



REPUBLIQUE FRANCAISE

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

Recueil Hebdomadaire n°63 du 21 juillet 2016

**Le contenu intégral des textes et/ou les documents et plans annexés peuvent être consultés
auprès du service sous le timbre duquel la publication est réalisée**

SECRETARIAT GENERAL POUR LES AFFAIRES REGIONALES

SOMMAIRE

Hebdomadaire n°63 du 21 juillet 2016

ARS

- Arrêté ARS/PDL/DG/2016/36 du 11 juillet 2016 portant contenu du Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins 2016-2019 des Pays de la Loire
- Arrêté ARS/PDL/DG/2016-023 du 12 juillet 2016 portant délégation de signature à M. Pascal Duperray, directeur de l'accompagnement et des soins pour la période du samedi 13 août 2016 au jeudi 21 août 2016
- Décision ARS/PDL/DAS/ASR/493/2016/85 du 13 juillet 2016 accordant au GIE IRM Libéral de Vendée la prolongation de l'autorisation portant sur l'appareil d'IRM actuellement en fonctionnement dans les locaux de la clinique Saint-Charles à La Roche sur Yon
- Arrêté ARS/PDL/DAS/ASR/494/2016/44 du 13 juillet 2016 portant renouvellement d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds
- Arrêté ARS-PDL/DAS/AMS-PH/2016/24/85 du 19 juillet 2016 autorisant le groupe public hospitalier et médico-social (GPHMS) des Collines Vendéennes (N° Finess : 85 002 586 7) à créer, à titre expérimental et non partenariat avec l'association ORGHANDI, une équipe mobile de médicalisation répondant aux besoins de soins liés au vieillissement des personnes en situation de handicap accompagnées dans les foyers de vie, les ehpa et les SAVS des territoires de Pouzauges, La Châtaigneraie, Fontenay le Comte, Chantonay

DIRECCTE

- Arrêté 2016/DIRECCTE/392 du 18 juillet 2016 relatif aux taux d'intervention en faveur des contrats aidés

DRAAF

- Arrêté DRAAF/2016/393 du 18 juillet 2016 relatif aux engagements agro-environnementaux et climatiques et en agriculture biologique de la région Pays de la Loire soutenus par l'État en 2015

DREAL

- Arrêté 2016/DREAL/394 du 21 juillet 2016 portant renouvellement de la composition des membres du Conseil Scientifique Régional du Patrimoine Naturel (CSRPN)

SGAR Pays de la Loire

- Arrêté SGAR/DREAL/SIAL/2016/030-391 du 13 juillet 2016 portant agrément des communes d'Herbignac, La Turballe et Saint-Lyphard (44) au bénéfice du dispositif prévu à l'article 199 *novovicies* du code général des impôts

Agence Régionale de Santé
des Pays de la Loire

- ARRETE -

-N° ARS/PDL/DG/2016/36-

Portant contenu du Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration
de la pertinence des soins 2016-2019
des Pays de la Loire

LA DIRECTRICE GENERALE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
DES PAYS DE LA LOIRE

- Vu** le code de la santé publique, notamment son article R.1434-12 ;
- Vu** le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162.1.17, L. 162-30-4 et R. 162-44-3 ;
- Vu** le décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé ;
- Vu** la consultation de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins des Pays de la Loire du 15 juin 2016 ;
- Vu** l'avis favorable de la Commission régionale plénière de Gestion du risque du 4 Juillet 2016.

ARRETE

ARTICLE 1er : le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins des Pays de la Loire est arrêté, pour les années 2016 à 2019, conformément à l'annexe jointe. .

ARTICLE 2 : la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire est chargée de l'exécution du présent arrêté qui fera l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

ARTICLE 3 : le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours dans le délai de deux mois à compter de sa publication devant le tribunal administratif de Nantes, 6 allée de l'île Gloriette, CS 24111 – 44041 Nantes cedex.

Nantes, le 11 juillet 2016

La directrice générale



Cécile COURREGES

Annexe à l'Arrêté ARS/PDL/DG/2016/36,

portant contenu du Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins 2016-2019 des Pays de la Loire.

Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2016-2019

Région Pays de la Loire

Avis favorable exprimé le 15 JUIN 2016 par les membres de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins

Avis favorable exprimé le 4 JUILLET 2016 par les membres de la Commission Régionale Plénière de Gestion Du Risque



Sommaire

Préambule	5
Un nouveau contexte réglementaire	6
Diagnostic de la situation régionale	7
Chiffres clés de la région Pays de La Loire	8
Un potentiel de développement de l'ambulatoire	11
Une pertinence du recours aux soins à analyser	12
L'évaluation des bonnes pratiques professionnelles	15
Des parcours de santé à optimiser	17
Les domaines d'actions prioritaires	21
AXE 1 - Accompagner le développement de l'ambulatoire et la pertinence des modes de prise en charge	22
Chantier 1 - Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire en encourageant la dynamique existante en PDL	22
Chantier 2 - Accompagner le virage ambulatoire en médecine	22
Chantier 3 - Accompagner le virage ambulatoire en psychiatrie	23
Chantier 4 - Accompagner le virage ambulatoire en SSR	23
AXE 2 - Veiller à la pertinence des actes et des pratiques	24
Chantier 5 - Pertinence des actes et analyse des pratiques (prenant appui sur l'analyse du taux de recours)	24
Chantier 6 - Pertinence des actes d'imagerie, de biologie médicale et d'examens préanesthésiques	24
Chantier 7 – Qualité et sécurité des soins	24
AXE 3 - Veiller à la pertinence des séjours	26
Chantier 8 – Accompagnement des établissements dans l'analyses des inadéquations hospitalières en SSR et en court séjour de Médecine	26
Chantier 9 – Analyse du recours aux services d'urgence	26
AXE 4 - Renforcer la pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé	27
Chantier 10 – Evaluation du bon usage des médicaments par l'analyse des prescriptions hors référentiels et des pratiques décisionnelles partagées entre pairs	27
Chantier 11 – Promotion et accompagnement de la mise en œuvre des EPP régionales	27
Chantier 12 – Bon usage et conformité de la prescription au regard des CBU (ATB, liste en sus...)	28
Chantier 13 – Amélioration de l'observance des traitements médicamenteux	28
AXE 5 - Favoriser les parcours de soins les plus pertinents sur le plan médico-économique	29
Chantier 14 – Pertinence des prises en charge suite à intervention orthopédique	29
Chantier 15 – Parcours de santé des patients en IRC	29
Chantier 16 - Développement et recours pertinent à l'HAD, dans le cadre d'une substitution à l'hospitalisation complète	30
Chantier 17 – Coordination ville-hôpital dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse	30
Chantier 18 – Analyse des hospitalisations potentiellement évitables (HPE)	30

ANNEXE.....	31
Les modalités de mise en œuvre de la contractualisation tripartite et de mise sous accord préalable, entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé	31
Le contrat d'amélioration de la pertinence des soins – CAPS	32
La procédure de mise sous accord préalable - MSAP	33

Préambule

Dans le cadre du Pacte de responsabilité et des objectifs de réduction des déficits publics, la croissance des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) doit être ramenée à 2% puis 1.75% entre 2015 et 2017. Alors que la croissance 'mécanique' des dépenses de santé, tirée principalement par le progrès technologique se situe plutôt au double, cette perspective est un véritable défi pour le système de santé.

L'adaptation de la réponse aux besoins de santé de la population impose une démarche exigeante en termes de qualité des pratiques, de performance des organisations de santé et d'efficacité collective des acteurs pour que notre système solidaire d'assurance maladie trouve la voie d'un équilibre financier durable.

Or, l'analyse des actes et des pratiques, des processus de soins, l'étude des trajectoires de prise en charge des patients révèlent des marges de progrès pour la qualité des soins et l'efficacité des dépenses de santé.

Ces enjeux exigent la construction d'une **vision partagée** par l'ensemble des acteurs de santé autour de la pertinence et des perspectives d'actions.

Selon l'Académie Nationale de Médecine,

« La pertinence est la qualité de ce qui est approprié à son objet. L'acte médical pertinent est celui qui convient au malade à un moment donné, c'est le plus adapté et le plus efficace. L'objectif final est d'améliorer l'état de santé du malade et de limiter les risques et les contraintes. La stratégie médicale pertinente consiste à prescrire et à programmer chacun des actes dans un ordre approprié, adapté à chaque situation clinique compte tenu des disponibilités des ressources de santé dans un esprit d'efficacité, qu'il s'agisse du diagnostic ou de la thérapeutique. La pertinence des stratégies médicales s'insère dans le contexte général de la pertinence des soins qui inclut d'autres paramètres échappant aux seules responsabilités médicales. Elle est la base de la médecine sobre qui dans une approche humaniste soigne mieux au meilleur coût. »

Selon la HAS, par analogie aux critères CRIB (Choix, Risque, Impracticality – manque d'esprit pratique, Bénéfices) du NICE¹, une pratique appropriée est une pratique qui respecte au moins quatre principes fondamentaux :

- > La bienfaisance : efficacité et utilité
- > La non malfaisance : iatrogénie et inutilité
- > L'autonomie du patient : information et décision partagée
- > La justice sociale : soutenabilité et égalité d'accès aux soins.

