



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

OCCITANIE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R76-2017-087

PUBLIÉ LE 28 AVRIL 2017

Sommaire

Préfecture Haute-Garonne

R76-2017-04-25-001 - 01-ARS - arrêté fixant le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins (38 pages)	Page 3
R76-2017-04-24-006 - 02-ARS - Décision portant suspension immédiate du droit d'exercer masseur-kinésithérapeute (3 pages)	Page 42
R76-2017-04-25-002 - 03-DIRECCTE - décision portant délégation de signature C. LEROUGE en matière de licenciement économique (3 pages)	Page 46
R76-2017-04-25-003 - 04-DIRECCTE - décision portant subdélégation de signature C. Lerouge compétences ordonnancement secondaire, marchés publics (5 pages)	Page 50
R76-2017-04-25-004 - 05-DIRECCTE - décision portant subdélégation de signature C. Lerouge Compétences générales (3 pages)	Page 56

Préfecture Haute-Garonne

R76-2017-04-25-001

01-ARS - arrêté fixant le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins

01- arrêté fixant plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins de la région Occitanie.

- signé par Mme la directrice générale de l'agence régionale de santé de la région Occitanie -*
- signé par Mme la directrice générale de l'agence régionale de santé de la région Occitanie -*

Arrêté ARS Occitanie / 2017 - 774

**ARRETE FIXANT LE PLAN PLURIANNUEL REGIONAL DE GESTION DU RISQUE ET
D'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS DE LA REGION OCCITANIE**

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L.1431-2, L.1434-14 et suivants et R.1434-9 et suivants ;

Vu le code de la sécurité sociale et notamment l'article L.182-2-1-1 ;

Vu la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;

Vu le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de la directrice générale de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées – Mme CAVALIER Monique ;

Vu le décret n°2016-1025 du 26 juillet 2016 relatif à la coordination des actions des agences régionales de santé et des organismes d'Assurance Maladie ;

Vu le décret n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie ;

Considérant l'avis favorable de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie en formation plénière émis en date du 21 mars 2017,

Considérant l'article R. 1434-19 du code de la santé publique modifié par le décret n°2016-1025 du 26 juillet 2016 qui prévoit : « *le directeur général de l'agence régionale de santé prépare, arrête après avis de la commission mentionnée à l'article R 1434-13, met en œuvre et évalue le plan pluriannuel de gestion du risque et d'efficience du système de soins prévu à l'article L.182-2-1-1 du code de la sécurité sociale* ».

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} :

Le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins de la région Occitanie pour la période 2016-2017, est arrêté tel que figurant en annexe du présent acte.

ARTICLE 2 :

Le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins fait l'objet chaque année d'une révision par avenants préparés, soumis à l'avis de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie et arrêtés dans les mêmes conditions que le plan.

ARTICLE 3 :

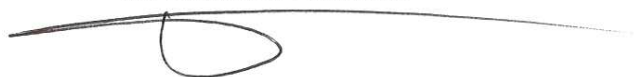
Le présent arrêté peut être contesté dans un délai de deux mois, à compter de sa publication au recueil des actes administratifs, par voie de recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou par voie de recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent.

ARTICLE 4 :

La Directrice de l'offre de soins et de l'autonomie de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie.

Fait à Montpellier, le **25 AVR. 2017**

La Directrice Générale



Monique CAVALIER

**PLAN PLURIANNUEL REGIONAL DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE DU
SYSTEME DE SOINS (PRGDRESS) DE LA REGION OCCITANIE**

2016-2017

Sommaire

I / Préambule.....2

II / Les priorités définies dans le plan national.....3

III / Fiches actions déclinant les priorités nationales et régionales

1/ Les programmes à déclinaison régionale ARS / Assurance maladie

- Produits de santé prescrits en établissement.....4
- Transports.....8
- Virage ambulatoire.....12
- Pertinence.....18

2/ Les programmes à déclinaison régionale ARS

- Etablissements en difficulté.....19
- Programme PHARE.....20
- Maîtrise de la masse salariale.....21

3/ Les programmes à déclinaison régionale Assurance Maladie

- Produits de santé prescrits en ville.....22
- Transports de patients prescrits en ville.....25
- Indemnités journalières prescrites en ville.....28
- Autres prescriptions prescrites en ville.....30

4/ La participation du RSI et de la MSA

- Les actions du plan GDR RSI32
- Les actions du plan GDR MSA.....33

IV / Conditions de mise en œuvre du PRGDRESS.....35

I/ Préambule

L'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie se sont vus confier la responsabilité de la mise en œuvre des programmes de gestion du risque et d'efficacité reconnus comme prioritaires nationalement ou régionalement.

Ces actions, portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins, des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire, dans les établissements et service de santé et médicosociaux.

Elles ont pour objectif de garantir et d'améliorer la qualité des prises en charge, des parcours de soins, tout en assurant la maîtrise des coûts.

Depuis 2015, ces priorités sont déclinées dans le cadre du plan ONDAM qui vise une évolution structurelle de notre système de santé, alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses.

Le plan est structuré autour de 4 grands objectifs, partagés entre l'Etat et l'Assurance Maladie :

- Améliorer la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à sa mission
- Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement
- Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques
- Améliorer la pertinence et le bon usage des soins.

Les lois de financement pour 2015 et 2016, ainsi que la loi de modernisation de notre système de santé ont fait évoluer le cadre de la gestion conjointe de la gestion du risque :

- ✓ Mise en place d'une nouvelle modalité de contractualisation entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) : le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins, qui définit, pour une durée de deux ans, les objectifs pluriannuels de gestion du risque et les objectifs relatifs à l'efficacité du système de soins communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et aux ARS.
- ✓ Mise en place d'une instance régionale de pilotage aux compétences élargies : la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie.
- ✓ Elaboration conjointe par l'Assurance Maladie et l'ARS du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins. Ce plan régional, est constitué des actions régionales déclinant ou complétant le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins. Il est arrêté par la Directrice Générale de l'ARS après avis de la commission de coordination.
- ✓ Mise en œuvre d'un plan spécifique pour la pertinence : Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).
- ✓ Création d'une commission associant les professionnels de santé à la définition et à la mise en œuvre des objectifs prioritaires de pertinence : l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS).
- ✓ Refonte des modalités de contractualisation tripartite entre l'ARS, l'Assurance Maladie et les établissements de santé :
Création du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

II/ Les priorités définies dans le plan national

Le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins 2016-2017, signé le 26 novembre 2016 entre l'état et l'assurance maladie définit les priorités à mettre en œuvre au sein de chacun des 12 blocs du plan ONDAM :

Les programmes à déclinaison régionale partagée ARS / Assurance Maladie

Produits de santé prescrits en établissement
Transports de patients prescrits en établissement
Virage ambulatoire et optimisation des capacités d'hébergement en hospitalisation complète
Pertinence

Les programmes à déclinaison régionale ARS

Etablissements en difficulté
Programme PHARE
Programme SIMPHONIE
Maîtrise de la masse salariale

Les programmes à déclinaison régionale Assurance Maladie

Produits de santé prescrits en ville
Transports de patients prescrits en ville
Indemnités journalières prescrites en ville
Autres prescriptions prescrites en ville

Le présent plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins décline ces priorités en les adaptant à la situation et au diagnostic régional.

Chacun de ces programmes fait l'objet d'une fiche de présentation des actions inscrites au plan.

III/ Fiches actions déclinant les priorités nationales et régionales

1/ Les programmes à déclinaison régionale ARS / Assurance maladie

Produits de santé prescrits en établissement (ARS / Assurance Maladie)

1. Les priorités inscrites au Plan national 2016 2017

Champ ciblé : Tous les établissements de santé : privés / publics, tout secteur.

- **Maîtrise de la liste en sus (LES)** : Déploiement du chantier sur les radiations partielles de la liste en sus ;
- **Augmentation de la prescription de Génériques à l'Hôpital** : Généralisation des ordonnances de sortie avec mention du caractère substituable de la prescription, communication et promotion de la nouvelle version des logiciels d'aide à la prescription intégrant les systèmes d'aide à la décision et la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ;
- **Maîtrise des dépenses de PHEV** : Augmenter le nombre de contractualisations avec les établissements de santé et assurer la transition vers le nouveau contrat simplifié ;
- **Maîtrise médicalisée de médicaments de spécialité** : Encourager le recours aux bio similaires, communiquer sur les dispositions permettant à service médical rendu équivalent la prescription de la molécule la moins onéreuse (exemple recommandation temporaire d'utilisation (RTU)) ;
- **Maîtrise médicalisée des dispositifs médicaux (DM) prescrits à l'hôpital** : Monter en compétence sur la nomenclature LPP, expertiser les pratiques des prestataires sur le terrain
- **Utilisation du numéro « répertoire partagé des professionnels de santé » (RPPS)** : Améliorer le taux de renseignement des identifiants issus du RPPS dans les PHEV et garantir l'exactitude et la complétude du couple comprenant l'identifiant du professionnel et l'identifiant de la structure d'exercice (code établissement) au titre de laquelle est établie l'ordonnance.

2. Le plan régional portant sur les produits de santé

Les actions mises en œuvre en 2016

2.1 . Maitrise des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville.

2 .1.1 Les Indicateurs :

Indicateur PHEV : Evolution tous régime des prescriptions LPP + médicaments hors rétrocession et hors hépatite C, données tous régimes.

Région	Montants remboursés (en M €) Année 2015	évolution Année 2015 / Année 2014	Montants indicatifs 2016 attendus (en M€)	évolution attendue pour 2016 (objectifs CPOM)	Evolution sur les trois premiers trimestres 2016
Occitanie	586,35	6,5%	613,56	4,6%	5,4%
France	7 455	5,9%	7 752,95	4,0%	6,5%

Sources : cnamts phmev LPP 2015 et TIT3-2016, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, objectifs définitifs PHEV 2016

Indicateur sur l'évolution des prescriptions dans le répertoire des génériques

	Part des prescriptions dans le répertoire des génériques Janvier à décembre 2014	Part des prescriptions dans le répertoire des génériques Janvier à décembre 2015	Part des prescriptions dans le répertoire des génériques Janvier à septembre 2016
Occitanie	46,35%	46,48%	47,29%
Objectif national	44%	44%	44%

Sources : cnamts phmev LPP 2015 et TIT3-2016

2.1.2 Actions de maîtrise des dépenses de prescription hospitalière exécutées en ville (PHEV) réalisées en 2016.

Priorités mises en œuvre :

Médicaments

- ✓ Augmentation de la prescription de génériques
- ✓ Développement de la prescription des bio similaires.
- ✓ Développement de l'utilisation de logiciels d'aide à la prescription.
- ✓ Identification des prescripteurs par le numéro RPPS.
- ✓ Développement de la conciliation médicamenteuse.
- ✓ Maîtrise de médicaments de spécialité :
 - Anticoagulants oraux directs (AOD).
 - Antibiothérapie.
- ✓ Maîtrise des prescriptions de la LPP :
 - Compléments nutritionnels oraux
 - Pansements
 - Support de prescription pour la perfusion

Modalités de mise en œuvre des actions PHEV	Acteurs	Indicateurs
Suivi des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins	ARS/AM	8 contrats ont été suivis en 2016.
Inscription dans les feuilles de route opérationnelles des 23 établissements de santé faisant l'objet d'un accompagnement des objectifs prioritaires visant la prescription des médicaments et de la LPP, exécutés en ville	ARS/AM	23 établissements accompagnés en 2016.
Animation par l'OMEDIT de réunions de pharmaciens hospitaliers centrée sur la maîtrise de la LPP	OMEDIT	Réunion de travail et d'échange d'expérience des pharmaciens hospitaliers

Utilisation de CONSOIRES : E-outil de surveillance des consommations des antibiotiques et des résistances bactériennes	OMEDIT	Organisation d'ateliers en ex MP et présentation à la journée Omedit Crpv à Montpellier
Conciliation médicamenteuse	OMEDIT	Formations organisées dans les départements ex LR
Campagne d'échanges MMH (maîtrise médicalisée hospitalière)	AM	<ul style="list-style-type: none"> Echanges confraternels EPO en cancérologie et Bio similaires Echanges confraternels Anti TNF alpha et Bio similaires Echanges confraternels auprès des PUI (TabPhmev et profils PHMEV) Préconisation de facturation en cas de fractionnement de conditionnement

2.2. Maitrise des listes en sus.

2.2.1 Les indicateurs :

	Niveau 2015 (en M €)	Niveau 2015 (en M €)	Evolution 2015	Evolution 2015	Cibles d'évolution définitives 2016	Cibles d'évolution définitives 2016
Région	Médicaments en sus	Dispositifs médicaux en sus	Médicament s en sus	Dispositifs médicaux en sus	Médicaments en sus	Dispositifs médicaux en sus
Occitanie	268,72	183,89	7,1%	3,4%	4,4%	6,9%
France entière	3 019,7	1 739,99	3,5%	5,7%	4,0%	6,3%

Source : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, objectifs définitifs LES 2016

2.1.2 Actions de maitrise des listes en sus mises en œuvre en 2016

Maitrise des listes en sus.

