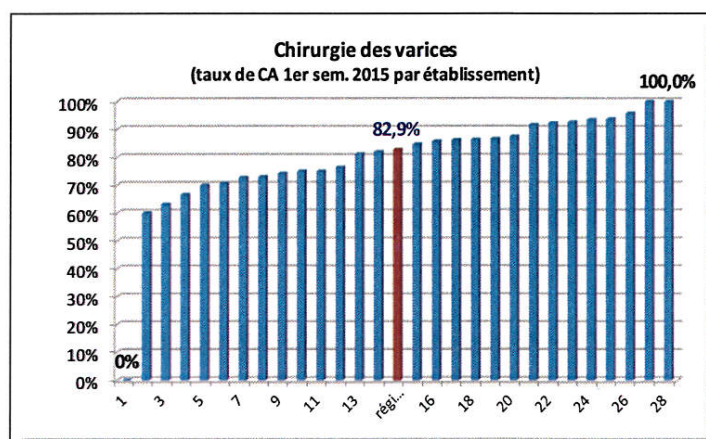
Le secteur public progresse également mais plus lentement (+3,2 pts sur la même période). Il réalise en moyenne 43 % des séjours chirurgicaux en ambulatoire, soit un écart de 13 points, avec le secteur privé.



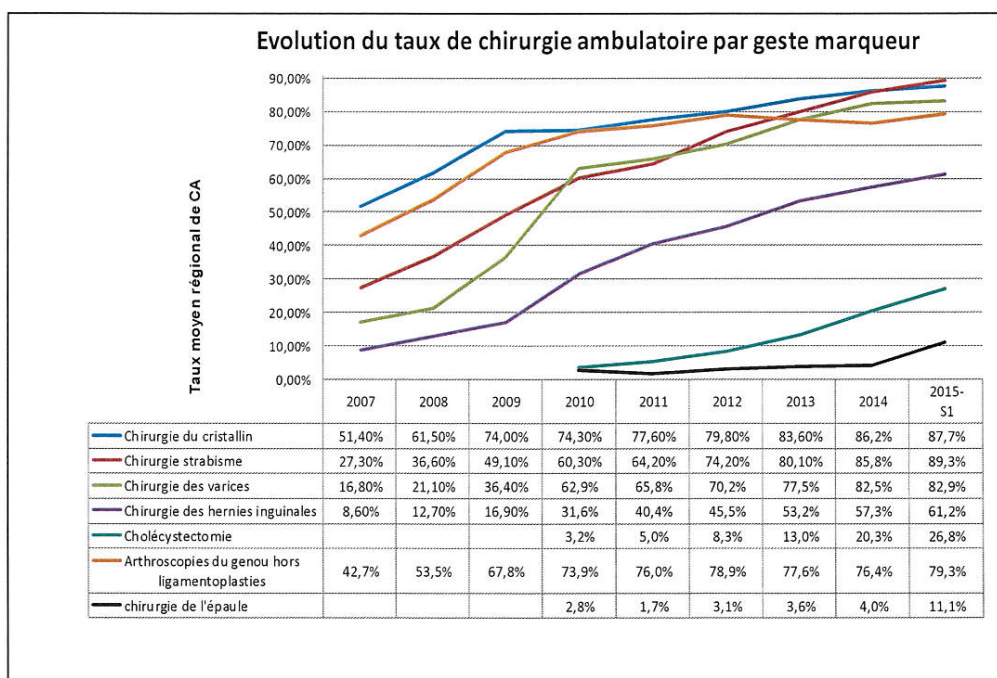
Variabilité selon les établissements

Pour un même geste chirurgical, l'on note une dispersion importante des taux de pratique de chirurgie ambulatoire.

Si l'on prend l'exemple d'un acte chirurgical courant comme les varices (ci-contre), le taux de pratique ambulatoire observé varie de 0 à 100% selon les établissements de la région.



Variabilité selon les gestes chirurgicaux



Sur certains gestes chirurgicaux, l'on peut noter une réelle **révolution des pratiques** depuis une dizaine d'années. L'on peut citer notamment la **chirurgie des varices**, la chirurgie du **strabisme**, la chirurgie des **hernies inguinales** et la chirurgie du **crystallin (cataractes principalement)**.

Certains gestes ont déjà atteint ou s'approchent d'un seuil, comme les adénoïdectomies qui sont réalisées à 98% en ambulatoire.

Pour d'autres gestes en revanche, le taux de pratique ambulatoire est limité : c'est notamment le cas de la chirurgie de l'épaule (11%), la chirurgie des sinus (24%) ou encore des cholécystectomies (27%), qui sont généralement considérés comme plus lourds et moins propices à une prise en charge en ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire en région Centre-VdL:

100 000 interventions en 2014

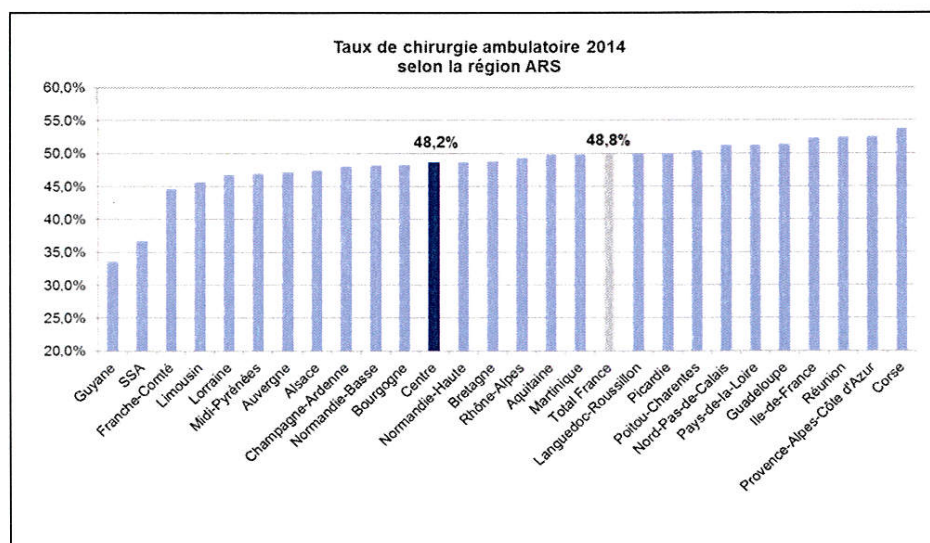
50% de l'activité chirurgicale régionale

Une pratique en nette progression mais hétérogène:

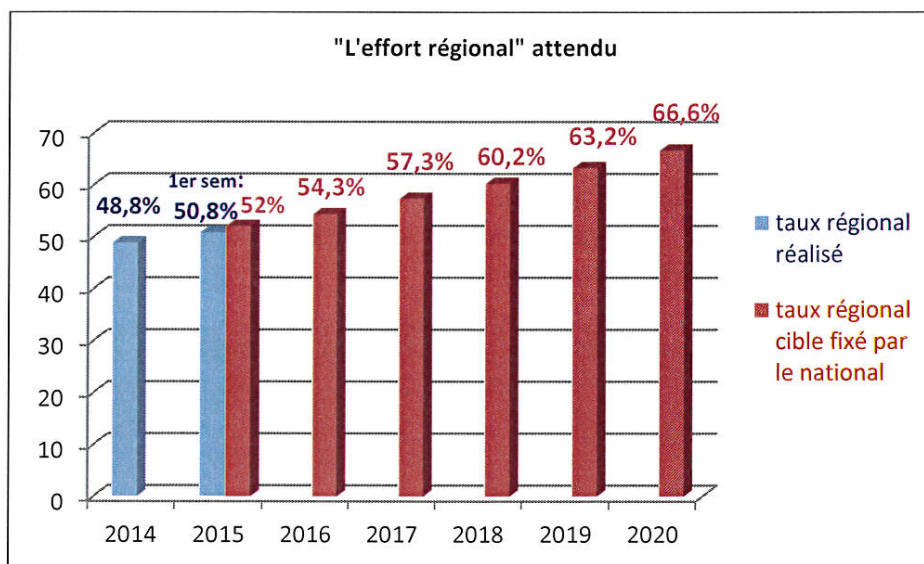
- Selon le territoire de santé
- Selon le secteur (public / privé)
- Selon l'établissement
- Selon le geste chirurgical

- **Le positionnement et les objectifs fixés en région CVL (Données DGOS – Ministère de la santé)**

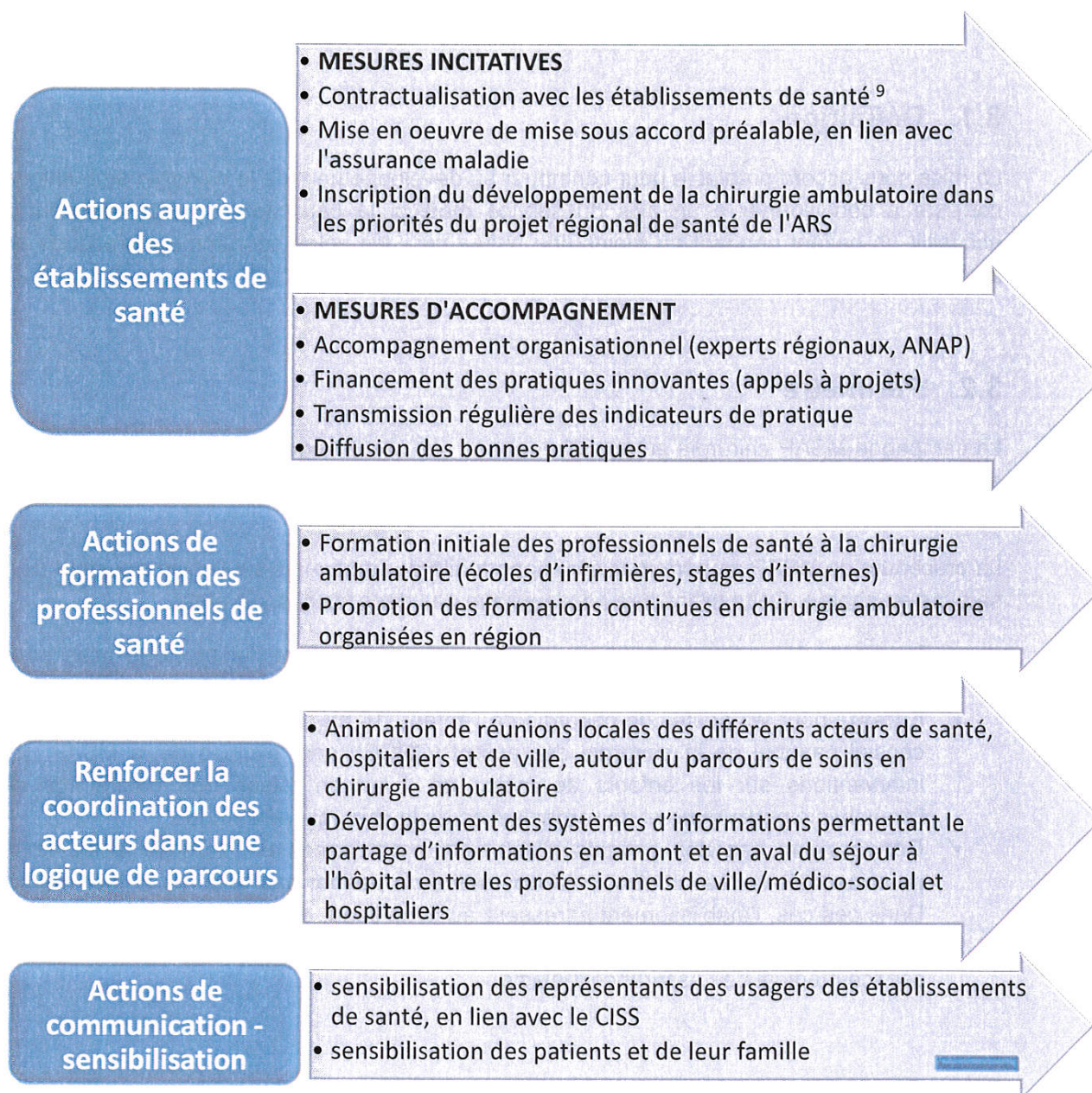
Malgré une progression notable de la pratique ambulatoire au niveau régional, la région Centre-Val de Loire se situe en dessous de la moyenne nationale et se place en 16^{ème} position sur les 27 régions (données 2014).



