



**CENTRE-VAL
DE LOIRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R24-2026-059

PUBLIÉ LE 2 MARS 2026

Sommaire

Agence régionale de Santé - Direction de l'offre sanitaire /

R24-2026-02-27-00002 - 2026-DOS-024 Portant approbation du programme régional de contrôle externe de la facturation des établissements de santé du Centre Val De Loire au titre de l'année 2025 (18 pages)

Page 3

R24-2026-02-27-00003 - 2026-DOS-025 Arrêté modifiant l'arrêté N° 2024-DOS-185 relatif à la composition de l'unité de coordination régionale du contrôle externe pour la région Centre-Val de Loire (3 pages)

Page 22

Agence régionale de Santé - Direction de l'offre
sanitaire

R24-2026-02-27-00002

2026-DOS-024 Portant approbation du
programme régional de contrôle externe de la
facturation des établissements de santé du
Centre Val De Loire au titre de l'année 2025

ARRETE

Portant approbation du programme régional de contrôle externe de la facturation des établissements de santé du Centre Val De Loire au titre de l'année 2025

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

VU le code de la sécurité sociale, notamment ses articles R.162-35 et suivants et L.162-23-13.

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

VU le décret du 7 juin 2023 portant nomination de Madame Clara de BORT en tant que directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 12 juin 2023 ;

VU l'Instruction n° DGOS/FIP1/DSS/1A/2025/141 du 14 octobre 2025 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2025 portant sur l'activité 2024 ;

VU la décision n° 2025-DG-DS-0003 en date du 1^{er} octobre 2025 de la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, portant délégation de signature ;

VU la proposition de programme régional de contrôle externe de la facturation des établissements de santé pour la région Centre Val De Loire pour l'année 2025, adoptée par la commission de contrôle, prévue par l'article R 162-35-1, lors de la séance du 27 janvier 2026, à partir du projet présenté également à l'unité de coordination régionale du contrôle externe lors de la séance du 18 décembre 2025.

ARRETE

ARTICLE 1^{ER} :

Le programme régional de contrôle externe de la facturation des établissements de santé pour la région Centre val De Loire, prévue par l'article R-162-35-1 du code de la sécurité sociale, est adopté tel que figurant en annexe du présent arrêté

ARTICLE 2 : Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- d'un recours gracieux auprès de la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, sise 131 faubourg Bannier - BP 74409 - 45044 ORLEANS Cedex 1
- d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif d'Orléans - 28 rue de la Bretonnerie - 45057 ORLEANS Cedex 1

Le recours gracieux ne conserve pas le délai des autres recours.

ARTICLE 3 : La Directrice Générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, le(a) Directeur(rice) de la Caisse du régime général de la sécurité sociale du Centre Val de Loire , le Directeur Général de La Mutualité Sociale Agricole du Centre Val de Loire ,le Directeur Médical régional du centre Val de Loire de l'assurance maladie, sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 27/02/2026

La directrice générale,

Signé : Clara de BORT

ARRETE N°2026-DOS-024

ANNEXE A L'ARRETE 2026-DOS-024

PLAN DE CONTROLE EXTERNE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE DE LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE POUR L'ANNEE 2025 (sur séjours 2024)

PREAMBULE :

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité ». À cette fin, ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge ».

Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins :

- pour le financement des établissements de santé ou tarification à l'activité,
- pour l'organisation de l'offre de soins par l'ARS.

Le contrôle externe de la tarification à l'activité vise à inciter les établissements de santé à être attentifs et vigilants quant à la qualité de l'application des règles de codage et de facturation de leur activité.

La tarification à l'activité (T2A), introduite dans les établissements MCOO (Médecine Chirurgie Obstétrique Odontologie) (publics en 2004 et privés en 2005), avec un objectif de répartir de manière efficiente les financements entre les établissements de santé, repose donc sur un système déclaratif et implique, en contrepartie, un contrôle du respect des règles de codage et des règles de législation de Sécurité Sociale, impactant cette facturation.

Le contrôle de la T2A, au titre de l'article L.162-23-13 du Code de Sécurité Sociale, est par conséquent un contrôle de régularité et de sincérité de la facturation, qui ne saurait se confondre avec un audit externe sur la qualité du codage ou un contrôle de la pertinence des soins apportés par les établissements de santé à leurs patients. « C'est pourquoi, dans un souhait d'efficience et de gain de temps pour les deux parties, l'Assurance Maladie recentre les contrôles T2A, et donc le recodage des praticiens-conseils, sur les seuls éléments impactant la facturation. »

Les établissements contrôlés sont ciblés sur des atypies statistiques pouvant être le reflet d'irrégularités de codage ou de facturation à l'origine d'un préjudice pour l'Assurance Maladie.