Bilan des réalisations par les établissements de santé de leurs engagements dans le cadre de leur contrat de bon usage.

Mise en œuvre des contrôles CBU

Réalisations	Acteurs	Commentaires
Gestion du CBU : préparation et gestion du rapport d'étape 2015	ARS/AM/OMEDIT	Les grilles utilisées en ex LR et en ex MP seront revues et unifiées avec la mise en place du CAQES
Mise en œuvre des contrôles CBU/ Liste en SUS suivi et le contrôle des pratiques de prescription des produits de la liste en sus au sein des établissements de santé démarche d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins liés à l'utilisation de ces produits.	ARS/AM	Réalisation de contrôles dans 3 établissements pour les médicaments : Trastuzumab emtansine, Eculizumab, immunoglobulines immunosérums, infliximab et 1 établissement pour les dispositifs médicaux implantables : Tavi

Inscription dans les feuilles de route opérationnelles des 23 établissements de santé faisant l'objet d'un accompagnement des objectifs visant la maîtrise des listes en sus	ARS/AM	
--	--------	--

3. Programmes portant sur les produits de santé en 2017

3.1. Programme Prescriptions hospitalières exécutées en ville.

Engagements	Thèmes	acteurs	Calendrier
Poursuite de l'accompagnement d'objectifs visant la prescription des médicaments et de la LPP, exécutés en ville, pour les 23 établissements de santé concernés, dans le cadre du plan ONDAM	<p>Médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmentation de la prescription de génériques ✓ Développement de la prescription des bio similaires. ✓ Développement de l'utilisation de logiciels d'aide à la prescription ✓ Identification des prescripteurs par le numéro RPPS ✓ Développement de la conciliation médicamenteuse ✓ Maîtrise de médicaments de spécialité : ✓ Antibiothérapie <p>Maîtrise des prescriptions de la LPP</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compléments nutritionnels oraux ✓ Pansements ✓ Orthèse d'avancée mandibulaire versus pression positive continue (PPC) 	ARS/AM	
Prise en compte des objectifs du programme PHEV dans la construction du nouveau contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).	Mise en œuvre opérationnelle du CAQES en 2018	ARS/AM	
Actions propres AM	<ul style="list-style-type: none"> • Echanges confraternels auprès des PUI (TabPhmev et profils PHMEV) • 	AM	
Actions propres OMEDIT	Poursuite des actions d'accompagnement des établissements de santé	OMEDIT	

3.2. Programme Liste en sus.

Engagements	Thèmes	acteurs	Calendrier
Prise en compte des objectifs de maîtrise des listes en sus dans la construction du nouveau contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).	Mise en œuvre opérationnelle du CAQES en 2018	ARS/AM	
Accompagnement des établissements de santé sur le nouveau dispositif de gestion de la liste en sus par indication.	<ul style="list-style-type: none"> • présentation à chaque établissement de sa pratique habituelle en matière de 	AM OMEDIT	

	prescriptions de spécialités inscrites sur la liste en sus. <ul style="list-style-type: none"> • remettre les avis de la HAS correspondants. • Remettre le mémo « Nouvelle gestion de la liste en sus des spécialités pharmaceutiques : inscription et radiation par indication thérapeutique » 		
Actions propres OMEDIT	Poursuite des actions d'accompagnement des établissements de santé	OMEDIT	

3.3. Construction du volet obligatoire du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations nouveau Contrat de Bon Usage, socle.

- ✓ Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations
- ✓ développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau
- ✓ engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et bio similaires
- ✓ engagements relatifs aux médicaments et de la liste des produits et prestations prescrits en établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville
- ✓ engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations

TRANSPORTS (ARS / Assurance Maladie)

1. Présentation / Contexte

Un bilan financier provisoire de 2016 se fonde sur les données de M9. La région Occitanie présente une évolution de 5.1% de ses dépenses pour un objectif 2016 de 1.7%. Ces résultats la situent dans la moyenne nationale (5% France entière à M9) et au cinquième rang en termes de volume des dépenses (158M€, soit 8,3% de la dépense nationale). Si on rapproche ce dernier critère des données démographiques, la région Occitanie présente le coût par habitant le plus faible parmi les 5 régions ayant le niveau de dépenses le plus élevé (26,4€ contre 29.8€ en Aquitaine, 34.4€ en Gd Est, 28.6€ en Auvergne, 262.4€ en IDF). Ce constat n'est qu'un premier niveau d'analyse permettant de caractériser une certaine maîtrise de la dépense.

Ce premier constat exclusivement financier, donc partiel, est à mettre en parallèle avec la nécessité de déployer sur les territoires une offre de soins efficiente, c'est-à-dire répondant aux besoins des populations sans être pléthorique. C'est ainsi que le projet de maîtrise de la dépense constituant un chapitre du plan ONDAM devra se donner impérativement trois objectifs qualitatifs intermédiaires:

- *la qualité et l'opportunité médicales de la prescription,*
- *l'optimisation du recours aux transports sanitaires par une révision de l'organisation interne des établissements,*
- *une démographie maîtrisée des prestataires de transports sanitaires par territoire.*

Ces axes d'investigations étant posés, notons que leur périmètre ne couvre pas l'ensemble des prestations de transports sanitaires. La maîtrise de la dépense portée par le plan ONDAM se restreint aux prescriptions d'origine hospitalière remboursées par les différents régimes d'Assurance Maladie, soit les prescriptions des établissements publics, y compris celles émanant des SAMU, celles des établissements privés.

Il en ressort que la **recherche de la maîtrise** de la dépense doit également examiner **l'organisation de l'urgence pré-hospitalière** ainsi qu'un champ à définir de **la dépense de ville** sur certaines spécialités. Sur ce dernier point, si l'on constate (à M9 2016) une prédominance de la prescription des établissements publics (130.4M€ -dont 31% d'ambulances-, contre 22.4M€ -dont 39% d'ambulances- pour les établissements privés), celle-ci est sans doute surévaluée par des notions techniques de consolidation des données, les prescripteurs exerçant en établissements privés pouvant prescrire en leur nom propre sans systématiquement être rattachés à l'établissement dans lequel ils exercent.

2. Mode de déclinaison.

Les éléments de contexte précédent montrent l'importance d'une coopération pluri professionnelle dans l'approche du projet. C'est pour cette raison que la conception et le déploiement des actions contributives au bloc transport du plan ONDAM seront élaborés par un groupe régional rassemblant des représentants du pôle efficacité de la DOSA, du Département Premier Recours, des Délégations Départementales, de l'ARS, et des représentants des CPAM pour le compte des régimes d'Assurance Maladie. Cette composition tient compte des compétences clés permettant un échange optimal des informations entre les différentes instances traitant des transports sanitaires, assurant l'efficacité et la cohérence des différents projets.

Le champ de compétence de ce groupe régional est distinct de celui d'instances existantes ou à venir, notamment:

- Internes à l'ARS (DPR/Pôles *Animation territoriale* des DD,...)
- Propres à l'Assurance Maladie sur la régulation des prescriptions libérales

Les compétences du groupe régional porteront sur les thèmes suivants:

- **Mise en œuvre du programme national ONDAM**
 - Par déploiement de la feuille de route ARS/AM concertée en région Occitanie et validée par la DGOS et La CNAMTS (cf. PJ)
 - Définition de cadres régionaux permettant une autonomie des instances territoriales dans tout projet local concourant à la qualité des prescriptions de transports (notamment plateformes de centralisation de demandes de transports, régulation de l'offre, coopération DD/CPAM...)

3. *Tout autre projet concourant à la qualité et la régulation des prescriptions de transports* non assuré par d'autres instances (DPR, DD, AM) et validé par celles-ci **Priorités inscrites au PNGDRESS 2016 2017.**

TRANSPORTS prescrits en ES	Actions	Calendrier	Acteurs	ARS	Groupe ARS/AM	Groupe AM	
Liste des principaux leviers et actions au niveau national et régional pour 2016 et 2017							
Plan d'actions et leviers nationaux et régionaux pour 2016							
1. Agir pour renforcer la pertinence de la prescription médicale de transport							
- Action 1: Outils d'aide à la prescription							
	Développement des outils en lignes	2016/ 2017	AM			X	
	Réalisation de fiches repères		AM		X		
- Action 2: Encadrer les prescripteurs déviants : campagne mise sous objectifs (MSO)/mise sous accord préalable (MSAP)							
	- Action 3: Contrôler les prescriptions		AM		X		
	Renforcement des contrôles au niveau de la liquidation		AM			X	
	Poursuite des contrôles ex post,		DSS			X	
	- Action 4: Renforcer l'identification du prescripteur par le N°RPPS	ARS / AM			X		
2. Dynamiser la contractualisation avec les établissements de santé							
- Action 1: Campagne CAQOS 2016 avec les ES							
	= CAQOS V2 intégrant la possibilité pour les ARS de cibler des enjeux qualitatifs identifiés (exemple de la dialyse) et permettant de moduler les conséquences financières en fonction de l'implication des ES	2ème trimestre	ARS/AM		X		
	- Action 2: Elaboration du futur contrat simplifié intégrant l'ex CAQOS transports	1er semestre	DSS		X		
3. Améliorer l'organisation interne des établissements pour permettre la centralisation de la commande et la régulation des transports							
- Action 1: Accompagnement des actions de centralisation de la commande							
	- Action 2: Diffusion d'un kit de déploiement	1er semestre	ARS/ AM		X		
			DGOS		X		
4. Amélioration de la réglementation relative à la prise en charge des transports							
- Action 1: Réalisation d'un état des lieux de la réglementation							
	- Action 2: mise en oeuvre des recommandations des rapports (MNC)	3ème	DSS		X	X	
		3ème	DSS/CNAMTS		X	X	
5. Amélioration de l'offre de transport en région (ES et ville)							
- Action 1: Etat des lieux de l'offre de transport							
	- Action 2: Réflexion sur le Schéma d'offre de transport	2ème	DGOS/ARS	X			
		2ème	DGOS/ARS	X			
6. Sensibilisation des patients : mise à disposition d'outils patients							
- Action 1: expérimentation de la carte de transport assis pour les patients dialysés							
	- Action 2: Impulser le covoiturage	2016	AM			X	
	- Action 3: Plan de communication : établir les outils de communication adaptables en fonction des spécificités locales						X

Sujets à intégrer au groupe en plus du Kit national

Relations Territoriales
- préparation CODAMU
- Préparation CODAF
- Gestion administrative harmonisée des transports sanitaires
- Contrôle du respect des bonnes pratiques des professions du transport

Groupe ARS	Groupe ARS/AM	Groupe AM
	X	
	X	
	X	
	X	

A Venir :
- mesures de simplification : Transfert de l'autorité d'autorisation
- Cartographie Taxi (article 47 de la LFSS pour 2015)

Groupe ARS	Groupe ARS/AM	Groupe AM
	X	
	X	

4. Réalisations 2016 dans la région.

Reprise des principales actions et résultats en 2016.

Réalisations	Acteurs	Commentaires
Agir pour renforcer la pertinence de la prescription médicale de transport (Visites DAM, actions ciblées sur les néphrologues hospitaliers et expérimentation carte transport - Tarn)	Toutes CPAM	
Conclusion d'un accord d'expérimentation (Art.66) sur le 31 (octobre 2016).	DPR DD31 DOSA CPAM31	Travaux également réalisés sur les départements 11,46, 65 dont les prolongements pourront conduire à une optimisation de la sectorisation de l'UPH.