Pour atteindre l'objectif national de 66% de taux de chirurgie ambulatoire à horizon 2020, le « virage ambulatoire » doit nécessairement s'amplifier, en passant d'un rythme de 1,5 point à 3 points par an :



2. Le plan d'action



⁹ Une annexe dédiée au développement de la chirurgie ambulatoire a été intégrée dans le CPOM de chaque établissement autorisé en chirurgie dans la région.

Cette annexe comprend des objectifs standardisés :

- de développement quantitatif de la chirurgie ambulatoire (cibles annuelles en termes de taux global de chirurgie ambulatoire et de taux sur les gestes marqueurs)
- d'amélioration des aspects organisationnels (formalisation des procédures, application des bonnes pratiques organisationnelles)
- de mise en place et de suivi des indicateurs de qualité spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

3. La mise sous accord préalable « chirurgie ambulatoire »

3.1. Définition

La mise sous accord préalable pour contribuer au développement de la chirurgie ambulatoire consiste à conditionner à un avis du service médical la capacité d'un établissement à accueillir un patient pendant au moins une nuitée pour les actes couramment pratiqués en ambulatoire.

3.2. Périmètre

La campagne MSAP chirurgie ambulatoire repose sur une liste de gestes marqueurs établie avec les sociétés savantes et/ou les conseils nationaux professionnels, enrichie régulièrement. En 2015, 55 gestes sont concernés (cf. annexe 1).

La procédure de MSAP ne porte pas sur l'opportunité de l'acte mais sur l'environnement de sa prise en charge. Cette procédure ne s'applique pas dans les cas suivants :

- ✓ **Urgence** : les actes réalisés en urgence n'ont pas à faire l'objet d'une mise sous accord préalable.
- ✓ **Enfant** : pour les gestes de chirurgie de l'enfant (16 ans et moins) en accord avec le conseil national de la chirurgie de l'enfant (CNCE), sont exclues de la MSAP, les interventions sur les enfants de moins de 1 an en raison des contraintes de l'anesthésie pédiatrique et de l'organisation de la chirurgie pédiatrique.
- ✓ **Conversion** : cas des patients initialement programmés en chirurgie ambulatoire pour lesquels la réévaluation post opératoire ne permet pas la sortie le jour même. Dans ces cas, l'établissement adressera au fil de l'eau, dans les 48 heures, l'identité du patient et les motifs d'hospitalisation complète par courrier sous pli confidentiel au service médical de l'Assurance Maladie.

3.3. Critères de ciblage

Le ciblage est réalisé en tenant compte des critères règlementaires rappelés ci-dessus et des critères complémentaires suivants permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements :

- ✓ un taux de chirurgie ambulatoire de l'établissement inférieur aux moyennes régionales ou nationales,
- ✓ une part significative d'hospitalisation avec hébergement présentant un potentiel de transférabilité des séjours en chirurgie ambulatoire,
- ✓ une absence de progression ou une diminution du taux de chirurgie ambulatoire sur le geste.

4. Les modalités d'évaluation et de suivi

Un suivi bi-annuel des taux de chirurgie ambulatoire est réalisé au niveau de la région, pour chaque territoire de santé, par établissement :

- taux global de chirurgie ambulatoire (tous gestes chirurgicaux confondus)
- taux de chirurgie ambulatoire par geste marqueur (gestes marqueurs identifiés dans le cadre de la MSAP chirurgie ambulatoire : la liste est évolutive ; pour 2015, elle comptait 55 gestes marqueurs).

IV-La pertinence des séjours

1. Les séjours de soins de suite et de réadaptation après chirurgie orthopédique

Les enjeux sont :

- ✓ l'amélioration de la qualité des soins par la diminution des actes inutiles et la réduction des variations de pratiques médicales,
- ✓ l'amélioration de l'organisation des soins (articulation hôpital/ville/médico-social, réorganisation de l'offre),
- ✓ la diminution de l'impact économique des soins par la même diminution des actes inutiles et la diminution des hospitalisations non justifiées par une meilleure adéquation de l'état de santé du patient à l'hospitalisation en SSR.