Le contrôle externe d'un établissement sera mis en œuvre si un préjudice est suspecté.

Le ciblage des établissements de santé et des champs de contrôle sont établis en fonction :

- des Priorités Nationales de contrôle de l'année,
- des atypies de la facturation de l'activité des établissements constatées dans la région,
- de la connaissance des établissements de la région.

Les établissements pré sélectionnés sont ceux qui ont au moins 1 000 RSA hors séances CM 28 sur la période concernée. Il est possible d'adapter ce seuil lors du lancement de la requête.

Au vu des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment les articles L.162-23-13 et R.162-35 et suivants, du compte-rendu de la commission de contrôle du 15/01/2025, et sur propositions faites par cette commission, le programme de contrôle externe de la tarification pour les établissements MCO (Ex-DG et Ex-OQN) de la région Centre-Val de Loire pour l'année 2025 est le suivant :

1/ PERIODE DE CONTROLE

La période de contrôle concerne les séjours dont la date de sortie du patient est comprise entre le 1er mars et le 31 décembre 2024 pour les établissements MCO [ciblage final sur la base complète (scellée) ; seuls les RSA valorisés font l'objet de test].

Les contrôles porteront uniquement sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (hors hospitalisation à domicile -HAD) pour les séjours en hospitalisation complète, y compris ceux des patients hospitalisés pour la prise en charge de la COVID-19 et les séjours sans nuitée de chirurgie et d'interventionnel.

Les séjours sans nuitée dits de médecine (racines en M et en Z) ne feront pas l'objet de contrôle pour la campagne 2025.

*Le fichier de RSA est passé au crible d'une batterie de tests et produit des résultats qualitatifs et quantitatifs. Résultat du test. Il s'agit soit d'un nombre de RSA, soit d'un pourcentage de RSA. Alerte. Information qualitative sur le résultat d'un test pour un établissement. Les modalités de calcul de l'alerte sont fournies pour chaque test.

2/LES PRIORITES NATIONALES DU PLAN DE CONTROLE

Les Priorités Nationales pour le plan de contrôle 2025 sont issues de « Instruction n° DGOS/FIP1/DSS/1A/2025/141 du 14 octobre 2025 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2025, portant sur l'activité 2024 » adressée par la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées à l'attention de Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Elles sont déterminées, notamment, sur la base des activités pour lesquelles il est constaté des comportements atypiques repérés à partir des analyses statistiques des bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et lors des campagnes de contrôle précédentes.

Dans ce cadre, les établissements financés en 2024 par le dispositif de sécurisation modulée à l'activité ne feront pas l'objet de contrôle pour la campagne 2025.

Par ailleurs, les contrôles porteront uniquement sur le champ Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) (hors hospitalisation à domicile [HAD]), et pour les séjours en hospitalisation complète : les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie sont à exclure de notre ciblage, en dehors des PIE.

Il convient de noter qu'il n'est pas mis en place de ciblage de la facturation des suppléments facturés lorsque le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue ou dans une chambre spécifique d'une unité d'hématologie. Néanmoins, tout séjour entrant dans le champ des contrôles comportant un supplément pourra faire l'objet d'un contrôle (y compris donc du supplément).

Pour rappel, à compter de la réception du courrier de l'agence Régionale de Santé (ARS) l'informant d'un contrôle T2A (tarification à l'activité), un établissement ne doit plus transmettre de fichier LAMDA (Logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité) sur les séjours concernés par le ciblage.

Il a, en effet, pu être constaté que les établissements utilisaient l'outil LAMDA pour modifier les données des activités concernées par le contrôle externe avant, pendant et après le contrôle sur site. De la même manière, à compter de la réception du courrier de l'agence régionale de santé, un établissement ne peut plus adresser de factures rectificatives sur les séjours concernés.

Cette stratégie nationale est à adapter en fonction des résultats des campagnes de contrôles précédentes et selon l'existence de :

- sanctions financières antérieures,
- modifications du codage et/ou de la facturation des établissements décidées au niveau réglementaire.

Le cas échéant, seule la récupération des montants indûment perçus sera notifiée aux établissements. Par ailleurs, si dans le cadre de la campagne 2024, il avait été demandé de ne pas appliquer de sanction, cette disposition exceptionnelle est levée pour la campagne 2025, conformément à l'instruction transmise par Madame la ministre.

Réunion Ministère du 31/03/2025 : 1ères orientations PN campagne 2025 (séjours 2024)

- 45 000 séjours (compte tenu des exclusions encore en cours) ;
- Exclusion des Ets bénéficiant de SMA (arrêt SMA en 2025), maintien du non ciblage des suppléments (REA, ...) (possible contrôle quand retrouvés au sein d'un champ de contrôle dont le motif n'est pas celui des suppléments)
- Sanctions : oui
- Nouveautés :
- HDJ : GHM en « C » et en « K » ; exclusion des GHS en « M » et « Z » et des séjours RAAC (19 racines de GHM en « C »)
- Dans la catégorie « Soins non pris en charge par l'AM » : les codages par assimilation d'actes CCAM non remboursables, exemple : RTMS stimulation Magnétique trans crânienne etc..