Promotion et suivi des expérimentations d'outils de centralisation de la demande de transports (31, 11, 31, 65).	Les DD /CPAM des territoires /le DPR, la DOSA	Nécessité de se doter d'un modus operandi en la matière (cf projet 2017)
Installation d'un outil régional de gestion des sociétés de transport (outil Idf). Définition des méthodes et de la politique en cours.		Déploiement à finaliser en 2017
Suivi des CAQOS en cours		

5. Engagements 2017 dans la région.

TRANSPORTS prescrits en ES	Actions	Calendrier	Acteurs	ARS	Groupe ARS/AM	Groupe AM		
	Liste des principaux leviers et actions au niveau national et régional pour 2016 et 2017							
Plan d'actions et leviers nationaux et régionaux pour 2016								
1. Agir pour renforcer la pertinence de la prescription médicale de transport								
- Action 1 : Outils d'aide à la prescription								
	Développement des outils en lignes	2016/ 2017	AM			x		
	Réalisation de fiches repères		AM			x		
- Action 2 : Encadrer les prescripteurs déviants : campagne mise sous objectifs (MSO)/mise sous accord préalable (MSAP)								
	- Action 3 : Contrôler les prescriptions		AM		x		x	
	Renforcement des contrôles au niveau de la liquidation		AM				x	
	Poursuite des contrôles ex post,		AM				x	
- Action 4 : Renforcer l'identification du prescripteur par le N°RPPS								
			DSS			x		
			ARS / AM					
2. Dynamiser la contractualisation avec les établissements de santé								
- Action 1 : Campagne CAQOS 2016 avec les ES								
	Définir une politique de ciblage et suivi des CAQES intégrant la possibilité pour les ARS de cibler des enjeux qualitatifs identifiés (exemple de la dialyse) et permettant de moduler les conséquences financières en fonction de l'implication des ES. Définir une politique de contractualisation avec les établissements privés.	2ème trimestre 2017	ARS/AM		x			
Etre en mesure de signer les nouveaux contrats au dernier trimestre 2017.								
3. Améliorer l'organisation interne des établissements pour permettre la centralisation de la commande et la régulation des transports								
- Action 1 : Définition de pré-requis pour accompagner les nouveaux projets								
		2017	ARS/ AM		x			
- Action 2 : Accompagnement des projets en cours								
			DGOS		x			
4. Amélioration de la réglementation relative à la prise en charge des transports								
- Action 1 : Réalisation d'un état des lieux de la réglementation								
		3ème	DSS		x	x		
- Action 2 : mise en oeuvre des recommandations des rapports (MNC)								
		3ème	DSS/CNAMTS		x	x		
5. Amélioration de l'offre de transport en région (ES et ville)								
- Action 1 : Etat des lieux de l'offre de transport								
		2ème	DGOS/ARS	x				
- Action 2 : Réflexion sur le Schéma d'offre de transport								
		2ème	DGOS/ARS	x				
6. Sensibilisation des patients : mise à disposition d'outils patients								
- Action 1 : expérimentation de la carte de transport assis pour les patients dialysés								
		2017	AM			x		
- Action 2 : Impulser le covoiturage								
								x
- Action 3 : Plan de communication : établir les outils de communication adaptables en fonction des spécificités locales								
						x		

Travaux en vue d'une connaissance approfondie et partagée de l'offre de transports sanitaires sur les territoires

Relations Territoriales
- Cadrage d'une politique d'agrément des entreprises
- Coopérations en préparation d'instances territoriales (CODAF, Sous Comité Transports CODAMUPS)
- Gestion administrative harmonisée des transports sanitaires
- Contrôle du respect des bonnes pratiques des professions du transport

Groupe ARS	Groupe ARS/AM	Groupe AM
	x	
	x	
	x	
	x	

En fonction de la publication des textes
- mesures de simplification : Transfert de l'autorité d'autorisation
- Cartographie Taxi (article 47 de la LFSS pour 2015)

Groupe ARS	Groupe ARS/AM	Groupe AM
	x	
	x	

1. Les priorités inscrites au PNGDRESS

Ces mesures doivent permettre d'atteindre les objectifs d'économies fixées par les projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017 pour un montant total de 3,41Mds d'euros en 2016 et 4,05 Mds d'euros en 2017, selon la répartition suivante :

Orientation	Montants d'économies en M€	
	2016	2017
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	465	640

Champ ciblé : Tous les établissements de santé (ES) : privés / publics, tout secteur.

1.1 Chirurgie ambulatoire :

- Accompagner les efforts d'organisation des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire (CA)
- Inciter au développement des prises en charge ambulatoires sur la base d'objectifs de progression personnalisés par ES
- Encourager l'innovation et maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins
- Renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours
- Développer la formation des acteurs
- Assurer une large communication auprès des patients et des professionnels sur les bénéfices de la CA

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP) sera poursuivie auprès des établissements les plus en retard. La liste des 55 gestes entrant dans la procédure continuera à être actualisée avant chaque campagne en lien avec les sociétés savantes thématiques.

1.2 Médecine ambulatoire

En 2016, sont attendues des actions de :

- Transfert de séjours d'hospitalisation complète (HC) vers des séjours d'HDJ
- Transfert de séjours d'HDJ vers des prises en charge intermédiaires ou consultations.

Optimisation de l'ambulatoire :

- Regroupement des HDJ existants (pour améliorer l'efficacité des organisations).

1.3 PRADO :

Le PRADO maternité débuté en 2010 a été étendu aux sorties précoces sur une vingtaine de territoires fin 2015.

Le volet chirurgie initialement lancé en 2011 sur la chirurgie orthopédique va être étendu mi 2016 progressivement à toute la chirurgie en débutant par la chirurgie digestive. Le volet chirurgie orthopédique s'est enrichi début 2016 d'une offre complémentaire qui concerne la fragilité osseuse.

Le PRADO pathologies chroniques poursuit son développement avec une généralisation France entière pour le volet insuffisance cardiaque (IC) et une extension à 71 sites pour la broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO) fin 2016.

Une expérimentation pour la prise en charge des plaies chroniques après hospitalisation a été lancée fin 2015 sur 10 sites et fera l'objet d'une première évaluation fin 2016.

Une approche populationnelle pour accompagner et prévenir les ré hospitalisations des personnes âgées est en cours avec l'expérimentation d'un PRADO Personnes âgées.

Un nouveau volet est à l'étude pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) après une hospitalisation en MCO (expérimentation en 2017).

1.4 Hospitalisation à domicile

- Inclure dans les CPOM Etat/ARS et les CPOM des ES des objectifs de prescription de l'HAD, notamment ciblés sur des activités directement substituables
- Adapter les prochains SROS PRS aux orientations de la circulaire du 04/12/13
- Accompagner la montée en charge de l'HAD dans les logiciels d'orientation patient (LOP) et notamment Via Trajectoire
- Développer la diversification des modes de prises en charges notamment par le développement des spécialisations (SSR, Traitement du cancer, soins palliatifs...)
- Accompagner le développement de la chimiothérapie à domicile suite à la publication du rapport de la Haute Autorité de Santé en janvier 2015
- Suivre et évaluer le dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD (instruction DGOS du 6/06/2016) et proposer un modèle de financement adapté au juste coût (chirurgie + HAD)
- Préciser les modalités d'organisation de la permanence des soins en HAD
 - Développer l'intervention de l'HAD dans les établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ESMS)

1.5 Soins de suite et de réadaptation – SSR

En 2016, sont donc attendues des actions de :

- Un transfert vers l'ambulatoire :
 - Transfert de séjours d'HC vers des séjours d'HDJ ;
 - Transfert de séjours d'HDJ vers des PEC intermédiaires ou consultations.
- Optimisation de l'ambulatoire :
 - Développement des HDJ existants (pour améliorer l'efficacité des organisations) : parcours progressifs des patients, d'HC vers l'HS, puis d'HS vers l'HDJ, pour ensuite favoriser le retour à domicile, avec appui de la ville.

1.6 Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

- Poursuite des baisses tarifaires de l'hémodialyse en centre sur la base d'un objectif de neutralité tarifaire
- Lancement courant 2016 des expérimentations de parcours de soins d'IRC dans le cadre de la LFSS pour 2014 sur 6 territoires
- Poursuite des travaux nationaux visant à mieux organiser les prélèvements sur donneurs décédés afin d'augmenter le nombre de prélèvements d'organes
- Déploiement de Cristal –Images visant à améliorer le processus d'évaluation des organes via le transfert d'images entre les centres greffeurs et préleveurs
- Elaboration d'un outil en lien avec le Registre REIN visant à aider les ARS à définir une offre cible de greffe et de dialyse sur la base des recommandations de la HAS relative aux stratégies efficaces de prise en charge de l'IRCT

2. Présentation / Contexte :

➤ Contexte Chirurgie Ambulatoire

- Poursuite du Benchmark régional en 2016 avec fin de l'accompagnement en ex-LR et nouvel accompagnement de 6 établissements en ex-MP.
- Poursuite des MSAP
- Poursuite des dialogues de gestion sur ce thème avec 23 établissements de la région. Le taux régional 2016 est de 51.6%

- Contexte PRADO :
Une forte progression du nombre d'inclusions, les objectifs fixés par la CNAMTS sont atteints :
 - PRADO MATER : 6560 inclusions en 2014 / 29 838 inclusions en 2016
 - PRADO ORTHO : 513 inclusions en 2014 / 3 686 inclusions en 2016
- Contexte HAD : Une quarantaine d'HAD dans la région avec des activités disparates en quantité de journée et en prestations réalisées
- Contexte SSR : La région se caractérise par un nombre de lits de SSR supérieur à la moyenne nationale, mais avec un taux d'HDJ à améliorer tout en étant pertinent.
- Contexte IRCT : La région se caractérise par un bon taux de greffes rénales et préemptives. Par ailleurs la région se caractérise par un taux faible de dialyse hors centre.

3. Bilan de la réalisation des programmes portant sur le virage ambulatoire en 2016 :

3.1 Atteinte des objectifs du virage Ambulatoire

3.1.1 Les Indicateurs :

Item	Indicateur nationaux
Chirurgie Ambulatoire	Taux global de chirurgie ambulatoire (indicateur CPOM Etat/ARS)
Médecine Ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volume financier (M€) ▪ Taux d'HDJ (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS)
PRADO	Pathologies Chroniques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ IC : ré hospitalisations évitées ▪ Nombre de patients accompagnés : BPCO, IC et plaies chroniques <u>Obstétrique</u> : Evolution de la durée moyenne de séjour (DMS) et nombre de patientes accompagnées. <u>Chirurgie (orthopédie)</u> : Evolution de la DMS, taux de recours au SSR après intervention pour chirurgie et nombre de patients accompagnés.
HAD	Nombre de patients par jour pour 100 000 habitants de la région. (<i>Objectif de la circulaire du 04/12/2013 : 30 à 35 patients/jour pour 100 000 habitants</i>)
SSR	Montant d'économie atteint par an sur le bloc (en M€).
Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de séances de dialyse en centre/nombre total de séances de dialyse. ▪ Taux de dialyse hors centre (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS)

3.1.2 Actions de promotion du virage ambulatoire réalisées en 2016.

Priorités mises en œuvre :

Concernant la chirurgie ambulatoire (CA)

- Attribution des fonds FMESSP associés à des objectifs d'amélioration du taux de chirurgie ambulatoire
- Coaching de 6 établissements en ex MP sur l'amélioration de l'organisation de la chirurgie ambulatoire : action terminée en janvier 2017
- Fin du coaching de 5 établissements en ex LR action terminée en mars 2016
- renouveler le benchmark simultané UACA-BO en ex MP en 2017 pour les établissements qui avaient participé en 2015 (action préfinancée).
- Poursuite des actions de MSAP
- Poursuite des dialogues de gestion avec tous les établissements en abordant la question chirurgie ambulatoire et récupération rapide
- Poursuite du suivi de 5 établissements par le coaching ANAP ex LR

– Poursuite des formations Personnels Non Médicaux en ex LR
Compte tenu des données actuelles non scellées, le taux 2016 de CA de la région Occitanie est de 51.6%

Concernant PRADO :

- Progression du nombre d'établissements engagés dans la démarche.
- Extension des partenariats inter régimes (MSA, RSI et autres régimes).
- Développement des formations des conseillers de l'Assurance Maladie.
- Information à porter sur les programmes PRADO dans le cadre des instances conventionnelles (CPL et CPR des médecins, des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes).
- Définition d'objectifs PRADO dans les dialogues de gestion des établissements de Midi-Pyrénées dans le cadre du plan ONDAM.
- Réalisation de profils PRADO à destination des établissements
- CPAM 65 expérimentatrice d'un PRADO personnes âgées dans le cadre de PAERPA.