1.1. La mise sous accord préalable « SSR »

1.1.1. Définition

Lors de la mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour les soins de suite et de réadaptation, les professionnels de l'établissement doivent demander l'accord du service médical avant toute prescription d'hospitalisation en SSR dans les suites de gestes de chirurgie visés par la MSAP.

1.1.2. Périmètre

La MSAP concerne les prestations d'hospitalisation pour les soins de suite et de réadaptation liés à des actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de façon générale, selon les recommandations de la HAS, de recourir à une hospitalisation, pour un patient qui justifie des soins de masso-kinésithérapie.

La rééducation est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile, du fait :

- ✓ de complications locales, régionales ou générales,
- ✓ de pathologies associées,
- ✓ de l'isolement social.

Le dispositif de MSAP porte sur l'établissement prescripteur des soins de suite et de réadaptation¹⁰. En pratique, les établissements visés sont les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique ayant une activité orthopédique quel que soit leur statut.

L'ensemble des séjours en SSR de patients adultes (à partir de 18 ans) prescrits par un professionnel d'un établissement MCO est concerné, c'est-à-dire :

- ✓ les transferts directs ou les mutations depuis le MCO après une intervention programmée ou en urgence,
- ✓ les entrées en SSR programmées par le MCO après un retour au domicile.

La MSAP SSR s'appuie sur une liste de gestes ayant fait l'objet de recommandations HAS (2006 et 2008) portant sur les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou SSR :

- ✓ Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en 1ère intention (PTG) [2008],
- ✓ Chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (épaule) [2008],
- ✓ Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou (LCA) [2008],
- ✓ Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en 1ère intention (PTH) [2006],
- ✓ Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur [2006],
- ✓ Pose d'une prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur [2006].

1.1.3. Critères de ciblage

Le ciblage est réalisé en tenant compte des critères réglementaires, énoncés au paragraphe 3.1.2.2 de l'introduction, et d'un critère complémentaire permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements :

- ✓ un taux d'orientation en SSR supérieur au taux régional.

¹⁰ Cf. LFSS 2014, article 42.

2. Les « autres prestations hospitalières »

Cette démarche est relative à la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie d'un séjour. Deux prestations sont concernées :

- ✓ Hospitalisation de jour de médecine pour le suivi des patients diabétiques
- ✓ Hospitalisation de jour pour un acte soumis à un forfait SE (donc théoriquement réalisé hors hospitalisation)

Le ciblage est réalisé en tenant compte des critères règlementaires, énoncés au paragraphe 3.1.2.2 de l'introduction, et de critères complémentaires permettant d'établir une priorité dans la sélection des établissements.

2.1. La MSAP « Hospitalisation de jour en médecine »

Sont ciblées les situations correspondant à une prise en charge en HDJ de médecine pour suivi des patients diabétiques. Les GHM retenus pour la requête de ciblage des établissements présentent un diagnostic principal « diabète » « et une durée de séjour égale à 0 jour » :

- ✓ 23M08J (autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire)
- ✓ 10M13Z (explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques)
- ✓ 10M02T (diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée)
- ✓ 10M021 (diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1)
- ✓ 10M03T (diabète, âge inférieur à 36 ans, très courte durée)
- ✓ 10M031 (diabète, âge inférieur à 36 ans, niveau 1)
- ✓ 23M19Z (explorations et surveillance pour autres motifs de recours aux soins).

2.2. La MSAP « Actes ouvrant droit à SE (forfait Sécurité Environnement) »

Les établissements sont ciblés pour les actes ouvrant droit aux forfaits SE réalisés en hospitalisation de jour sur les critères suivants :

- ✓ un nombre d'actes significatif réalisés en HDJ,
- ✓ une augmentation du nombre d'actes réalisés en HDJ.

Annexe 1
Liste des gestes marqueurs de la campagne MSAP chirurgie ambulatoire 2015

LISTE DES 55 GESTES MARQUEURS		
Accès vasculaire	Chirurgie des hernies inguinales	Exérèse de lésions de la bouche
Adénoïdectomies	Chirurgie des maxillaires	Exérèse de lésions sous-cutanées
Angioplasties du membre supérieur	Chirurgie des sinus	Fermeture de fistule buccale
Angioplasties périphériques	Chirurgie des varices	Fistules artérioveineuses
Arthroscopie de la cheville	Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	Geste secondaire sur lambeau
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	Geste sur la vessie
Avulsion dentaire	Chirurgie du cristallin	Geste sur les glandes salivaires
Chirurgie anale	Chirurgie du glaucome	Geste sur l'uretère
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	Chirurgie du nez	Geste sur l'urètre
Chirurgie de la main	Chirurgie du pied	Interruption tubaire
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	Chirurgie du poignet	LEC
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons	Chirurgie du sein/tumorectomie	Plastie de lèvres
Chirurgie de l'avant pied	Chirurgie du trou maculaire	Prélèvement d'ovocyte
Chirurgie de l'épaule	Chirurgie du tympan	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique
Chirurgie de l'utérus	Chirurgie pour strabisme	Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique
Chirurgie des bourses	Cholécystectomie	Vitrectomie avec pelage de membrane
Chirurgie des bourses de l'enfant	Cure de paraphimosis	Vitrectomie postérieure isolée
Chirurgie des hernies de l'enfant	Exérèse de kystes synoviaux	
Chirurgie des hernies abdominales	Exérèse de lésions cutanées	