Sur ce périmètre, les Priorités Nationales de contrôle retenues pour la campagne 2025, portent sur les thèmes suivants :

Instruction n° DGOS/FIP1/DSS/1A/2025/141 du 14 octobre 2025 relative aux Priorités Nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2025 portant sur l'activité 2024

- 1) Les activités non-prises en charge par l'Assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité ;
- 2) Le codage du diagnostic principal ou de certains actes CCAM classants ;
- 3) Le codage des comorbidités ;
- 4) Les séjours dits « contigus » ;

La consigne a été donnée au réseau Assurance maladie que si un des 2 séjours est de 0 nuitée, il sera conservé dans les paires de séjours à contrôler (date d'entrée du 2ème séjour = date de sortie du 1er séjour)

- 5) Les prestations inter établissements

Comprend séjours avec date d'entrée = date de sortie.

2.1. Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie ou ne relevant pas de facturation T2A

La Priorité Nationale est de contrôler :

- les essais cliniques, notamment de phase I, sur le risque maladie. Sont notamment visées les recherches impliquant la personne humaine mentionnées à l'article L. 1121-1 du Code de la santé publique ;
- les interventions dites « de confort » pour les actes mentionnés comme non remboursables à la CCAM, et plus particulièrement les actes d'implantologie et de chirurgie réfractive, même en HDJ.

À noter par ailleurs, qu'à l'occasion de contrôles, lorsque les équipes régionales repèrent que des actes non inscrits à la CCAM ont été codés par assimilation, elles doivent en informer systématiquement pour avis les services de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).

2.2. Le codage du Diagnostic Principal ou de certains actes CCAM classants

Les hospitalisations pour diagnostic ou pour surveillance procèdent de règles de codage, définies au sein du guide méthodologique MCOO, dont le respect constitue une Priorité Nationale.

Le contrôle du codage des diagnostics principaux (DP) ou des actes classants ayant pour effet de classer le séjour dans un groupe homogène de séjours (GHS) mieux valorisé que celui dans lequel le séjour aurait été classé en l'absence de codage de ce DP ou de cet acte classant, fait également l'objet d'une priorité nationale.

La priorité nationale est de contrôler aussi le respect de la règle S1 hors HDJ de médecine, à savoir les situations d'une prise en charge, dite de surveillance négative. Il s'agit le plus souvent d'hospitalisations de courte durée (environ 5 jours) en vue de réévaluer la situation et/ou modifier le traitement d'une pathologie chronique.

(Nombre de racines « apparentées » avec proportion élevée de la racine plus valorisée).

2.3. Le codage des comorbidités

La priorité nationale est de contrôler le respect des règles du guide méthodologique MCO1 pour le codage des diagnostics associés significatifs ayant une valeur de complication ou morbidité associée (CMA), annexe III de l'arrêté du 23 décembre 2016 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 pour le codage des Diagnostics Associés Significatifs ayant une valeur de complication ou de morbidité associée (CMA).

Pour rappel, un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP, ou le couple DP-DR (diagnostic relié), constituent :

- un problème de santé distinct supplémentaire (une autre affection),
- ou une complication du DP,
- ou une complication du traitement du DP.

Un diagnostic associé, répondant ainsi aux critères définis supra, est dit significatif :

- s'il est pris en charge pour sa propre part à titre diagnostique ou thérapeutique,
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection.

(*)

Un séjour avec une CMA de niveau 2 doit pour classer le GHM en niveau de sévérité 2 avoir une durée minimale de 3 jours d'hospitalisation et ne pas être exclue par le DP.

2.4 Les séjours Hospitalisation de Jour

HDJ : GHM en « C » et en « K » soit HDJ de chirurgie ou interventionnel

2.5 Les séjours dits "contigus "

Les séjours contigus désignent des hospitalisations successives réalisées pour un même patient au sein d'une même entité juridique et avec un même FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) géographique, dont la date d'entrée est égale à la date de sortie de l'hospitalisation précédente.

NB. La consigne a été donnée au réseau Assurance maladie que si un des 2 séjours est de 0 nuitée, il sera conservé dans les paires de séjours à contrôler (date d'entrée du 2ème séjour = date de sortie du 1er séjour).

Pour rappel, le guide méthodologique MCO précise que :

« Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique. En conséquence :

- si les deux parties du séjour se sont déroulées dans deux unités médicales différentes, le même numéro de RSS est attribué aux deux RUM produits ;
- si l'unité médicale de réadmission est la même que celle de sortie, il est produit un RUM unique, comme s'il n'y avait pas eu de sortie ».