Concernant l'HAD:

- Création en juin d'un groupe technique régional HAD auquel participent l'ARS et des représentants FNEHAD : ce groupe qui s'est réuni 3 fois est chargé de faire l'état des lieux des problématiques régionales de l'HAD, de proposer des actions de promotion de l'HAD, de fédérer les HAD sur des projets communs
- A cet effet, la promotion de l'HAD en ESMS a été réalisée auprès des fédérations FNEHAP et des établissements pour adultes et enfants handicapés ainsi que lors de rencontres des directeurs médecins coordonnateurs d'EHPAD organisées dans les départements : 6 réunions au total.
- Un travail de redécoupage par commune des zones géographiques d'intervention de l'HAD a commencé en 2016 et devrait se poursuivre en 2017 sur l'ex région Languedoc Roussillon
- L'HAD comme lieu de réalisation des chimiothérapies IV et sous cutanées : ce projet a démarré auprès des 2 réseaux oncologiques de la région en 2016 et sera poursuivi en 2017 par la visite des 2 centres anticancéreux de la région
- Une autorisation d'HAD « obstétrique » a été déclarée caduque par l'ARS compte tenu de la montée en charge de PRADO Maternité et une HAD polyvalente de la région a renoncé à son autorisation faute de l'avoir mise en place
- deux HAD (En Ariège et dans le Lot) ont cessé leur activité et leur territoire géographique ont été repris par d'autres HAD ou sont en passe de l'être ; deux autres HAD du Lot sont en train de fusionner.
- le nombre d'implantations d'HAD dans chaque territoire de santé et prévu au PRS 2012-2017 est atteint au terme de ces 5 ans à l'exception du Tarn et Garonne où deux implantations subsistent : une rencontre des deux HAD a été organisée en 2016 sous l'égide de l'ARS et le projet perdurera en 2017
- enfin l'ARS a relayé auprès de l'ensemble des établissements concernés l'AAP national « HAD post chirurgie » et 5 projets ont eu un avis favorable de l'ARS Occitanie, transmis au ministère pour décision

Compte tenu des données actuelles non scellées, le nombre régional de journées d'HAD pour 100 000 habitants est de 15.5 (cible à 30 en 2020)

Concernant l'IRC, après l'impulsion organisationnelle et financière donnée en 2015 par l'ARS en ex MP pour développer le recensement et les prélèvements d'organes, une réunion des coordinations hospitalières a eu lieu en 2016 afin de partager l'avancement des actions engagées par chacune.

- Aucune action concernant la promotion de la Dialyse Péritonéale ou de la dialyse hors centre n'ont été réalisées en région compte tenu du dynamisme de l'activité de greffe qui reste prioritaire chez les patients incidents

Concernant le SSR :

- 11 établissements hospitaliers de la région ont été mis sous Accord préalable compte tenu de leur taux élevé de transferts en SSR pour les gestes retenus par l'HAS
- une cartographie régionale est en cours fin 2016 pour identifier les SSR avec des places de jour : il y a des difficultés à recueillir des informations compte tenu des données déclaratives et pas toujours actualisées des établissements.

Concernant le développement de l'hospitalisation de jour :

- Les 23 établissements de la région suivis dans le cadre du plan triennal ont été sensibilisés au développement d'hôpitaux de jour via les sessions collectives d'accompagnement conjoint ARS/ANAP
- Des requêtes sur les séjours de médecine de 1 et 2 jours ont été réalisées à l'ARS et les résultats transmis à chacun des établissements afin de travailler sur le potentiel de transfert de ces séjours dans des unités de 0 jour dédiées : des difficultés importantes existent :
- Quelques freins identifiés :
 - Le flou de la circulaire frontière et quelques divergences d'interprétation entre l'ARS et l'Assurance Maladie sur certaines prise en charge (exemple des troubles des apprentissages où l'assurance maladie régionale a écrit son refus de prise en charge de GHS pour des bilans approfondis quand l'ARS incite les établissements à développer des centres de compétence) : la création en 2017 d'une prestation intermédiaire devrait apporter une solution à ces divergences
 - Le potentiel d'activité insuffisant qui hormis les CHU achoppe sur la notion d'unité dédiée
 - La pénurie de ressources médicales qui empêche de créer des plateaux techniques multidisciplinaires
 - L'architecture ancienne de nombreux services qui n'a pas été pensée pour regrouper en un seul lieu des places dédiées à l'hospitalisation de jour

Compte tenu des données actuelles 2015, le taux régional de journées de médecine de jour rapporté au nombre total de séjours en médecine est de 26.1%

4. Programmes portant sur le virage ambulatoire en 2017

4.1 Item sur la Chirurgie Ambulatoire, médecine ambulatoire et virage capacitaire :

- ✓ MSAP CA
- ✓ action structurelle : nouveau benchmark des UCA en ex Midi-Pyrénées
- Mobilisation des Directions et des Professionnels de santé médicaux et paramédicaux : des visites sur site auront lieu pour développer, accompagner et partager au mieux les projets de chaque établissement
 - ✓ actions de communication

4.2 Item sur PRADO :

- ✓ PRADO ortho devient PRADO chirurgie, étendu de ce fait à toute chirurgie.
- ✓ Généralisation de PRADO IC et BPCO à l'ensemble de la région selon le plan de déploiement arrêté par chaque département (partenariat CPAM/Service médical).
- ✓ Perspectives de déploiement de PRADO MATER sorties précoces.
- ✓ Expérimentation d'un PRADO personnes âgées dans le Gers.
- ✓ Mise en place d'une stratégie régionale :
 - Echanges de bonnes pratiques
 - Fixation d'objectifs PRADO dans les dialogues de gestion des 23 établissements
 - Veille des dispositifs concurrents
 - Plan de communication régional

4.3 Item sur l'HAD :

- ✓ Poursuite du travail du groupe régional technique créé en 2016
 - Redécoupage géographique par commune des aires d'intervention des HAD en ex-LR
 - Promotion de l'HAD dans les réunions qualité des ESMS
 - Promotion de la chimiothérapie IV apurés des instituts du cancer de la région
 - Organisation d'une réunion régionale de toutes les HAD
 - Faire évoluer la montée en charge de l'HAD dans le LOP trajectoire
 - Promouvoir les prises en charge pertinentes d'HAD dans les 23 dialogues de gestion
- ✓ Visites des HAD (T2A) de la région sur la base des profils nationaux + promotion du dossier médical

4.4 Item sur le SSR :

- ✓ Cartographie du nombre de lits et places en SSR de la région
- ✓ MSAP SSR

4.5 Item sur l'IRCT :

- ✓ Favoriser les greffes
- ✓ Favoriser la dialyse hors centre
- ✓ les transports et la dialyse
- ✓ Expérimentation parcours de soins en IRC en ex-LR

La réduction du nombre d'actes et de soins non pertinents est un enjeu fort pour la qualité de notre système de soins et l'efficacité des dépenses de santé. 33 thématiques prioritaires ont déjà été identifiées au niveau national et des diagnostics régionaux réalisés à partir de l'analyse des variations des taux de recours standardisés.

1. Les priorités inscrites au PNGDRESS

Champ ciblé : Tous les établissements de santé, publics et privés, et les professionnels de santé en ville.

- ✓ Actualiser la liste des thèmes prioritaires au regard de l'évolution des pratiques et étendre la démarche à d'autres domaines tels que l'imagerie, la biologie, la prescription des soins de suite;
- ✓ Poursuivre l'élaboration des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et le développement des outils de l'Assurance Maladie sur la liste des thématiques prioritaires et diffusion de référentiels relatifs à la thyroïdectomie, la cholécystectomie, la chirurgie bariatrique, appendicectomie, chirurgie du canal carpien amygdaléctomie chez l'enfant et aux examens pré anesthésiques ;
- ✓ Etendre la démarche à d'autres domaines : imagerie, biologie et Soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- ✓ Accompagner la mise en œuvre des outils régionaux prévus par l'article 58 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2015 et par le décret en Conseil d'Etat (Instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins -IRAPS), Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), mise sous accord préalable (MSAP), contractualisation avec les établissements de santé ;
- ✓ Poursuivre la sensibilisation des professionnels et des usagers sur la pertinence des soins : publication de l'atlas de variation des pratiques médicales, organisation colloque international et d'un séminaire national et formation des professionnels.

2. La démarche régionale

2.1 La démarche régionale mise en œuvre en 2016 :

- Mise en place de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence en 2016
- Publication du PAPRAPS 2016 2020 arrêté par la Directrice Générale de l'Agence après élaboration et approbation par l'IRAPS et la commission de coordination des actions de l'ARS et de l'Assurance Maladie.
- Elaboration avec des groupes de professionnels concernés de méthodologies de mise en œuvre d'action d'amélioration des soins et /ou des parcours pour ces thématiques.

Thématiques prioritaires retenues dans le PAPRAPS :

- Chirurgie bariatrique.
- Angioplasties coronaires.
- Amélioration de la pertinence des examens d'imagerie.

- Intégration de la notion de pertinence a l'enseignement initial et continu des professionnels de santé pour en permettre l'acculturation.
- Amélioration de la pertinence des amygdalectomies.
- Amélioration de la pertinence des interventions sur le cristallin.
- Amélioration de la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR.
- Amélioration de la pertinence des prises en charge dans le parcours des patients porteurs de BPCO.

→ Le détail de ces programmes d'action est consultable dans le PAPRAPS et ses avenants

2.2 Les priorités pour 2017 :

- Poursuivre l'élaboration et la mise en œuvre des priorités inscrites au PAPRAPS.
- Elaborer et publier un avenant au PAPRAPS définissant :
 - les domaines d'action prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé à décliner.
 - 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 critères permettant le ciblage des établissements faisant l'objet du volet additionnel relatif à la pertinence du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article D.162-14, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de chacune des actions retenues.
 - Proposer aux établissements concernés de conclure le volet additionnel correspondant.
- Poursuivre la mobilisation des professionnels de santé au sein de l'IRAPS et des groupes de travail

2/ Les programmes à déclinaison régionale ARS

Etablissements en difficulté (ARS)

1. Priorités 2016-2017

Conforme aux priorités nationales à savoir :

Améliorer le suivi des établissements en difficulté financière, notamment sur le volet des effectifs, et réduire l'enveloppe annuelle d'aides exceptionnelles :

- Supervision régionale renforcée pour les établissements sous CREF ou PRE ;
- Standardisation outils d'analyse financière selon les règles définies en COPERMO ;
- Echanges de bonnes pratiques sur les plans d'action des établissements de santé, en lien avec la capitalisation des accompagnements réalisés par l'ANAP.

2. Engagements de l'ARS

Engagements	Calendrier	Acteurs
Mettre en place les contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) des établissements pivots de la région les plus en difficulté	S2 2017	ARS
Mettre en place un dialogue de gestion régulier pour accompagner les EPS dans la réalisation des objectifs contractualisés avec l'ARS	S2 2017	ARS
Suivi resserré de l'impact des nouveaux modèles de financements (ex-HL, SRR, etc...)	2017	ARS
Modélisation de Mission d'Intérêt Général	S2 2017	ARS
Prioriser le FIR en fonction des objectifs du plan ONDAM	S1 2017	ARS
Renforcer le suivi de trésorerie des établissements (COREVAT)	S1 2017	ARS / DRFiP
Mettre en place un suivi régional mensuel des dépenses de personnel pour les EPS	S2 2017	ARS / DRFiP

3. Indicateurs Régionaux

- Taux régional de marge brute d'exploitation hors aides et la proportion d'établissements de santé ayant un taux de marge brute hors aides supérieur à 8% (indicateur CPOM Etat/ARS)
- Déficit cumulé des établissements de santé de la région (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS)

Programme PHARE (ARS)

1. Priorités 2016-2017

Conforme aux priorités nationales à savoir :

Institutionnaliser la fonction achats dans les établissements et dans les GHT nouvellement installés afin de dégager des marges de manœuvre supplémentaires au service de la qualité des soins des établissements :

- Consolidation de la démarche d'optimisation des Achats des établissements et appui aux futures démarches territoriales (Plan d'Actions Achats de Territoire) ;
- Accompagnement de la mise en place de la Fonction Achats mutualisée des GHT ;
- Elaboration d'une feuille de route régionale d'évolution de la mutualisation des achats ;
- Favoriser les échanges de bonnes pratiques Achats / Logistiques des établissements de santé tant au niveau régional que national.

2. Engagements de l'ARS

Engagements	Calendrier	Acteurs
Diffusion du kit PAAT construit par la DGOS après une série d'accompagnements pilotes	S2 2016	ARS
Appui des candidatures des GHT de la région aux accompagnements nationaux, et suivi du déroulement	S1 2017	ARS
Accompagnement à la mise en place de la Fonction Achats de GHT (diffusion d'outils, réunion d'échanges entre ES Supports, ...)	2016-2017	ARS
Appui direct à cette mise en œuvre (réunions équipes achats des GHT)	2017	ARS
Cartographie de la mutualisation des Achats en région Occitanie	2016	ARS
Etablissement et mise en œuvre d'une Feuille de Route Régionale de Mutualisation des Achats	2017	ARS
Favoriser les échanges de bonnes pratiques achats en configuration GHT (projet national ARMEN – vague 6)	S2 2017	ARS / DGOS

3. Indicateurs Régionaux

- Montant de gains achats annuels (indicateur CPOM Etat/ARS)
- Taux d'atteinte des objectifs de gains achats régionaux depuis 2013 (indicateur complémentaire de suivi CPOM Etat/ARS).