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-12-009

2016 OSMS TARIF 0057 CH Chartres

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE- VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2016-OSMS-TARIF-0057
fixant les tarifs journaliers de prestations
du centre hospitalier de Chartres
N° FINESS : 280000134
pour l'exercice 2016**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 174-3 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'article 77 de la LOI n° 2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Vu l'EPRD 2016 du centre hospitalier de Chartres ;

ARRETE

Article 1^{er} : les tarifs de prestations applicables à compter du 1^{er} août 2016, au centre hospitalier de Chartres sont fixés ainsi qu'il suit :

Discipline	Code tarif	Montant
HOSPITALISATION COMPLETE		
Médecine	11	810,00 €
Chirurgie et gynécologie-obstétrique	12	810,00 €
Psychiatrie infanto-juvénile	14	890,00 €
Spécialités coûteuses	20	1 670,00 €
Soins de suite	30	215,00 €
HOSPITALISATION PARTIELLE		
Hospitalisation de jour Médecine et Chirurgie	50	900,00 €
Dialyse Hémodialyse	52	600,00 €
Psychiatrie infanto-juvénile	55	890,00 €
Unité d'Evaluation et de réhabilitation Respiratoire	56	215,00 €
SMUR		
Transports terrestres – forfait 30mn d'intervention		540,00 €

Article 2 : un recours contre le présent arrêté pourra être introduit devant le greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Nantes, Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale des Pays de la Loire, MAN, 7 rue René Viviani, CS 46205, 44 262 NANTES CEDEX 02, ceci dans le délai franc d'un mois à compter de sa date de publication ou de notification à l'égard des personnes et des organismes concernés.

Article 3 : la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, le directeur départemental des finances publiques, le directeur du centre hospitalier de Chartres sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui fera l'objet d'une insertion au Recueil des Actes Administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 12 juillet 2016

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

Signée : Anne BOUYGARD

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-12-008

2016 OSMS TARIF 0058 CH Dreux

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE- VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2016-OSMS-TARIF-0058
fixant les tarifs journaliers de prestations
du centre hospitalier de Dreux
N° FINESS : 280000183
pour l'exercice 2016**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 174-3 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'article 77 de la LOI n° 2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Vu l'EPRD 2016 du centre hospitalier de Dreux ;

ARRETE

Article 1^{er} : les tarifs de prestations applicables à compter du 1^{er} août 2016, au centre hospitalier de Dreux sont fixés ainsi qu'il suit :

Discipline	Code tarif	Montant
HOSPITALISATION COMPLETE		
Médecine	11	687.90 €
Chirurgie et gynécologie-obstétrique	12	1 047.41 €
Psychiatrie adultes	13	603.80 €
Spécialités coûteuses Réanimation	20	1 915.34 €
Spécialités coûteuses Soins intensifs	26	1 281.58 €
Soins de suite	30	480.82 €
Médecine physique et de réadaptation	31	557.42 €
Accueil familial – psychiatrie enfants	33	369.72 €
HOSPITALISATION PARTIELLE		
Médecine et Chirurgie	50	897.46 €
Chimiothérapie	53	1 785.46 €
Psychiatrie adulte de jour	54	277.92 €
Psychiatrie enfant de jour	55	429.92 €
Rééducation fonctionnelle	56	480.82 €
Psychiatrie adultes de nuit	60	277.92 €
SMUR		
Transports terrestres – forfait 30mn d'intervention		488.50 €
Transports aérien – forfait la minute d'intervention		86.69 €

Article 2 : un recours contre le présent arrêté pourra être introduit devant le greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Nantes, Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale des Pays de la Loire, MAN, 7 rue René Viviani, CS 46205, 44 262 NANTES CEDEX 02, ceci dans le délai franc d'un mois à compter de sa date de publication ou de notification à l'égard des personnes et des organismes concernés.

Article 3 : la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, le directeur départemental des finances publiques, le directeur du centre hospitalier de Dreux sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui fera l'objet d'une insertion au Recueil des Actes Administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 12 juillet 2016

P/la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

Le directeur général adjoint

Signé : Pierre Marie DETOUR

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-28-008

2016 OSMS TARIF 0059 CHAM

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE- VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2016-OSMS-TARIF-0059
fixant les tarifs journaliers de prestations
du centre hospitalier de l'agglomération montargoise
N° FINESS : 450000104
pour l'exercice 2016**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 174-3 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'article 77 de la LOI n° 2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Vu l'EPRD 2016 du centre hospitalier de l'agglomération montargoise ;

ARRETE

Article 1^{er} : les tarifs de prestations applicables à compter du 1^{er} août 2016, au centre hospitalier de l'agglomération montargoise sont fixés ainsi qu'il suit :

Discipline	Code tarif	Montant
HOSPITALISATION COMPLETE		
Médecine-Pédiatrie	11	874,97
USC	10	242,5
USIC	26	418,04
USI Pédiatrie		
Chirurgie-Gynécologie obstétrique	12	1215,24
Psychiatrie adultes	13	821,50
Réanimation	20	972,19
Moyen séjour	30	263,66
HOSPITALISATION PARTIELLE		
Hospitalisation de jour	50	243,05
Chirurgie ambulatoire	90	600,00
Hospitalisation de jour – Psychiatrie adultes	54	199,30
SMUR		
Transports terrestres – forfait 30mn d'intervention		928,05

Article 2 : un recours contre le présent arrêté pourra être introduit devant le greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Nantes, Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale des Pays de la Loire, MAN, 7 rue René Viviani, CS 46205, 44 262 NANTES CEDEX 02, ceci dans le délai franc d'un mois à compter de sa date de publication ou de notification à l'égard des personnes et des organismes concernés.