Le guide prévoit que seul un cas exceptionnel, tel un retour du patient qui serait dû à une autre affection que celle prise en charge initialement, à un autre problème qu'une complication de l'affection prise en charge initialement ou de son traitement, autoriserait à distinguer deux séjours, donc à produire deux RSS distincts, la date de sortie du premier étant égale à la date d'entrée du second. Il n'est ainsi autorisé de produire deux RSS distincts que si la readmission {XE "Réadmission »} est justifiée par un évènement indépendant du premier séjour, cas exceptionnel. Toutes les fois que la readmission {XE « Réadmission »} est due à la même affection, à une complication de celle-ci ou de son traitement, il ne doit être produit qu'un seul RSS.

2.6 Les prestations inter établissements (PIE)

Les PIE sont des prestations correspondant aux situations dans lesquelles un établissement a recours aux plateaux techniques ou aux équipements d'un autre établissement pour assurer à ses patients des soins ou des examens qu'il ne peut pas délivrer lui-même.

Les transferts < 2 jours (soit une nuitée au maximum) sont considérés comme des prestations inter-établissements, lorsqu'ils ont lieu entre deux établissements relevant du même champ d'activité (transferts intra-MCO, intra-SSR ou intra-psychiatrie).

Ces prestations inter-établissements n'interrompent pas le séjour du patient. (Recherche des assurés avec au moins 2 séjours valorisés dont au moins un a eu lieu dans un établissement de la région).

Dans cette situation, le principe de financement des PIE repose sur le fait que seul l'établissement demandeur dans lequel le patient est initialement pris en charge est autorisé à facturer l'ensemble de sa prise en charge, y compris celle réalisée par l'établissement prestataire.

Par exception à cette règle, lorsque le patient est hospitalisé et qu'il est pris en charge dans un autre établissement pour la réalisation d'une séance de la catégorie majeure 28 à l'exception de celles de transfusions (GHM 28Z14Z), oxygénothérapie (28Z15Z) et aphérèses sanguines (28Z16Z), ou correspondant à un forfait de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale en unité de dialyse médicalisée, chaque établissement facture sa prestation.

Le guide méthodologique MCOO précise que « si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation, B produit un RSS dont les modes d'entrée et de

sortie sont codés « 0 » (transfert provisoire). La prestation de B n'est pas facturée à l'Assurance maladie car c'est à A que B la facture. ». Le guide précise également que les transferts d'un patient hospitalisé à domicile vers un établissement de MCOO sont également exclus du régime des prestations inter-établissements.

Le guide méthodologique MCO précise que « la prestation de B intervient sans interruption de l'hospitalisation en A, établissement demandeur de la prestation (...). La prestation de B n'est pas facturée à l'assurance maladie car c'est à A que B la facture ». Le guide précise par ailleurs que, outre les GHM de la catégorie majeure 28, sont également exclus du régime des prestations inter-établissements les transferts d'un patient hospitalisé à domicile vers un établissement de MCO.

La priorité nationale est de contrôler les séjours facturés à l'Assurance maladie par les établissements prestataires (établissements B) dans le cadre d'une prestation inter-établissements :

- hors exceptions au régime des prestations inter-établissements (transferts HAD vers MCO, séances et dialyses en unité de dialyse médicalisée) ;
- hors séjours réalisés dans le cadre des prestations inter-activités, compte-tenu de l'évolution réglementaire intervenue sur ce sujet en 2016. En effet, l'article 4 ter de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précise le régime de ces prestations inter-activités qui correspondent aux transferts de moins de deux jours entre deux unités médicales relevant de champs d'activité différents (transferts SSR vers MCO, psychiatrie vers MCO...). Dans ce cas de figure, il est précisé que chaque établissement facture ses prestations.

(Les PIA désignent quant à elles les situations dans lesquelles une unité médicale ou un établissement a recours aux plateaux techniques ou aux équipements d'une unité ou d'un établissement relevant d'un autre champ d'activité (par exemple les transferts entre le champ des soins de suite et réadaptation et le champ médecine, chirurgie, obstétrique). L'arrêté prestations MCO vient ainsi clarifier ces règles en permettant à chaque établissement de facturer ses prestations lorsqu'il s'agit d'établissements de champs différents).

2.7. LAMDA dans les établissements ex-DG

L'outil LAMDA, logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité, mis à disposition par l'ATIH, permet aux établissements ex-DG de transmettre sur la plateforme e-pmsi à année "n+1" les données d'activité de l'année "n" non-valorisées ou de les modifier si des éléments nouveaux sont intervenus.