Maîtrise de la masse salariale (ARS)

1. Priorités 2016-2017

Dans le cadre d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier à progression ralentie, les établissements publics de santé doivent veiller à maîtriser la croissance de la masse salariale pour ne pas générer de déficit hospitalier. Cet effort implique des actions de maîtrise de la masse salariale. L'objectif est de conduire les EPS à mieux suivre et piloter les dépenses de personnel médical et non médical (représentant environ 2/3 de leurs coûts). De plus dans un contexte où la qualité et la sécurité des soins sont à la source de la compétitivité, la performance doit désormais intégrer des critères liés à la qualité de vie au travail qui sera un objectif prioritaire de l'ARS Occitanie en 2017.

2. Engagements de l'ARS

Engagements	Calendrier	Acteurs
Mettre en place un suivi mensuel régional des effectifs	S2 2017	ARS
Contractualiser dans les EPRD un taux cible d'évolution de la masse salariale pour chaque EPS	T1 2017	ARS
Généraliser l'analyse de l'adéquation des ressources humaines à l'activité dans tous les EPS en suivi plan triennal par la réalisation d'un benchmark régional sur les maquettes organisationnelles soignantes.	Fin 2017	ARS / ANAP
Promouvoir le respect de la réglementation dans les EPS, notamment par la révision de la charte de l'Organisation du Temps de Travail	2017	ARS
Accompagner les EPS dans leurs réflexions sur la gestion de l'absentéisme et les modalités de remplacement	2017	ARS

Poursuivre l'accompagnement des restructurations par l'intermédiaire du financement des IDV par l'ARS	2017	ARS
Poursuivre les aides ARS au titre du CLACT dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail	2017	ARS
Suivre l'expérimentation QVT en région Occitanie (cf. AAP National)	2017	ARS
Poursuivre la mission Santé au travail sur l'ensemble de la région Occitanie	2017	ARS

3. Indicateurs Régionaux

- Taux d'évolution de la masse salariale hospitalière
- Taux d'évolution des effectifs bruts hospitaliers (en équivalent temps plein rémunéré)
- Taux d'évolution de l'absentéisme (Définition bilan social)

3/ Les programmes à déclinaison régionale Assurance Maladie

Produits de santé prescrits en ville (Assurance Maladie)

Les dépenses de médicaments ont représenté près de 1,750 Md€ en Occitanie en 2016.

1. Priorité inscrites au PNGDRESS

Champ ciblé : Les professionnels de santé de ville

Les programmes de maîtrise médicalisée visent à faire progresser les résultats relatifs aux prescriptions médicamenteuses en ville (médecins généralistes et spécialistes).

Ils reposent sur des actions d'information et de sensibilisation des médecins avec notamment pour principaux chantiers :

- Un programme sur la qualité de la prescription chez les personnes âgées notamment par une action renforcée sur la prescription des benzodiazépines hypnotiques et anxiolytiques ;
- Un renforcement des actions s'appuyant sur le volet de Rémunération sur Objectifs de Santé publique (ROSP) et sur les prescriptions de médecine générale ;
- Un renforcement des actions relatives aux prescriptions de spécialités ;
- Un renouvellement des actions pour les prescriptions hors AMM.

2. Bilan de la réalisation des programmes portant sur les médicaments en 2016

2.1. Maîtrise des prescriptions de médicaments

2.1.1. Les indicateurs :

	Thème	Occitanie		France entière	
		Economies attendues au niveau régional pour le RG (en M€)	Taux d'atteinte de l'objectif régional annuel (RG)	Economies attendues pour le RG (en M€)	Taux d'atteinte de l'objectif annuel (RG)
Bloc 1 : médicaments de médecine générale	Antibiotiques	0,676	222,0%	7,617	207,2%
	Statines	4,218	95,6%	53,319	96,8%
	HTA	2,277	92,9%	30,468	112,1%
	AAP	1,348	48,9%	15,234	69,8%
	Antidépresseurs	1,378	70,8%	15,234	74,1%
	Antidiabétiques	4,020	99,0%	51,795	87,9%
	Total Bloc 1	13,92	95,3%	173,67	97,3%
Bloc 2 : médicaments de spécialité	EPO	1,029	111,5%	12,949	81,0%
	Anti-Tnf	2,262	137,1%	26,659	131,3%
	AOD	0,629	-71,3%	7,617	-47,1%
	DMLA	1,267	21,6%	15,234	-22,9%
	Médicaments onéreux	0,851	164,1%	7,617	81,1%
	VHC	0,000	-	0,000	-
	Total Bloc 2	6,04	90,6%	70,08	63,6%
Hors blocs	Iatrogénie	3,207	21,4%	38,085	24,0%

2.1.2. Les actions de maîtrise des dépenses de médicaments réalisées en 2016

Actions	Acteurs	Indicateurs
Antibiotiques (action de sensibilisation relative à l'antibiorésistance auprès des médecins généralistes) Accompagnement dans le cadre de la ROSP	AM	1 225 visites DAM réalisées
Antidépresseurs Accompagnement dans le cadre de la ROSP	AM	1 742 visites DAM réalisées
Suivi en continu des taux de Génériques des médecins et pharmaciens (ROSP et volet contrôle pour les prescriptions de NS)	AM	1 conférence de presse 3 906 visites DAM réalisées 1 campagne de communication nationale 54 courriers auprès des professionnels ciblés pour usage abusif de la mention non-substituable avant mise en œuvre d'un contrôle 25 professionnels contrôlés suite à leur ciblage pour usage abusif de la mention non- substituable
Développement de campagnes relatives à la lutte contre la iatrogénie	AM	1 communiqué de presse régional 1 547 échanges confraternels auprès des médecins 265 échanges confraternels auprès des pharmaciens et des échanges confraternels en EHPAD

Action d'accompagnement sur le bon usage des antidiabétiques	AM	420 échanges confraternels auprès des médecins généralistes et des endocrinologues
Action d'accompagnement sur le bon usage des Dosages de PSA	AM	815 échanges confraternels auprès des médecins généralistes
Actions de sensibilisation et de rappels pour des classes thérapeutiques prescrites hors AMM : MIPE	AM	Courriers

3. Programme portant sur les médicaments mis en œuvre en 2017

Engagements	Acteurs	Calendrier
Antibiotiques : Action d'accompagnement sur les 3 classes génératrices d'antibiorésistances (nouvel indicateur ROSP et zoom infections urinaires)	AM	Visites DAM février-avril 2017
Anti HTA : stratégie thérapeutique	AM	Visites DAM auprès des médecins généralistes avril – septembre 2017
Hypolipémiants 2e vague	AM	Visites DAM auprès des pharmaciens juin – novembre 2017
Accompagnement de la ROSP Pharmaciens	AM	Visites DAM auprès des médecins généralistes juin – novembre 2017
Médicaments onéreux : asthme sévère	AM	Echanges confraternels auprès des pneumologues février – juin 2017
Génériques : médecins ciblés sur le NS (10 à 26%)	AM	Echanges confraternels auprès des médecins généralistes mars - mai 2017
Génériques : actions NS ciblées sur des classes thérapeutiques particulières (AAP, HTA, antidiabétiques, tranquillisants)	AM	Courriers
Hypolipémiants 1er vague	AM	Echanges confraternels auprès des cardiologues juin – novembre 2017
Antidiabétiques + modèle ordonnance pompe insuline (+ lecteur de glycémie en continu pour les endocrinologues)	AM	Echanges confraternels auprès des médecins généralistes et auprès des endocrinologues Juin - novembre 2017
AAP	AM	Echanges confraternels auprès des cardiologues Echanges confraternels auprès des médecins généralistes Septembre – décembre 2017
OAM	AM	Echanges confraternels auprès des prescripteurs de PPC (pneumologues, ORL et les spécialistes de l'appareil manducateur) et auprès des chirurgiens-dentistes - Toute l'année 2017

Iatrogénie	AM	Echanges confraternels auprès des médecins généralistes et auprès des pharmaciens Toute l'année 2017
------------	----	---

Transports de patients prescrits en ville (Assurance Maladie)

1. Priorités inscrites au PNGDRESS

Champ ciblé : professionnels de santé de ville

- Mise à disposition de fiches repères d'aide à la prescription adaptée à l'état de santé dans des situations repérées comme fréquentes ;
- Poursuite de l'expérimentation de carte de transport assis pour les centres de dialyse ;
- Actions d'accompagnement et campagne de communication vers les prescripteurs et les assurés ;
- Intégration de la problématique « Transport » dans PRADO : expérimentation de la prise en charge pour faciliter le retour à domicile pour la rééducation (dans certains départements avec MSA) ;
- Mise à disposition d'outils d'accompagnement des patients, professionnels de santé et établissements de santé

2. Bilan de la réalisation des programmes 2016

2.1 Atteinte des objectifs sur les transports de patients prescrits en ville.

2.1.1 Les Indicateurs nationaux :

Les objectifs de maîtrise médicalisée sont déclinés régionalement par la CNAMTS tous prescripteurs avec ventilation des prescriptions des établissements et des professionnels de santé libéraux (indicateurs CPG bloc Transport) – Mise à disposition février 2016.

2.1.2 Les Résultats 2016 :

Une consommation unitaire par habitant variable selon les départements et impactée par l'offre de soins :

- 65 € en Lozère
- 27 € en Haute-Garonne

Une offre théorique de 2278 véhicules de transports sanitaires largement dépassée : un excédent de 738 véhicules

Une hypothèse qui reste à vérifier : le lien avec le virage ambulatoire

	Indicateurs	Région	France entière	France métropolitaine
Economies attendues / estimées	Economies attendues sur l'année 2016 (M€)	5,132	63,839	55,034
	Economies estimées à fin M 2016 (M€)	- 3,110	- 8,747	- 11,938
Résultats	Taux d'atteinte de l'objectif 2016	-60,6%	-13,7%	-21,7%

Champ : RG y compris SLM sur l'ensemble des prescripteurs
Date M de disponibilité des données : Résultats cumulés à fin décembre 2016
Date de mise à jour des données : 06/02/2017

2.2 Actions sur les transports de patients prescrits en ville en 2016 :

Priorités mises en œuvre :

2.2.1 Les prescripteurs :

- a. **Information générale des prescripteurs dans le cadre d'une visite des DAM :** rappeler les règles en matière de prescriptions médicale de transport, permettre au praticien de se situer dans le domaine et lui proposer un outil facilitant sa relation avec le patient
 - Un profil prescripteur (leur situation par rapport à celles de leurs confrères du département mais aussi de leur bassin de vie)
 - un « remis patient » destiné à leur permettre d'expliquer à un patient en situation de demande, leur refus d'établir une prescription médicale de transport injustifiée.
- b. **Action spécifique gros prescripteurs**
Ciblage des 88 principaux prescripteurs, pour lesquels un entretien d'alerte sera proposé. Les outils de l'action ci-dessus seront également utilisés (profils et remis patient).
- c. **Actions spécifiques vers les prescripteurs hospitaliers :** Mise en place de revues de dossiers au-delà des rappels sur les modalités de prescriptions, de la mise à disposition des « remis patients » et des profils CNAMTS et régionaux.
- d. **Action spécifique vers les néphrologues et les structures de dialyse :** kit d'actions
 - des entretiens avec les néphrologues parmi les plus forts prescripteurs de transport,
 - des propositions d'accompagnement :
 - Courrier vers les patients dialysés sur les modalités de transports et promouvoir le transport partagé notamment
 - Aide des services de l'Assurance Maladie pour constituer avec les services les binômes ou trinômes d'assurés susceptibles de bénéficier d'un transport partagé.