Article 3 : la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, le directeur départemental des finances publiques, le directeur du centre hospitalier de

l'agglomération montargoise sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui fera l'objet d'une insertion au Recueil des Actes Administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 28 juillet 2016

P/La directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

La directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale

Signée : Anne GUEGUEN

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-28-007

2016 OSMS TARIF 0060 Les Sablons

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE- VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2016-OSMS-TARIF-0060
fixant les tarifs journaliers de prestations
du centre de convalescence « Les Sablons »
N° FINESS : 450014956
pour l'exercice 2016**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 174-3 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'article 77 de la LOI n° 2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Vu l'EPRD 2016 du centre de convalescence « Les Sablons » ;

ARRETE

Article 1^{er} : les tarifs de prestations applicables à compter du 1^{er} août 2016, au centre de convalescence « Les Sablons » sont fixés ainsi qu'il suit :

Discipline	Code tarif	Montant
HOSPITALISATION COMPLETE		
Soins de suite et de réadaptation	30	155,20€

Article 2 : un recours contre le présent arrêté pourra être introduit devant le greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de Nantes, Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale des Pays de la Loire, MAN, 7 rue René Viviani, CS 46205, 44 262 NANTES CEDEX 02, ceci dans le délai franc d'un mois à compter de sa date de publication ou de notification à l'égard des personnes et des organismes concernés.

Article 3 : la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, la directrice du centre de convalescence « Les Sablons » à Chécy sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté qui fera l'objet d'une insertion au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 28 juillet 2016

Pour la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

La directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale

Signée : Anne GUEGUEN

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-08-12-002

2016-OSMS-AAP-CS-0098 RAA

ARRETE N° 2016-OSMS-AAP-CS-0098

Portant composition de la commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social pour les projets autorisés en application du 2° du II de l'article R. 313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

**LA DIRECTRICE GENERALE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne Bouygard en qualité de Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire ;

A R R E T E

Article 1 : Dans le cadre de la commission d'appel à projet pour les projets autorisés par la Directrice Générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, en application du II-2° de l'article R.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les membres de la commission d'appel à projet social ou médico-social avec voix délibérative sont :

Président :

- Madame Anne BOUYGARD, Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire ou son représentant

3 représentants de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire :

Titulaire	Suppléant
Monsieur Eric VAN WASSENHOVE	Monsieur Christophe RICHARD
Monsieur Denis GELEZ	Madame Nadia BENSHRAYAR
Madame Myriam SALLY-SCANZI	Madame Catherine FAYET

4 représentants d'usagers, dont au moins un représentant d'associations de retraités et de personnes âgées, au moins un représentant d'associations de personnes handicapées et un représentant d'associations de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de la commission spécialisée pour les prises en charges et accompagnements médico-sociaux de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie :

Titulaire	Suppléant
Madame Marie-Odette TURE 1 ^{ère} Vice-Présidente du CODERPA du Cher	Monsieur Jean-François NIVARD Vice-président du CODERPA 41
Monsieur Michel BOREL Président de l'ADAPEI 45	Monsieur Louis VIALLEFOND Président de l'AFTC

Madame Françoise GUILLARD-PETIT Association des Paralysés de France APF	Mme Martine VANDERMEERSCH Présidente de l'Association Autisme 28
Madame Christelle QUESNEY-PONVERT Coordinatrice régionale de l'ANPAA	Madame Claire BOTTE Présidente de l'Association pour l'Ecoute et l'Accueil en Addictologies et Toxicomanies

Article 2 : Les membres de la commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social avec voix consultative et représentant les unions, fédérations ou groupements représentatifs des personnes morales gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil désignés par le président de la commission :

Titulaire	Suppléant
Madame Cécile VERONNEAU FEHAP Directrice de la résidence Hardouin Fondation L.Bellan à Tours	Madame Christine POINTET FHF Directrice de l'EHPAD du Grand-Mont à Contres
Monsieur Johan PRIOU URIOPSS Centre Directeur de l'URIOPSS CENTRE	Monsieur Jean-Michel DELAVEAU URIOPSS Centre Président de l'URIOPSS CENTRE

Article 3 : Le mandat de ces membres est de **trois ans**, renouvelable. Il prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Article 4 : Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent être formés dans un délai de deux mois à compter de sa publication, auprès du Tribunal Administratif d'ORLEANS, 28 rue de la Bretonnerie – 45057 ORLEANS Cedex 1.