La Priorité Nationale a pour objectif de contrôler les valorisations opérées via LAMDA, notamment le respect de ses conditions d'utilisation, telle que la motivation par l'établissement des modifications de ses séjours.

Pour rappel, à compter de la réception du courrier de l'ARS l'informant d'un contrôle T2A, un établissement ne doit plus transmettre de fichier LAMDA sur les séjours concernés par le ciblage.

2.8. Le contrôle des structures HAD

Pas de contrôle HAD cette année.

La reprise des contrôles sur le champ de l'HAD est prévisible pour la campagne de contrôle 2026.

3. LES ETABLISSEMENTS INSCRITS AU PLAN DE CONTROLE

3.1. SELECTION DES ETABLISSEMENTS

Seuls sont potentiellement retenus les établissements cumulant au minimum 200 séjours atypiques, en se limitant à 8 thèmes de contrôle par établissement au maximum.

3.2. LA LISTE DES ETABLISSEMENTS RETENUS

Dans ce cadre, les séjours exclus du ciblage :

- les séjours pour lesquels la création de l'empreinte numérique figure en doublon,
- les séjours réalisés dans des établissements avec « Sécurisation Modulée à l'Activité » (SMA) (toutefois les résultats des tests sont disponibles pour ces établissements à titre d'information).

Une liste nous a été fournie avec l'information si l'établissement bénéficie ou non de la SMA pour les Etablissement ex-DG et ex-OQN.

Liste des établissements MCO du secteur ex-DG financés à la SMA ou à la valorisation à M12 2024 :

Sécurisation Modulée à l'Activité 2024 : SMA

Sur ces bases, les établissements MCO suivants avec SMA, 20 établissements MCO sont exclus au titre du plan de contrôle 2025 :

Pour les 14 Établissements publics :

- o 450000104 CH AGGLOMERATION MONTARGOISE
- o 450000096 CH DE GIEN
- o 450000088 CHR ORLEANS
- o 410000095 CH VENDOME
- o 410000087 CH DE BLOIS
- o 370000614 CH LOCHES
- o 370000606 CH CHINONNAIS
- o 370000564 CHIC AMBOISE- CHATEAU RENAULT
- o 360000053 CH DE CHATEAUROUX
- o 280000183 CH VICTOR JOUSSELIN
- o 280000134 CH CHARTRES
- o 180000069 CH ST AMAND MONTROND
- o 180000051 CH VIERZON
- o 180000028 CH J. COEUR BOURGES

Pour les 6 Établissements privés

- o 450000245 CLINIQUE L'ARCHETTE
- o 410000202 POLYCLINIQUE DE BLOIS
- o 370007569 POLE SANTE LEONARD DE VINCI
- o 410004998 CLINIQUE DU SAINT CŒUR
- o 360000129 CLINIQUE ST FRANCOIS
- o 180010209 POLE SANTE PRIVE-PUBLIC ST AMANDOIS

Ne reste que 11 établissements en CVDL :

Ne reste que 4 établissements EX-DG en CVDL :

- o 410000103 CH ROMORANTIN LANTHENAY
- o 370000481 CHU DE TOURS
- o 280500075 CH DE CHATEAUDUN
- o 280000589 CH DE NOGENT LE ROTROU

Un groupement de coopération sanitaire de moyens exploitant à échelle tarifaire publique :

- o 370013286 GCS CHIRURGIE EN CHINONNAIS

Ne reste que 6 établissements EX-OQN en CVDL :

- o 450012968 CLINIQUE DE MONTARGIS
- o 450010079 ORELIANCE - LONGUES ALLEES
- o 450000294 ORELIANCE - REINE BLANCHE
- o 370000093 SAS NOUVELLE CLINIQUE DE TOURS_NCT +
- o 280505777 HOPITAL PRIVE D'EURE ET LOIR

- o 180004145 HOPITAL PRIVE GUILLAUME DE VARYE

Quelques précisions : 1465 séjours à prévoir en région CVDL

4. RESULTAT DU CIBLAGE

L'ATIH nous a informé que l'outil OSCT ne serait pas disponible dans l'immédiat.

Les établissements sous SMA qu'ils soient ex-OQN ou ex-DG ont été intégrés dans les tests avec filtre possible.

Le ciblage tient compte des Priorités Nationales finalement retenues par le ministère pour cette campagne et des séjours exclus du contrôle.

Exemple : HDJ avec acte pouvant relevant de forfait SE, ...