2.2.2 Les transporteurs :

- a. **Information/Formation des transporteurs**
 - Information générale des transporteurs dans le cadre d'une visite des DAM
 - Formation des nouveaux transporteurs pour leur permettre une bonne application des modalités de facturation des transports AM^{ie} effectués par leurs soins.
- b. **Contrôles :** Poursuite des programmes nationaux et locaux de contrôle de facturation

2.2.3 Les Assurés :

- a. **Promouvoir le Véhicule Personnel :** Auprès d'assurés ayant eu au cours des derniers des prescriptions pour des transports en TAP
- b. **ALD et Transport :** Information sur les nouvelles règles en matière de transport pour les bénéficiaires d'une ALD

3. Programme en 2017

- Poursuivre la mise en œuvre du plan d'actions Transports :

3.1 Auprès des prescripteurs libéraux et hospitaliers

- Visite DAM sur la qualité et la justification de la prescription
- Remis patients
- Visites MMH / revue de dossiers
- Entretien d'alerte gros prescripteurs
- Action sur les néphrologues
- Généralisation nationale du service de prescription électronique (SPE) annoncé au 1^{er} trimestre 2017

3.2 Auprès des Transporteurs

- Formation des nouveaux installés
- Visite DAM
- Respect des règles de facturations
- Vérification du respect des refus de DAP
- TAP et règle du transport le moins onéreux

3.3 Auprès des Assurés

- Promotion du transport en VP pour les assurés ayant eu au cours des derniers mois des transports en TAP
- Action vers les patients entrant en dialyse
- Action vers les patients entrant en ALD

3.4 Actions Complémentaires

- Dispositif de PEC des transports dans le cadre de PRADO
- Décliner dans la région les instructions nationales (notamment COM),
- Prise en compte des travaux annoncés Ministère/CNAMTS
- Démarrage des travaux du groupe régional ARS/AM
- Organiser des contrôles en lien avec le pôle régional fraudes

Indemnités journalières prescrites en ville (Assurance Maladie)

Le bloc « Prescriptions des indemnités journalières » réunit les projets qui visent à maîtriser l'évolution des dépenses liées aux indemnités journalières. Les dépenses d'indemnités journalières représentent plus de 801 M€ en 2016 en Occitanie répartis comme suit :

- Médecine libérale : 698,7 M€
- Etablissements : 100,7M€
- Autres : 2,3M€

L'évolution des dépenses d'indemnités journalières en 2016 reste très dynamique dans la région et supérieure à celle observée en 2015 (+ 6,3% en 2016 contre + 5,3% en 2015 et + 5,4% en 2014).

1. Priorités inscrites au PNGDRESS

Champ ciblé : les établissements ciblés privés/publics, les professionnels de santé libéraux ciblés

- Campagne d'entretiens confraternels (EC) : elle tiendra compte des résultats de l'évaluation de la campagne 2015 ;
- Visites des déléguées de l'Assurance Maladie (DAM) : elles visent à accompagner les prescripteurs dans certaines situations en leur apportant des informations et des conseils juridiques (notamment AT/MP avec le certificat initial) ;
- Mise à disposition d'un mémo destiné aux professionnels de santé sur la réglementation en matière d'arrêts de travail ;
- Campagne de mise sous objectif (MSO) et de mise sous accord préalable (MSAP) auprès des forts prescripteurs d'indemnités journalières ;
- Actions de prévention de la désinsertion professionnelle : Expérimentation de la fonction d'agent facilitateur pour le régime général, action auprès des travailleurs indépendants pour le RSI (MAPI), action de prévention par la Cellule pluri-professionnelle de repérage et d'accompagnement auprès des agriculteurs pour la MSA ;
- Actions d'accompagnement du parcours de soins des patients lombalgiques ;
- Déploiement des Services en ligne : l'avis d'arrêt de travail en ligne (action également développée auprès des établissements de santé).

2. Bilan de la réalisation des programmes portant sur les indemnités journalières en 2016

2.1 Maitrise des prescriptions d'indemnités journalières

2.1.1 Les indicateurs :

	Objectif : Montant d'économies sur le poste des indemnités journalières (RG)	Taux d'atteinte de l'objectif en 2016
<u>Occitanie</u>	7,185M€	-128,2%
<u>France</u>	92,6M€	33,3%

	Objectif : Durée moyenne des arrêts liés aux interventions chirurgicales	Durée moyenne observée à fin juin 2016
<u>Occitanie</u>	47,51 jours en MP 50,39 jours en LR	49,67 jours en MP 51,93 jours en LR
<u>France</u>	49,58 jours	51,28 jours

2.1.2 Les actions de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières réalisées en 2016

Actions	Acteurs	Indicateurs pour 2016
Entretiens préalables aux MSO/MSAP	AM	96 échanges confraternels
Mise en place des MSO-MSAP	AM	13 médecins concernés
Accompagnement des gros prescripteurs d'IJ	AM	687 visites DAM auprès des médecins ciblés
Promotion de l'utilisation des certificats médicaux dématérialisés pour les arrêts de travail AT-MP	AM	4 089 visites DAM et visites des CIS
Accompagnement renforcé	AM	466 Echanges confraternels
Sensibilisation sur les arrêts se terminant un samedi ou un dimanche	AM	Visites DAM : ciblage de 915 médecins libéraux et de 30 établissements
Sensibilisation auprès des prescripteurs hospitaliers sur leurs prescriptions d'IJ	AM	Visites DAM en établissements
Réalisation de contrôles à domicile	AM	<i>Données non encore disponible sur l'ensemble de la région</i>
Suivi des arrêts itératifs (courrier de sensibilisation et/ou contrôle par le service médical)	AM	<i>Données non encore disponible sur l'ensemble de la région</i>
Contrôle ciblé des assurés par le service médical	AM	<i>Données non encore disponible sur l'ensemble de la région</i>
Contrôle du respect de délai d'envoi des arrêts de travail (moins de 48heures)	AM	<i>Données non encore disponible sur l'ensemble de la région</i>

3 Programme portant sur les indemnités journalières mis en œuvre en 2017

4

Actions	Acteurs	Calendrier
Echanges confraternels IJ renforcés	AM ex Midi-Pyrénées	1 ^{er} semestre 2017
Poursuite de la sensibilisation sur les arrêts se terminant un samedi ou un dimanche	AM	1 ^{er} semestre 2017

Communiqué de presse rappelant la réglementation afférente aux indemnités journalières	AM	1 ^{er} semestre 2017
Poursuite de la sensibilisation auprès des prescripteurs hospitaliers sur leurs prescriptions d'IJ	AM	1 ^{er} semestre 2017
Accompagnement des assurés dans le cadre de la PDP	AM	2017
Sensibiliser les nouveaux prescripteurs d'arrêts de travail (Durée des arrêts / proportion des arrêts par rapport à la patientèle / utilisation des télés services)	AM	2017
Sensibilisation des chirurgiens orthopédiques des cliniques concernant les IJ prescrites en arrêts de travail post-opératoires	AM	2017
Contrôle à domicile des assurés sur les arrêts de travail atypiques pendant les vacances scolaires	AM	2017
Poursuite des contrôles à domicile pour vérification du respect des heures de sorties	AM	2017
Suivi des arrêts itératifs (courrier de sensibilisation et/ou contrôle par le service médical)	AM	2017
Poursuite des contrôles ciblés d'assurés par le service médical	AM	2017
Contrôle du respect de délai d'envoi des arrêts de travail (moins de 48 heures)	AM	2017
Développement d'un axe « santé au travail » auprès des entreprises	AM	2017

Autres prescriptions prescrites en ville (Assurance Maladie)

1. Présentation / Contexte

➤ Périmètre du groupe régional auxiliaires médicaux

Axes prioritaires retenus pour 2016 :

- Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes libéraux

2. Actions réalisées en 2016.

Réalizations	Acteurs
Conception et livraison d'une campagne régionale des Délégués de l'Assurance Maladie auprès des prescripteurs d'actes de masso-kinésithérapie et de la profession des masseurs-kinésithérapeutes : sensibilisation à la qualité de la prescription et l'accompagnement des masseurs-kinésithérapeutes en matière de bonnes pratiques et d'usage de la nomenclature.	AM

Proposition de méthodologies de contrôle de facturation des actes de masso-kinésithérapie : contrôle de la conformité de facturation des actes en ALD au regard de la prescription, facturation des indemnités horo-kilométriques.	AM
Elaboration d'une offre de services régionale à l'attention des masseurs-kinésithérapeutes : en amont de l'installation, au moment du conventionnement avec l'Assurance Maladie et dans le suivi de l'exercice du professionnel.	AM
Développement d'un outil d'aide à décision et de maîtrise des risques : détection et caractérisation des comportements déviants des professionnels de santé.	AM

3. Actions à mettre en œuvre en 2017

Engagements	Thèmes	acteurs	Calendrier
Reconduire les actions à visée pédagogique	<p>Nouvelle campagne portant sur les actes de masso-kinésithérapie : prescripteurs et masseurs-kinésithérapeutes).</p> <p>Articulation entre la mise en œuvre de l'offre de services régionale auprès des masseurs-kinésithérapeutes et le déploiement du parcours attentionné national.</p> <p>Campagne régionale de communication auprès des établissements médico-sociaux : non cumul des prises en charge forfaits/facturation à l'acte et prise en charge à titre dérogatoire d'actes d'orthophonie en libéral, préalable à la mise en place d'actions de contrôle sur les doubles facturations.</p>	AM	1 ^{er} Semestre 2017
Poursuivre la montée en charge des actions de contrôle	<p>Déterminer les axes prioritaires d'intervention en matière de maîtrise des risques.</p> <p>Définir une méthodologie de contrôle médico-administrative des assurés en matière de surconsommation d'actes de masso-kinésithérapie.</p>	AM	2017
Harmonisation des pratiques	Suivi de l'activité individuelle des orthophonistes.	AM	2017

4/ La participation du RSI et de la MSA

Les actions du plan GDR RSI

Les actions du **plan national GDR RSI** (spécifiques ou partagées) qui s'inscrivent dans les différents thèmes inter régimes sont les suivantes :

1. Produits de santé prescrits en ville

1.1 Médicaments prescrits

Accompagnement du prescripteur :

- Hors AMM – action Versatis : envoi d'un courrier (PS ciblés) - **2016-2017**
- Hors AMM – action Fentanyl trans-muqueux : envoi d'un courrier (PS ciblés) - **2016-2017**
- Hors Indication thérapeutique remboursable – action Fentanyl trans-dermique : envoi d'un courrier (PS ciblés) - **2017**
- Biphosphonates et autres anti résorbeurs osseux sans surveillance dentaire : envoi d'un courrier (PS ciblés) - **2016**

1.2 Dispositifs médicaux prescrits

Contrôle des facturations :

- Contrôle des demandes d'entente préalable sur le rand appareillage - **2016-2017**
- Matelas anti escarres classe 2-3, coussins de positionnement : envoi d'un courrier au prescripteur et pharmacien ciblés - **2017**

2. Transports de patients prescrits en ville

3. Indemnités journalières prescrites en ville

3.1 Actions d'accompagnement vers les prescripteurs

3.2 Actions de contrôle des arrêts de travail

Renforcement des ciblage et contrôles des arrêts de travail :

- Actions de contrôles administratifs et médicaux - **2016-2017**
- Maintien dans l'activité des professions indépendantes (MAPI) afin d'assurer la pérennité des entreprises - **2016-2017**

4. Autres prestations prescrites en ville

Examens biologiques

Actes d'imagerie

Paramédicaux : masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers :

- Accompagnement des prescripteurs : ciblage et accompagnement des prescripteurs de kinésithérapie de la personne âgée atypiques - **2016**
- Accompagnement des effecteurs : ciblage et accompagnement des masseurs kinésithérapeutes de la personne âgée atypiques - **2016**
- Accompagnement à la bonne prescription et facturation : ciblage, contrôle et accompagnement des auxiliaires médicaux présentant des atypies de facturation **2016-2017**

Assurés en risque de perte d'autonomie (si consensus sur cette thématique en inter régimes, PARI étant déjà abordé du côté accompagnement / hors plan GDR) :

- Ciblage et accompagnement des assurés ayant un risque de perte d'autonomie (PARI / Programme d'Accompagnement pour une Retraite Indépendante) - 2016-2017

Les actions du plan GDR MSA

Thème	Plan GDR MSA 2017		
	Nature de l'action	Statut	Axe
IJ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contrôle sur les arrêts de travail de + de 45 jours, ➤ Contrôle du respect du délai d'envoi (48 h pour Salariés et 72h pour les NS), ➤ Contrôle de la présence du motif médical en maladie, ➤ Contrôle de la qualité du prescripteur en cas de prolongation, ➤ Contrôle des arrêts de travail répétitifs 	Socle	Axe D Pertinence et Bon usage des soins
Médicament	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Action Versatis : contrôle de la conformité de la prescription à l'indication de l'AMM (courrier aux prescripteurs) ➤ Action AFCI (association formellement contre indiquée) 	Socle	Axe D D1 Qualité de la prescription médicamenteuse