Article 5 : Le Directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire est chargé, en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 12 août 2016
La Directrice Générale de
l'Agence régionale de santé
Centre-Val de Loire
Signé : Anne BOUYGARD

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-08-17-001

arrêté 2016-SPE-0058 du 17 août 2016 portant autorisation
de fonctionnement d'un laboratoire de biologie médicale
multi sites n° 37-84

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE 2016-SPE-0058
portant autorisation de fonctionnement
d'un laboratoire de biologie médicale multi sites n° 37-84**

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé du Centre-Val de Loire,

Vu le Code de la Santé Publique et notamment le livre II de la sixième partie ;

Vu l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale et notamment son article 7 relatif aux dispositions transitoires et finales ;

Vu la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale ;

Vu le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment son article 208 ;

Vu le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne BOUYGARD comme Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;

Vu la décision portant délégation de signature n°2016-DG-DS-0007, modifiant la délégation de signature n°2016-DG-DS-0004 en date du 4 avril 2016 donnant délégation de signature à Monsieur Pierre-Marie DETOUR en tant que directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;

Vu l'arrêté du ministre de la santé du 26 novembre 1999 modifié relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale ;

Vu l'arrêté n° 10-ESAJ-008 du 23 juillet 2010 pris par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Centre-Val de Loire et déterminant les territoires de santé de la région Centre-Val de Loire ;

Vu le dossier transmis par un représentant légal de la société d'exercice libéral par actions simplifiée (SELAS) Bio Centre Loire exploitant le laboratoire de biologie médicale multi-sites

«laboratoire Bio Centre Loire», relatif à une demande de transfert du site Saint Pierre des Corps 12 rue du Bel Air à Saint Pierre des Corps (37700) vers un nouveau site situé à la Loge à Azay le Rideau (37190), réceptionné le 12 mai 2016 et complété le 16 juin 2016, le 11 juillet 2016 et le 04 août 2016 ;

Considérant la fermeture du site 12 rue du Bel Air à Saint Pierre des Corps (37700) et l'ouverture concomitante d'un nouveau site à la Loge à Azay le Rideau (37190) ;

Considérant que le nombre de sites exploités par le laboratoire de biologie médicale multi-sites dénommé «laboratoire Bio Centre Loire», soit 9 sites tous ouverts au public, est inchangé suite au transfert du site Saint Pierre des Corps situé 12 rue du Bel Air à Saint Pierre des Corps (37700) et à l'ouverture concomitante d'un nouveau site à la Loge à Azay le Rideau (37190) ;

ARRETE

Article 1er : A compter du 15 septembre 2016, le laboratoire de biologie médicale dénommé «laboratoire Bio Centre Loire» exploité par la société d'exercice libéral par actions simplifiée (SELAS) Bio Centre Loire dont le siège social est situé 202-204 avenue de Grammont/9 rue Nungesser et Coli 37000 Tours reste autorisé à fonctionner sous le numéro 37-84 sur les sites d'implantation suivants :

Site de Tours

202-204 avenue de Grammont / 9 rue Nungesser et Coli - 37000 Tours

n° finess 370012320 – site ouvert au public ;

Site de Monts

2 allée de Clair Bois, lieudit « Beaumer » - 37260 Monts

n° finess 370012338 – site ouvert au public ;

Site de Tours

5 esplanade François Mitterrand - 37100 Tours

n° finess 370012387 – site ouvert au public ;

Site de Saint Pierre des Corps

31 et 33 rue Pierre Curie - 37700 Saint Pierre des Corps

n° finess 370012395 – site ouvert au public ;

Site de Joué les Tours

9 rue de la rotière – 37300 Joué les Tours

n° finess 370012403 – site ouvert au public ;

Site de Tours

Galerie marchande des fontaines – avenue Stendhal - 37200 Tours ;

n° finess 370012411 – site ouvert au public ;

Site de la Riche

29 place Sainte Anne – 37520 La Riche

n° finess 370012429 – site ouvert au public ;

Site de Saint Cyr sur Loire

133 rue Victor Hugo – 37540 Saint Cyr sur Loire

n° finess 370012437 – site ouvert au public ;

Site d'Azay le Rideau

La Loge – 37190 Azay le Rideau

n° finess 370012957 – site ouvert au public.

Article 2 : A compter du 15 septembre 2016, le laboratoire de biologie médicale dénommé « laboratoire Bio Centre Loire» reste dirigé par les biologistes coresponsables suivants :

- **François Thomas**, pharmacien,
- Gilles Abs, pharmacien,
- Alain Dayan, pharmacien,
- Sylvie Dayan, pharmacien,

Les biologistes médicaux sont :

- Clément Berthomet, pharmacien,
- Annick Bouchou, pharmacien,
- Catherine Donjon, pharmacien,
- Nicole Klifa, pharmacien,
- Yves Klifa, pharmacien,
- Romuald Levillain, pharmacien,
- Anne Marie Masy, pharmacien,
- Armand Saada, pharmacien,
- Béatrice Salsac, pharmacien.

Article 3 : Toute modification relative à l'organisation générale du laboratoire de biologie médicale dénommé « laboratoire Bio Centre Loire» ainsi que toute modification apportée à sa structure juridique et financière devront faire l'objet d'une déclaration à Madame la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé du Centre-Val de Loire.

Article 4 : A compter du 15 septembre 2016 est abrogé :

- l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé du Centre-Val de Loire 2016-SPE-0002 du 12 janvier 2016 portant autorisation de fonctionnement d'un laboratoire de biologie médicale multi sites n°37-84.

Article 5 : Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans le délai de deux mois à compter de sa notification à la société demanderesse ou de sa publication au recueil des actes administratifs et selon toutes voies de procédure :

- soit d'un recours gracieux auprès de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé du Centre-Val de Loire - Cité Coligny -131 rue du faubourg Bannier – BP 74409 – 45044 Orléans Cedex 1 ;
- soit d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif d'Orléans – 28 rue de la Bretonnerie - 45057 Orléans Cedex 1.