Sur ces bases, 11 établissements MCO suivants sans SMA, ont été retenus au titre du plan de contrôle 2025 :

Pour les 5 Établissements publics :

410000103 CH ROMORANTIN LANTHENAY
370013286 GCS CHIRURGIE EN CHINONNAIS - ET
370000481 CHU DE TOURS
280500075 CH DE CHATEAUDUN
280000589 CH DE NOGENT LE ROTROU

Pour les 6 Établissements privés :

450012968 CLINIQUE DE MONTARGIS
450010079 ORELIANCE - LONGUES ALLEES
450000294 ORELIANCE - REINE BLANCHE
370000093 SAS NOUVELLE CLINIQUE DE TOURS +
280505777 HOPITAL PRIVE D'EURE ET LOIR
180004145 HOPITAL PRIVE GUILLAUME DE VARYE

avec une base de 5333 séjours potentiellement en anomalies au total.

Le CHRU de Tours et Oreliaance ont été contrôlés sur l'année 2024 (sur les séjours 2023).

SYNTHESE PAR ETABLISSEMENT DES TESTS DE CIBLAGE SELON LES PRIORITES NATIONALES

Seuls sont potentiellement retenus les établissements cumulant au minimum 200 séjours atypiques, en se limitant à 8 thèmes de contrôle par établissement au maximum.

Le CHU DE TOURS 370000481 a été contrôlé sur l'année 2024 : il est exclu du ciblage.

La clinique des LONGUES ALLEES 450010079 (pole ORELIANCE) a été contrôlé sur l'année 2024 : il est exclu du ciblage.

SAS NOUVELLE CLINIQUE DE TOURS_NCT + 370000093

Historique/Antécédent

Jamais contrôlée en tant que telle car c'est le regroupement de St Gatien et de la Clinique de l'Alliance.

La Clinique St Gatien

La Clinique Saint Gatien de Tours a fait l'objet d'un contrôle de la Tarification A l'Activité en application des articles L.162-22-6 et L.162-22-18 du code de la Sécurité Sociale, et ceci conformément, au plan de contrôle régional externe proposé par la Commission de contrôle et décidé par le Directeur général de l'ARS de la région Centre, le 22 juillet 2015.

Le contrôle sur site s'est déroulé du 22 février 2016 au 04 mars 2016 et a porté sur des séjours réalisés du 1er mars 2014 au 31 décembre 2014.

405 séjours produits entre le 1er mars 2014 et le 31 décembre 2014 et répartis dans les 3 champs de contrôle décrits ci-après, ont été sélectionnés.

Tous les champs ont été annoncés par le DGARS comme pouvant déboucher sur des indus.

Le terme « indus » comprend les sur et les sous facturations.

La Clinique ALLIANCE a fait l'objet d'un contrôle de la tarification à l'activité en application des articles L162-22-6 et L 162-22-18 du Code de la Sécurité Sociale, et ceci conformément, au plan de contrôle régional externe proposé par la Commission de contrôle et décidé par le Directeur général de l'ARS de la région Centre, le 26 juin 2012.

Le contrôle sur site s'est déroulé du 24 septembre 2012 au 19 octobre 2012 et a porté sur des séjours du 1er mars au 31 décembre 2011.

Le présent contrôle est établi selon les modalités prévues aux textes susvisés et fait suite à la lettre d'information adressée à la Clinique de l'ALLIANCE par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de la région Centre le 9 juillet 2012 en application de l'article R 162-42-10 du code de la sécurité sociale. 554 séjours de l'année 2011 (du 1er mars au 31 décembre 2011), répartis dans les champs de contrôle suivants, ont été sélectionnés.

La clinique NCT + dans l'INDRE et LOIRE (37) avait été inscrite au plan de contrôle 2020 et aurait dû être contrôlée en 2020 sur les séjours 2019; néanmoins, la crise sanitaire COVID n'a pas permis le déploiement du contrôle.

La prise en considération d'une décision du ministère relatif à certaines hospitalisations qui sont exclues du ciblage :

- les séjours liés à l'Hospitalisation de Jour Médicaux (HDJ) : séjour dont la date d'entrée est égale à la date de sortie (en dehors des PIE ou contigus),
- les séjours pour lesquels la création de l'empreinte numérique figure en double,
- les séjours réalisés dans des établissements avec « Sécurisation Modulée à l'Activité » (SMA) (toutefois les résultats des tests sont disponibles pour ces établissements à titre d'information).

Nous vous proposons un ciblage pour le plan de contrôle T2A 2025 comprenant la NOUVELLE CLINIQUE de TOURS NCT + 370000093 : 664 séjours sont susceptibles d'être contrôlés.

Sanction : Délai réitération pour qu'un champ soit sanctionnable ?

Il n'y aura pas de champ sanctionnable pour la campagne 2025. En effet on ne peut pas parler de réitération

- en campagne 2025 en se référant à la dernière campagne 2018, antérieure à la crise sanitaire

- et il n'y a pas suffisamment de délai entre les campagnes 2024 (notification indus) et 2025 (programme de contrôle).