Transports	Action en 2 étapes : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etape 1 : Suivi annuel des dépenses ➤ Etape 2 : Sensibilisation à l'utilisation du véhicule personnel 	Socle	Axe D pertinence et bon usage des soins D3 bonnes pratiques
LPP	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contrôle systématique des demandes d'entente préalable sur le Grand Appareillage. 	Socle	Axe D pertinence et bon usage des soins
Contrôle de la bonne facturation des actes infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contrôle du respect de la règle de non-cumul des AIS 3 ➤ Contrôle de la justification médicale des majorations de nuit facturées 	Socle	Axe D pertinence et bon usage des soins D3 bonnes pratiques

Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contrôle du respect de la prise en charge du bridge de plus de trois éléments, ➤ Suivi des traitements en Orthopédie dento-faciale, ➤ Contrôle des actes soumis à tarif opposable en chirurgie dentaire 	Socle	Axe D pertinence et bon usage des soins D3 bonnes pratiques
MSAP	Mise Sous Accord Préalable des établissements : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Chirurgie ambulatoire, SSR ➤ Chirurgie bariatrique chez les mineurs. 	Socle	Axe D pertinence et bon usage des soins D3 bonnes pratiques

T2A	Contribution au programme de contrôle T2A	Socle	
EHPAD	contrôle EHPAD en partenariat avec le Régime Général	Socle	
SSIAD	Contrôle du respect des règles de facturation par les infirmiers libéraux (ou centres de santé) intervenant auprès des individus pris en charge par les SSIAD	Socle	

PRADO	Participation <ul style="list-style-type: none"> ➤ Maternité ➤ Autres PRADO (Orthopédie, Chirurgie, Insuffisance cardiaque, ...) 	Socle Hors socle	Axe B mise en place du virage ambulatoire
Actions d'accompagnement du parcours de santé en milieu rural	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Action expérimentale « Chirurgie ambulatoire en campagne » ➤ Action expérimentale « Forfait diététicien et forfait psychologue en MSP » ➤ Action « Pays de santé » 	Hors socle	Axe B mise en place du virage ambulatoire

IV/ Conditions de mise en œuvre du PRGDRESS

Le PRGDRESS est arrêté par la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé après avis de la Commission Régionale de Coordination des Actions de l'Agence Régionale de Santé et de l'Assurance Maladie.

Il est publié au Recueil des Actes Administratifs.

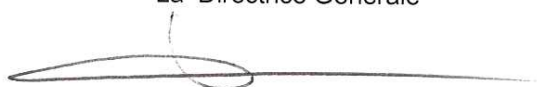
Il a une durée de 2 ans - 2016 et 2017.

Il est révisé chaque année.

Son suivi et son évaluation sont effectués par la Commission Régionale de Coordination des Actions de l'Agence Régionale de Santé et de l'Assurance Maladie.

Fait à Montpellier, le **25 AVR. 2017**

La Directrice Générale



Monique CAVALIER

Préfecture Haute-Garonne

R76-2017-04-24-006

**02-ARS - Décision portant suspension immédiate du droit
d'exercer masseur-kinésithérapeute**

*02- Décision portant suspension immédiate du droit d'exercer d'un masseur-kinésithérapeute.
- signée par Mme la directrice générale de l'agence régionale de santé de la région Occitanie -*

Montpellier, le 24/04/2017

DÉCISION PORTANT SUSPENSION IMMÉDIATE DU DROIT D'EXERCER D'UN MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

VU le code de la santé publique (CSP) et notamment ses articles L.4113-14, L.4321-19, L.4323-2 et R.4113-111 à 114 ;

VU la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé ;

VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment son article 62 ;

VU la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

VU l'ordonnance 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec 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 14 ;

VU le décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes et notamment les articles R. 4321-54; R. 4321-58; R. 4321-59 du code de la santé publique;

VU le décret 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau règlementaire 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 ;

VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique CAVALIER en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé - Languedoc Roussillon-Midi Pyrénées ;

VU le décret du Conseil d'Etat n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la Région Occitanie ;

VU la demande en date du 18 mars 2017, reçue à l'ARS le 24 mars 2017, émanant du Conseil départemental de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales de mise en œuvre de la procédure de suspension immédiate d'un professionnel de santé ;

VU le courrier du 17 décembre 2016 de Mr et Mme X adressé au Conseil départemental de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales relatant les agissements de Mr Joël POZO envers leur fille Y, transmis à l'ARS le 4 avril 2017 par le secrétariat du Conseil départemental de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales ;

VU le courrier du 1^{er} mars 2017 de Mme X adressé au Conseil départemental de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales relatant les agissements de Mr Joël POZO lors d'une séance de kinésithérapie, transmis à l'ARS le 4 avril 2017 par le secrétariat du Conseil départemental de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales ;

VU le courrier du 1^{er} mars 2017 de Mme X adressé au Conseil départemental de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales relatant les agissements de Mr Joël POZO lors d'une séance de kinésithérapie, transmis à l'ARS le 4 avril 2017 par le secrétariat du Conseil départemental de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales ;

VU le courrier de Mme et M. X adressé et reçu au Conseil départemental de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales le 15 mars relatant les agissements de Mr Joël POZO lors de plusieurs séances de kinésithérapie, transmis à l'ARS le 4 avril 2017 par le secrétariat du Conseil départemental de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales ;

VU le courrier du 14 mars 2017 de Mme X adressé au Conseil départemental de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales relatant les agissements de Mr Joël POZO lors de séances de kinésithérapie, transmis à l'ARS le 4 avril 2017 par le secrétariat du Conseil départemental de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales ;

CONSIDERANT que la procédure de suspension d'un médecin mentionnée à l'article L. 4113-14 du CSP, cité par l'article L4321-19 du même code, est applicable selon les mêmes modalités réglementaires, aux masseurs kinésithérapeutes, dans sa rédaction suivante : « *en cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin... expose ses patients à un danger grave, le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de 5 mois* » ;

CONSIDERANT que le Conseil départemental de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes des Pyrénées-Orientales dans son signalement du 18 mars 2017 transmis à l'ARS, indique que les agissements répétés de la part de M. Joël POZO, masseur kinésithérapeute, portant atteinte à la dignité de plusieurs patientes, justifient la suspension de ce professionnel de santé au regard de la gravité des faits relatés par la patiente ;

CONSIDERANT que les agissements de M. Joël POZO, de nature à porter atteinte gravement à la dignité de la patiente précitée, sont incompatibles avec la poursuite de l'exercice de sa profession de masseur kinésithérapeute, car ils exposent les patients, ayant recours à ce professionnel de santé, à un danger grave et imminent.

DECIDE

Article 1^{er} : Le droit d'exercice professionnel de M. Joël POZO est suspendu pour une durée de 5 mois.

Article 2 : Cette décision prendra effet à compter de sa notification à l'intéressé.

Article 3 : M. Joël POZO, masseur kinésithérapeute, exerçant : ZA Lotissement « Le Pougerault » - Cami de Ponteilla – 66300 Trouillas sera entendu :

Le Mercredi à 15^h00 à l'ARS Occitanie à Montpellier
26/04/2017

M. Joël POZO, masseur kinésithérapeute peut se faire assister lors de cet entretien par une ou plusieurs personnes de son choix.

Article 4 : Conformément aux dispositions de l'article L. 4113-14 du code de la santé publique, la présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication pour les tiers.

Article 5 : La présente décision donne lieu à la saisine immédiate du Conseil régional de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes, territorialement compétent.

Article 6 : Le directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Occitanie et le directeur du premier recours de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Occitanie.

Le Directeur Général



Monique CAVALIER

Agence Régionale de Santé Occitanie

26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2 - Tél : 04 67 07 20 07

www.ars.occitanie.sante.fr

3

Préfecture Haute-Garonne

R76-2017-04-25-002

03-DIRECCTE - décision portant délégation de signature C. LEROUGE en matière de licenciement économique

*03-décision portant délégation de signature de C. LEROUGE en matière de licenciement
collectif pour motif économique.*

*- signée par M. le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du
travail et de l'emploi de la région Occitanie -*



MINISTÈRE CHARGE DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI

DIRECTION RÉGIONALE DES ENTREPRISES,
DE LA CONCURRENCE, DE LA
CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE
L'EMPLOI DE LA RÉGION OCCITANIE

Décision portant délégation de signature de
Christophe Lerouge en matière de
licenciement collectif pour motif
économique

La Directeur régional des entreprises,
de la concurrence, de la consommation,
du travail et de l'emploi de la région Occitanie,

VU le code du travail et notamment son article R8122-2 ;

VU le décret n°2009-360 du 31 mars 2009 relatif aux emplois de direction de l'administration territoriale de l'État ;

VU le décret n° 2009-1377 du 10 novembre 2009 modifié relatif à l'organisation et aux missions des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ;

VU l'arrêté du 25 août 2016 portant nomination de Christophe LEROUGE, en qualité de directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

VU l'arrêté du 22 janvier 2016 portant nomination de Damienne VERGUIN, en qualité de chef du pôle Entreprises, Economie, Emploi ;

VU l'arrêté du 11 décembre 2015 portant nomination de Marie-Noëlle BALLARIN, responsable de l'unité départementale de l'Ariège ;

VU l'arrêté du 7 juillet 2014 portant nomination de Madame Isabel DE MOURA, responsable de l'unité départementale de l'Aude ;

VU l'arrêté du 7 août 2015, portant nomination de Monsieur Eric PIECKO, responsable de l'unité départementale de l'Aveyron ;

VU l'arrêté du 9 novembre 2015 portant nomination de Monsieur Alain FRANCES, responsable de l'unité départementale du Gard ;

VU l'arrêté du 12 mai 2014 portant nomination de Madame Elisabeth FRANCO-MILLET, responsable de l'unité départementale de la Haute-Garonne ;

VU l'arrêté du 25 mai 2012, portant nomination de Madame Dominique CLUSA-WEBER, responsable de l'unité territoriale du Gers ;

VU l'arrêté du 23 septembre 2015, portant nomination de Monsieur Richard LIGER, responsable de l'unité territoriale de l'Hérault ;

VU l'arrêté du 13 juillet 2016 portant nomination de Monsieur Jean-Marc DUFROIS, responsable de l'unité départementale du Lot ;

VU l'arrêté du 18 mars 2015 portant nomination de Monsieur Alain PEREZ, responsable de l'unité départementale de la Lozère ;

VU l'arrêté du 29 mars 2016 portant nomination de Madame Béatrice MASSOULARD, responsable de l'unité départementale des Hautes-Pyrénées ;

VU l'arrêté du 23 juillet 2014 portant nomination de Monsieur Jacques COLOMINES, responsable de l'unité départementale des Pyrénées Orientales ;

VU l'arrêté du 10 mai 2016 portant nomination de Monsieur Michel DALMAS, responsable de l'unité départementale du Tarn ;

VU l'arrêté du 7 octobre 2014 portant nomination de Monsieur Pierre GARCIA, responsable de l'unité départementale du Tarn-et-Garonne ;

DÉCIDE

Article 1 : délégation de signature est donnée à Damienne VERGUIN, chef du pôle Entreprises, Economie, Emploi, pour le territoire régional, Marie-Noelle BALLARIN, Isabel DE MOURA, Eric PIECKO, Alain FRANCES, Elisabeth FRANCO-MILLET, Dominique CLUSA-WEBER, Richard LIGER, Jean-Marc DUFROIS, Alain PEREZ, Béatrice MASSOULARD, Jacques COLOMINES, Michel DALMAS, Pierre GARCIA, responsables d'unité départementale de la DIRECCTE, dans leur ressort territorial respectif, pour signer en son nom les actes et les décisions mentionnés ci-dessous :

DÉCISIONS		DISPOSITIONS
1-Relations du travail		
LICENCIEMENTS POUR MOTIF ECONOMIQUE	Avis concernant la nature des irrégularités constatées dans la procédure de licenciement économique.	Article L 1233-56 du code du travail.
	Propositions d'amélioration ou de modification du plan de sauvegarde de l'emploi.	Articles L 1233-56, L1233-57 et L1233-57-6 du code du travail.
	Décision de validation ou de refus de validation de l'accord majoritaire mentionné à l'article L1233-24-1 du code du travail.	Article L1233-57-2 du code du travail.
	Décision d'homologation ou de refus d'homologation du document élaboré par l'employeur mentionné à l'article L1233-24-4 du code du travail.	Article L1233-57-3 du code du travail.
	Injonction article L1233-57-5 du code du travail.	Article L1233-57-5 du code du travail.
	Injonction relative à l'expertise du CHSCT sur le projet de compression des effectifs.	Article R4616-10 du code du travail.