Article 6 : Monsieur Le Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé du Centre-Val de Loire est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Article 7 : Le présent arrêté sera publié aux recueils des actes administratifs de la région Centre-Val de Loire et sera notifié à la SELAS Bio Centre Loire ;

Fait à Orléans, le 17 août 2016
La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire,
signé : Anne BOUYGARD

Délégation départementale de l'ARS Centre-Val de Loire

R24-2016-06-13-024

ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0084

fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril du centre

montant des recettes d'Assurance Maladie
hospitalier régional universitaire de Tours
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0084
fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril
du centre hospitalier régional universitaire de Tours**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, et notamment son article 33 ;

Vu la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009;

Vu la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale, notamment l'article 7 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 25 février 2016 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 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 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 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC) ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La somme à verser par la caisse primaire d'assurance maladie de l' Indre et Loire est arrêtée à 30 583 731,69 € soit :

25 325 101,58 € au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS et PO),

52 143,62 € au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS AME),

1 444 984,94 € au titre de l'activité externe (y compris IVG, ATU, FFM, et SE),

2 382 287,60 € au titre des spécialités pharmaceutiques,

1 358 790,64 € au titre des produits et prestations

225,97 € au titre des produits et prestations (AME)

16 602,44 € au titre des GHS soins urgents,

3 509,15 € au titre des DMI soins urgents,

- 122,67 € au titre des spécialités pharmaceutiques soins urgents

202,61 € au titre du reste à charge estimé pour les détenus,

5,81 € au titre du reste à charge estimé pour lesdétenus (Montant ACE y/C ATU/FFM/SE).

Article 2 : Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier régional universitaire de Tours et la caisse primaire d'assurance maladie de l' Indre et Loire pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 13 juin 2016

Pour la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

La directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale

Signée : Anne GUEGUEN

Délégation départementale de l'ARS Centre-Val de Loire

R24-2016-06-13-023

ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0085

fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril du centre

montant des recettes d'Assurance Maladie
hospitalier intercommunal d'Amboise
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0085
fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril
du centre hospitalier intercommunal d'Amboise**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, et notamment son article 33 ;

Vu la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009;

Vu la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale, notamment l'article 7 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 25 février 2016 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 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 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 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC).

ARRÊTE

Article 1^{er} : La somme à verser par la caisse de mutualité sociale agricole de l' Indre et Loire est arrêtée à 1 640 526,84 € soit :

1 248 488,47 € au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS et PO),

306 015,46 € au titre de l'activité externe (y compris IVG, ATU, FFM, et SE),

2 407,00 € au titre des spécialités pharmaceutiques

83 615,91 € au titre des produits et prestations,

Article 2 : Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier intercommunal d'Amboise et la caisse de mutualité sociale agricole de l' Indre et Loire pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 13 juin 2016

Pour la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

La directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale

Signée : Anne GUEGUEN

Délégation départementale de l'ARS Centre-Val de Loire

R24-2016-06-13-020

ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0086

fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril du centre

montant des recettes d'Assurance Maladie
hospitalier du Chinonais de Chinon
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0086
fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril
du centre hospitalier du Chinonais de Chinon**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, et notamment son article 33 ;

Vu la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009;

Vu la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale, notamment l'article 7 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 25 février 2016 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 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 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 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC) ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La somme à verser par la caisse primaire d'assurance maladie de l' Indre et Loire est arrêtée à 1 185 073,10 € soit :

975 100,02 € au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS et PO),

147 242,86 € au titre de l'activité externe (y compris IVG, ATU, FFM, et SE),

62 730,22 € au titre des spécialités pharmaceutiques.

Article 2 : Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier du Chinonais de Chinon et la caisse primaire d'assurance maladie de l' Indre et Loire pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 13 juin 2016

Pour la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

La directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale

Signée : Anne GUEGUEN

Délégation départementale de l'ARS Centre-Val de Loire

R24-2016-06-13-021

ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0087

fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril du centre

montant des recettes d'Assurance Maladie
hospitalier de Loches
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0087
fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril
du centre hospitalier de Loches**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, et notamment son article 33 ;

Vu la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009;

Vu la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale, notamment l'article 7 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 25 février 2016 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 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 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 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC) ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La somme à verser par la caisse de mutualité sociale agricole de l' Indre et Loire est arrêtée à 822 481,48 € soit :

743 651,89 € au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS et PO),

64 334,30 € au titre de l'activité externe (y compris IVG, ATU, FFM, et SE),

14 495,29 € au titre des produits et prestations.

Article 2 : Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier de Loches et la caisse de mutualité sociale agricole de l' Indre et Loire pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 13 juin 2016

Pour la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

La directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale

Signée : Anne GUEGUEN

Délégation départementale de l'ARS Centre-Val de Loire

R24-2016-06-13-022

ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0088

fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril du centre

montant des recettes d'Assurance Maladie
hospitalier de Luynes
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE N° 2016-OSMS-VAL-37- D 0088
fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de Avril
du centre hospitalier de Luynes**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, et notamment son article 33 ;

Vu la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009;

Vu la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale, notamment l'article 7 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 25 février 2016 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 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 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 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC) ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La somme à verser par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Indre et Loire est arrêtée à 132 616,77 € soit : 132 616,77 € au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS et PO).

Article 2 : Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier de Luynes et la caisse primaire d'assurance maladie de l'Indre et Loire pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 13 juin 2016

Pour la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

La directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale

Signée : Anne GUEGUEN