Le dernier contrôle réalisé concernait la clinique Saint Gatien, soit une entité différente ; rendant difficile la démonstration de la réitération d'un comportement déviant.

Dans ce contexte, il est proposé de ne pas retenir de champ de contrôle potentiellement sanctionnable pour l'établissement NCT+.

CH ROMORANTIN 410000103

Historique/ antécédent

Le CH Romorantin a fait l'objet d'un contrôle de la tarification à l'activité (T2A) en application des articles L.162-22-6 et L.162-22-18 du code de la Sécurité Sociale, et ceci conformément, au plan de contrôle régional externe proposé par la Commission de contrôle et décidé par le Directeur général de l'ARS de la région Centre, le 22 juillet 2014.

Le contrôle sur site s'est déroulé du 03 au 21 novembre 2014 et a porté sur des séjours réalisés du 1er mars au 31 décembre 2013.

356 séjours produits entre le 1er mars au 31 décembre 2013 et répartis dans les 7 champs de contrôle décrits ci-après, ont été sélectionnés.

La prise en considération d'une décision du ministère relatif à certaines hospitalisations qui sont exclues du ciblage:

- les séjours liés à l'Hospitalisation de Jour Médicaux (HDM) : séjour dont la date d'entrée est égale à la date de sortie (en dehors des PIE ou contigus),
- les séjours pour lesquels la création de l'empreinte numérique figure en double,
- les séjours réalisés dans des établissements avec « Sécurisation Modulée à l'Activité » (SMA) (toutefois les résultats des tests sont disponibles pour ces établissements à titre d'information).

Nous vous proposons un ciblage pour le plan de contrôle T2A 2025 comprenant l'établissement public (41) le CH de Romorantin : 243 séjours sont susceptibles d'être contrôlés.

Sanction :

Délai réitération pour qu'un champ soit sanctionnable ?

Il n'y aura pas de champ sanctionnable pour la campagne 2025.

En effet on ne peut pas parler de réitération

- en campagne 2025 en se référant à la dernière campagne 2018, antérieure à la crise sanitaire
- et il n'y a pas suffisamment de délai entre les campagnes 2024 (notification indus) et 2025 (programme de contrôle).

Le précédent contrôle T2A réalisé en 2014 avait mis en exergue des anomalies de facturation des séjours d'hospitalisation complète contrôlés. Cependant, les règles de codages et tests de sélection ayant changé en 10 ans, il serait difficile d'objectiver la réitération d'une facture déviante pour les mêmes faits. Dans ce contexte, il est proposé de ne pas retenir de champ de contrôle avec potentielle sanction.

HOPITAL PRIVE D'EURE ET LOIR 280505777

Historique/ antécédent

Contrôle sur séjours 2016

L'hôpital Privé d'Eure et Loire a fait l'objet d'un contrôle de la tarification à l'activité (T2A) en application des articles L.162-22-6 et L.162-22-18 du code de la Sécurité Sociale, et ceci conformément, au plan de contrôle régional externe proposé par la Commission de contrôle et décidé par la Directrice générale de l'ARS de la région Centre, le 26 juillet 2016.

Le contrôle sur site s'est déroulé du 24 Avril 2017 au 5 Mai 2017 et a porté sur des séjours réalisés du 1er mars 2015 au 31 décembre 2015.

Nous vous proposons un ciblage pour le plan de contrôle T2A 2025 comprenant l'établissement privé (28 hôpital privé d'Eure et Loir) : 270 séjours sont susceptibles d'être contrôlés.

Sanction :

Délai réitération pour qu'un champ soit sanctionnable ?

Il n'y aura pas de champ sanctionnable pour la campagne 2025.

En effet on ne peut pas parler de réitération

- en campagne 2025 en se référant à la dernière campagne 2018, antérieure à la crise sanitaire
- et il n'y a pas suffisamment de délai entre les campagnes 2024 (notification indus) et 2025 (programme de contrôle).

Dans ce contexte, il est proposé de ne pas retenir de champ de contrôle potentiellement sanctionnable.

DISCUSSION sur le choix des établissements

Considérant les ressources mobilisables par l'assurance maladie, en particulier le nombre de médecins-conseils formés au contrôle T2A,

Considérant le plan de contrôle 2024

Nous vous proposons un ciblage pour le plan de contrôle T2A 2025 comprenant :

- deux établissements privés (37 NCT+ et 28 hôpital privé d'Eure et Loir)
- un établissement public (41) le CH de Romorantin.

CONCLUSION

Il était prévu un objectif de 45 052 séjours au niveau national dont 1465 séjours à contrôler en région Centre Val de Loire.

Afin de respecter un principe d'équité entre les établissements contrôlés, il est préconisé de retenir des établissements relevant des 2 champs de financement

Pour les 3 établissements proposés, il n'est pas prévu de champ de contrôle avec possible sanction, au regard des résultats des précédents contrôles et des évolutions de l'algorithme de groupage.