Pour sa part, le conseil scientifique de la CNAMTS retient que la pertinence doit répondre aux critères suivants :

- > Le bon soin au bon patient
- > Un bénéfice attendu supérieur au Risque
- > Dépenser à bon escient, équitablement, c'est-à-dire
 - Ni trop : injuste en budget contraint
 - Ni trop peu: inégalités, pertes de chance
 - Ni mal : le risque est infini si l'acte est inutile »

Ainsi, la pertinence couvre ce qui est fait à tort mais aussi ce qui n'est pas assez fait.

Améliorer la pertinence des soins a donc pour objet d'accroître la qualité et la sécurité des soins au meilleur coût.

¹ NICE (National Institut for Health and care Excellence)

Un nouveau contexte réglementaire

Considérant que l'amélioration de la pertinence des soins est un enjeu fort pour la qualité de notre système de soins et l'efficacité des dépenses de santé et que les démarches menées en ce sens doivent désormais être intensifiées et rassemblées dans une politique plus globale s'appuyant sur des objectifs précis, l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 instaure un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins.

Le Décret 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé :

- Précise le contenu du **plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)** ainsi que ses modalités d'élaboration et d'évaluation :
 - Le diagnostic de la situation régionale
 - Les domaines d'action prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé
 - La déclinaison des actions qui seront menées en précisant le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre
 - Lorsque les actions mentionnées impliquent un ciblage des établissements de santé, les critères permettant d'identifier :
 - Les établissements faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins, notamment ceux dont les contrats comportent des objectifs quantitatifs ;
 - Les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable

En ce sens, le décret précise le contenu et la procédure de mise sous accord préalable ou de conclusion du contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins, signé entre l'établissement de santé, l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie. (Cf. Annexe - Les modalités de mise en œuvre de la contractualisation tripartite et de mise sous accord préalable entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé).

- Les modalités de suivi et d'évaluation de chacune des actions mentionnées.

La préparation, le suivi et l'évaluation du plan d'actions et ses révisions sont effectués par la commission régionale de gestion du risque, après consultation de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins.

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

- Instaure une **instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)**

Cette instance concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

Elle est consultée sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation. Le directeur général de l'agence régionale de santé lui communique chaque année la liste des établissements de santé ayant été ciblés pour une contractualisation tripartite ou une MSAP ainsi qu'une synthèse des résultats de l'évaluation de la réalisation des objectifs des contrats.

L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins associe étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins. Ces membres sont nommés par le directeur général de l'ARS.

L'instance élit son président parmi les professionnels de santé qui en sont membres. Ses avis sont adoptés à la majorité des voix. Elle se réunit au moins deux fois par an à l'initiative de son président ou du directeur général de l'agence régionale de santé. Son secrétariat est assuré par les services de l'agence régionale de santé.

Diagnostic de la situation régionale

Chiffres clés de la région Pays de La Loire

Avec **3,7 millions d'habitants**, la région Pays de la Loire représente 5,6% de la population nationale.

En 2014, les dépenses de santé s'élèvent à **9,7 Mds €**, en croissance sur une année de +2,6%.

	Pays de la Loire	Rang	National
Démographie	3,6 millions d'habitants soit 5,6% de la population nationale	5 ^{ème} région	63,7 millions d'habitants
Dépenses de santé	9,7 Mds € soit 5,0 % des dépenses nationales	5 ^{ème} région	194,3 Mds €
Dépenses par habitant	2 640 € / habitant		3 052 € / habitant

[Les publications de l'ARS](#)

LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Dans les Pays de la Loire, le **nombre total de médecins en activité libérale ou salariée est passé de 8 741 en 2001, à 10 565 en 2015 (+20,9%)**. Le département de la Loire-Atlantique enregistre la plus forte hausse (30,6%) tandis que les départements de la Mayenne et de la Sarthe comptabilisent les plus faibles hausses (respectivement 6,7% et 6,6%).