Article 2 :

Délégation de signature est également donnée, pour leur département d'affectation respectif et sous réserve d'éventuelles conditions d'exercice de la délégation précisées par le(a) directeur(rice) d'unité départementale, à :

Manuel RUSSIUS
Evelyne TOURET
Francelyne CALMELS
Didier POTTIER
Paul RAMACKERS
Jean-Marc ROYER
Nathalie CAMPOURCY
Anouck SINGERY
Christian RANDON
Pierre SAMPIETRO
Lucie BARBA

Marie-Hélène MARTIN
Rose-Marie ROE
Hélène SIMON
Martine RADUSEVIC

Article 3 :

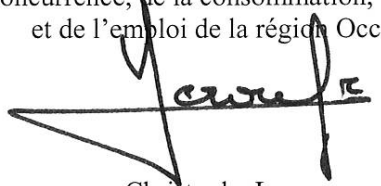
La décision du 26 septembre 2016 relative à la délégation de signature pour les licenciements collectifs pour motif économique est abrogée à la date d'entrée en vigueur de la présente décision.

Article 4 :

Le directeur régional des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Occitanie est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région Occitanie.

Toulouse, le 25 avril 2017

Le Directeur régional des entreprises, de la
concurrence, de la consommation, du travail
et de l'emploi de la région Occitanie

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Lerouge', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat abstract.

Christophe Lerouge

Préfecture Haute-Garonne

R76-2017-04-25-003

04-DIRECCTE - décision portant subdélégation de signature C. Lerouge compétences ordonnancement secondaire, marchés publics

04- décision portant subdélégation de signature de C. Lerouge en matière de compétences ordonnancement secondaire, marchés publics.

- signée par M. le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Occitanie -



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION OCCITANIE

Décision portant subdélégation de signature de Christophe Lerouge, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Occitanie
Compétences ordonnancement secondaire, marchés publics

LE DIRECTEUR REGIONAL DES ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI OCCITANIE

Vu le code des marchés publics ;

Vu le code du commerce ;

Vu le code de la consommation ;

Vu le code du tourisme ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 modifiée portant création et organisation des régions, notamment son article 21-1 ;

Vu le décret n° 99-89 du 8 février 1999 pris pour l'application de l'article 3 du décret n° 98-81 du 11 février 1998 modifiant la loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968 relative à la prescription des créances sur l'État, les départements, les communes et les établissements publics et relatif aux décisions prises par l'État en matière de prescription quadriennale ;

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

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

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

Vu le décret en conseil des ministres du 17 décembre 2015 nommant Pascal Mailhos préfet de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

Vu le décret n°2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives;

Vu l'arrêté interministériel du 31 décembre 2009 portant règlement de comptabilité au ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et au ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi pour la désignation des ordonnateurs secondaires et de leurs délégués ;

Vu les décisions des responsables de programme n° 102 « accès et retour à l'emploi », n° 103 « accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi (17 février 2014)

Vu l'arrêté du 4 janvier 2016 portant organisation de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées

Vu l'arrêté du 25 août 2016 nommant Christophe Lerouge, directeur régional des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

Vu l'arrêté du 26 septembre 2016 de Monsieur le Préfet de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées, Préfet de la Haute-Garonne, portant délégation de signature à Monsieur Christophe Lerouge, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

DECIDE

SECTION I COMPETENCE DE RESPONSABLE D'UNITE OPERATIONNELLE ORDONNANCEMENT SECONDAIRE DELEGUE

Article 1 : subdélégation de signature est donnée, en qualité de responsables d'unité opérationnelle, à l'effet de signer les engagements juridiques et les actes relatifs aux opérations de dépenses et de recettes imputées

1 sur les budgets opérationnels des programmes suivants :

- 102 « Accès et retour à l'emploi »

Marie-Anne FIGHERA chef de service
Paul GOSSARD secrétaire général
Christophe LEDENT chef de service
Sophie NEGRE chef de service adjointe

Marie-Noëlle BALLARIN
Manuel RUSSIUS
Isabel DE MOURA
Evelyne TOURET
Eric PIECKO
Francelyne CALMELS
Alain FRANCES
Paul RAMACKERS
Elisabeth FRANCO-MILLET
Virginie BONNEFONT
Dominique CLUSA-WEBER
Anouck SINGERY

Richard LIGER
Eve DELOFFRE
Jean-Marc DUFROIS
Lucie BARBA
Alain PEREZ
Béatrice MASSOULARD
Agnès DIJOURD
Jacques COLOMINES
Rose-Marie ROE
Michel DALMAS
Hélène SIMON
Pierre GARCIA
Martine RADUSEVIC
responsables d'unités départementales et adjoints chargés de l'emploi,

- 103 Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi

Marie-Anne FIGHERA chef de service
Paul GOSSARD secrétaire général
Sébastien GUEREMY chef de service
Christophe LEDENT chef de service
Pascal THEVENIAUD chef de service adjoint

Marie-Noëlle BALLARIN
Isabel DE MOURA
Eric PIECKO
Alain FRANCES
Elisabeth FRANCO-MILLET
Dominique CLUSA-WEBER
Richard LIGER
Jean-Marc DUFROIS
Alain PEREZ
Béatrice MASSOULARD
Jacques COLOMINES
Michel DALMAS
Pierre GARCIA
Responsables d'unités départementales,

- 111 Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail

Michel DUCROT chef de pôle T
Marie-Anne FIGHERA chef de service
Paul GOSSARD secrétaire général

- 134 Développement des entreprises et de l'emploi

Marie-Anne FIGHERA chef de service
Paul GOSSARD secrétaire général
Jean DELIMARD chef de pôle C
Sébastien GUEREMY chef de service
Pascal THEVENIAUD chef de service adjoint

- 155 Conception, gestion et évaluation des politiques de l'emploi et du travail

Hervé BABONNAUD chef d'unité
Marie-Anne FIGHERA, chef de service
Paul GOSSARD secrétaire général
Albert HA QUANG TRUNG directeur de projet
Claude ROUZIER chef de service

2 sur les crédits relevant du fonds européen désigné FSE « fonds social européen » et rattachés au BOP 155 – titre 7 « assistance technique FSE ».

Paul GOSSARD secrétaire général

Jean-Louis ANATOMORI chef de service FSE

Article 2 : subdélégation de signature est donnée, à fin de validation finale des actes, sur les budgets opérationnels relevant des programmes suivants, à

Nom	BOP 102	BOP 103	BOP 111	BOP 155	BOP 134	FSE
Gisèle ALRIC	X	X	X	X	X	X
Solange ALVARADO	X	X	X	X	X	X
Marie DELMAS				X		
Valérie GALAUP				X		
Annick GASPARD				X		
Sylvie GIL						X
Anne HERICHER				X		
Emmanuelle HYORDEY	X	X	X	X	X	X
Virginie KANICI				X		
Aurélie LE BOSSE	X	X	X	X	X	X
Dominique POCH				X		
Ghislaine SOUCAZE				X		
Gisèle SOULIER						X
Malika SINTES						X

SECTION III COMPETENCE DE POUVOIR ADJUDICATEUR

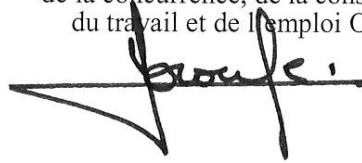
Article 3 : subdélégation de signature est donnée à Paul GOSSARD, secrétaire général, Marie-Anne FIGHERA et Claude ROUZIER, chefs de service, à l'effet de signer les actes relatifs à la passation et à l'exécution des marchés publics.

Article 4 : La décision de subdélégation de signature pour l'ordonnancement secondaire délégué du 13 mars 2017 est abrogée à la date d'entrée en vigueur de la présente décision.

Article 5 : Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Occitanie est chargé de l'exécution de la présente décision publiée au recueil des actes de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le 25 avril 2017

Le directeur régional des entreprises,
de la concurrence, de la consommation,
du travail et de l'emploi Occitanie

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lerouge', written over a horizontal line.

Christophe Lerouge

Préfecture Haute-Garonne

R76-2017-04-25-004

**05-DIRECCTE - décision portant subdélégation de
signature C. Lerouge Compétences générales**

*05-décision portant subdélégation de signature C. Lerouge Compétences générales
- signée par M. le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du
travail et de l'emploi de la région Occitanie -*



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION OCCITANIE

Décision portant subdélégation de signature de M. Christophe Lerouge, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Occitanie

Compétences générales

LE DIRECTEUR REGIONAL DES ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI OCCITANIE

Vu le code du commerce ;

Vu le code de la consommation ;

Vu le code du tourisme ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 modifiée portant création et organisation des régions, notamment son article 21-1 ;

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

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

VU le décret n°2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives ;

VU l'arrêté préfectoral du 4 janvier 2016 portant organisation de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

Vu l'arrêté préfectoral du 26 septembre 2016 de Monsieur le Préfet de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées, Préfet de la Haute-Garonne, portant délégation de signature à Monsieur Christophe Lerouge, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

DECIDE

Article 1 : subdélégation de signature est donnée, dans les conditions posées à l'arrêté préfectoral de délégation susvisé aux agents et fonctionnaires de la Direccte Occitanie désignés ci-après concernant les décisions, actes administratifs et correspondances relevant des attributions de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) de la région Occitanie dans les domaines suivants, dans leur ressort territorial respectif :

A) L'exercice des missions de la DIRECCTE, dans la limite de leurs attributions, tels que prévues par le décret n°2009-1377 du 10 novembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, à l'exception des mémoires devant les tribunaux administratifs.

B) La sécurité des bâtiments, de l'environnement de travail des agents, de l'hygiène et sécurité.

C) L'organisation des unités de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Cette disposition est soumise au visa préalable du délégant, dans le cas où la structure de l'unité est modifiée ou dans le cas où les répartitions des effectifs entre les missions au sein de l'unité sont modifiées.

D) La gestion des absences des personnels de la DIRECCTE.

Ces dispositions sont sans préjudice de l'exercice des pouvoirs propres du supérieur hiérarchique (propositions de promotions, d'avancements, d'indemnités, avis sur les demandes de mutation, tenue des entretiens professionnels, etc.).

E) La gestion des personnels titulaires ou non titulaires, dans les conditions et suivant les modalités fixées par les textes réglementaires.

Marie-Noëlle BALLARIN

Isabel DE MOURA

Eric PIECKO

Alain FRANCES

Elisabeth FRANCO-MILLET

Dominique CLUSA-WEBER

Richard LIGER

Jean-Marc DUFROIS

Alain PEREZ

Béatrice MASSOULARD

Jacques COLOMINES

Michel DALMAS

Pierre GARCIA

Directeur(ices) d'unités départementales,

Article 2 : en cas d'absence ou d'empêchement, de Marie-Noëlle BALLARIN, Isabel DE MOURA, Eric PIECKO, Alain FRANCES, Elisabeth FRANCO-MILLET, Dominique CLUSA-WEBER, Richard LIGER, Jean-Marc DUFROIS, Alain PEREZ, Béatrice MASSOULARD, Jacques COLOMINES, Michel DALMAS, Pierre GARCIA, la subdélégation de signature sera exercée, pour les décisions visées à l'article 1 § A, B, D et E, et dans leur département d'affectation respectif, par :

Manuel RUSSIUS

Joan MAISSONNIER

Paul ARTUSO

Evelyne TOURET

Régis GRIMAL

Francelyne CALMELS

Didier POTTIER

Paul RAMACKERS

Jean-Marc ROYER

Nathalie CAMPOURCY

Virginie BONNEFONT

Cyrille BORTOLUZZI

Anouck SINGERY

Eve DELOFFRE

Christian RANDON

Pierre SAMPIETRO

Lucie BARBA
Bruno REDOLAT
Roland CAYZAC
Agnès DIJOURD
Marie-Hélène MARTIN
Bernard PECANTET
Rose-Marie ROE
Michel BOUCHET-BERT
Hélène SIMON
Anne CHAMFRAULT
Martine RADUSEVIC
Frédéric LECLERC
Nadine NEGRE

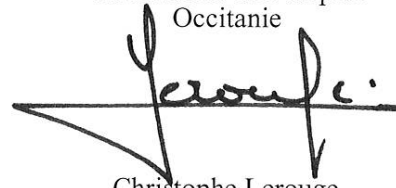
Adjoint(e)s au directeur(rices) ou chefs de service dans les unités départementales,

Article 3 : La décision de subdélégation de signature pour les compétences générales du 5 décembre 2016 est abrogée à la date d'entrée en vigueur de la présente décision.

Article 4 : Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Occitanie est chargé de l'exécution de la présente décision publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le 25 avril 2017

Le directeur régional des entreprises,
de la concurrence, de la consommation,
du travail et de l'emploi
Occitanie



Christophe Lerouge