La prise en considération d'une décision du ministère relatif à certaines hospitalisations qui sont exclues du ciblage :

- les séjours liés à l'Hospitalisation de Jour Médicaux (HDJ) : séjour dont la date d'entrée est égale à la date de sortie (en dehors des PIE ou contigus),
- les séjours pour lesquels la création de l'empreinte numérique figure en double,
- les séjours réalisés dans des établissements avec « Sécurisation Modulée à l'Activité » (SMA) (toutefois les résultats des tests sont disponibles pour ces établissements à titre d'information).

Au total :

Selon nos prérogatives de ciblage, visant à optimiser les ressources mobilisées, seuls sont potentiellement retenus les établissements cumulant au minimum 200 séjours atypiques, en se limitant à 8 thèmes de contrôle par établissement au maximum.

Par ailleurs, le ciblage ne retient qu'une seule empreinte numérique par séjour, afin d'éviter qu'un même séjour présentant plusieurs atypies ne soit sélectionné de façon simultanée dans plusieurs champs de contrôle.

Sont ainsi retenus : deux établissements ex OQN (37 NCT+ et 28 Hôpital Prive d'Eure et loir) et un ex DG (41) le CH de Romorantin.

Pour diverses raisons propres à chaque établissement, aucun champ de contrôle ne serait potentiellement sanctionnable.

Soit, finalement, 1177 séjours ; effectif qui :

- respecte les établissements SMA,
- accorde le temps aux établissements contrôlés au titre du plan 2024 d'analyser les anomalies et de mettre en place les éventuelles mesures correctrices ; d'autant que les notifications d'indus seront adressées par les organismes de sécurité sociale fin 2025, début 2026,
- respecte la sélection d'établissements selon les 2 modalités de financement.

Fait à Orléans, le 15/01/2025

Pour l'UCR

Agence régionale de Santé - Direction de l'offre
sanitaire

R24-2026-02-27-00003

2026-DOS-025 Arrêté modifiant l'arrêté N°
2024-DOS-185 relatif à la composition de l'unité
de coordination régionale du contrôle externe
pour la région Centre-Val de Loire

ARRETE

Modifiant l'arrêté N° 2024-DOS-185 relatif à la composition de l'unité de coordination régionale du contrôle externe pour la région Centre-Val de Loire, cellule technique opérationnelle placée auprès de la commission de contrôle de la tarification à l'activité

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

VU le code de la sécurité sociale, notamment ses articles R.162-35 et R.162-35-1 ;

VU le code de la santé publique ;

VU le décret du 7 juin 2023 portant nomination de Madame Clara de BORT en tant que directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 12 juin 2023 ;

VU la proposition du collège assurance maladie de la commission de contrôle du 27/01/2026 pour remplacement des membres des caisses d'assurance maladie ;

VU la proposition du collège Agence régionale de santé de la commission de contrôle du 27/01/2026 pour remplacement des membres de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire ;

VU la décision n° 2025-DG-DS-0003 en date du 1^{er} octobre 2025 de la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, portant délégation de signature.

CONSIDERANT l'article 2 de l'arrêté N° 2024-DOS-185 fixant les conditions de remplacement des membres de l'unité de coordination régionale du contrôle externe pour la région Centre-Val de Loire pour la durée du mandat restant à courir, soit cinq ans à partir du 25 octobre 2024 ;

ARRETE

ARTICLE 1^{ER} : La composition nominative est modifiée et fixée par l'annexe jointe au présent arrêté.

ARTICLE 2 : Les autres dispositions de l'arrêté n° 2024-DOS-185 sont inchangées.

ARTICLE 3 : Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification à l'intéressé ou de l'exécution des formalités de publicité pour les tiers :

- d'un recours gracieux auprès de la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, sise 131 faubourg Bannier - BP 74409 - 45044 ORLEANS Cedex 1
- d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif d'Orléans - 28 rue de la Bretonnerie - 45057 ORLEANS Cedex 1

Le recours gracieux ne conserve pas le délai des autres recours.

ARTICLE 4 : La directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire est chargée 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 27/02/2026

La directrice générale,

Signé : Clara de BORT

ARRETE N° 2026-DOS-025

ANNEXE A L'ARRETE 2026-DOS-025

COLLEGE	MEMBRES
ARS	Monsieur Teck CHENG
	Docteur Rémi LECLERC, Vice-Président
	Docteur Thierry LEVY
ASSURANCE MALADIE	Madame Léa ACHAUD
	Docteur Isabelle DELALEUX
	Docteur Yves DELALEUX
	Docteur Frédéric HEURTEBISE
	Docteur Michel MATAS, Président
	Madame Anne-Claire METAUT