PROFESSIONNELS DE SANTE	PAYS DE LA LOIRE	44	49	53	72	85
Médecins généralistes	5 315	2 200	1 211	352	703	849
Médecins spécialistes	5 250	2 372	1 327	267	669	615
Ensemble des médecins	10 565	4 572	2 538	619	1 372	1 464
Chirurgiens dentistes	2 013	912	396	121	232	352
Infirmiers	29 626	10 815	7 449	2 427	4 432	4 503
Masseurs kinésithérapeutes	3 852	1 804	747	204	438	659

Exerçant à titre libéral ou salarié au 01.01.2015 (Département d'inscription à l'ordre des médecins)

Sources : DREES, ADELI, FINESSE, ASIP-RPPS, traitements DREES ; INSEE, estimations de population 2014 ; ARS

Avec une **densité moyenne de 254,8 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants**, la région Pays-de-la-Loire fait partie des régions ayant une densité faible. La situation est fortement contrastée entre départements : la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire ont des densités proches de la moyenne nationale. En revanche, dans les trois autres départements, les densités sont nettement inférieures.

	Densité en activité régulière		Généralistes		Spécialistes	
Département	2015	2020	2015	2020	2015	2020
Loire-Atlantique	313,4	324,7	142,5	144,1	170,9	182,1
Maine et Loire	291,4	300,4	134,1	132,9	157,3	169,3
Mayenne	186,1	181,2	105,3	100,6	80,9	83,3
Sarthe	211,7	203,9	104,8	97,2	106,9	108
Vendée	221,6	221	127,1	124,5	94,5	98

Source : Atlas régional de la démographie médicale – Conseil de l'Ordre

En application des dispositions de l'article R 4127-85 du code de la santé publique, l'activité régulière détermine, comme lieu habituel d'exercice du médecin, sa résidence professionnelle, au titre de laquelle, il est inscrit sur le tableau du Conseil Départemental conformément à l'article L 4112-1 du CSP.

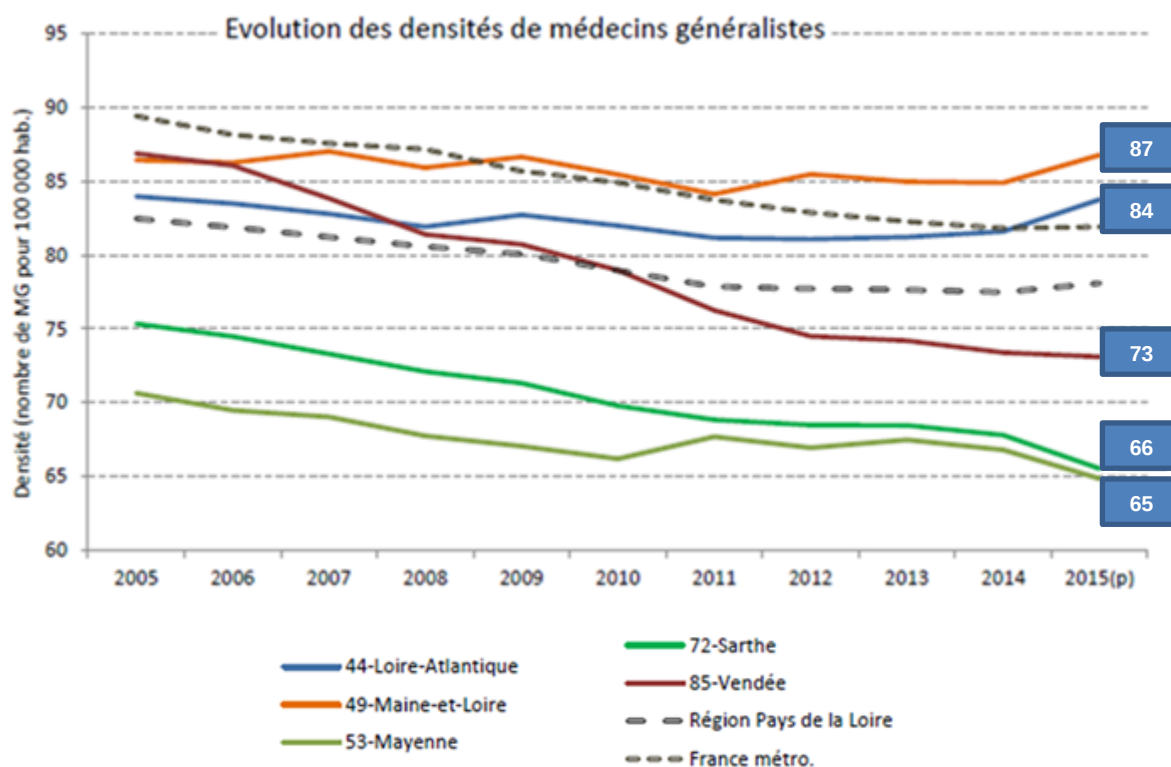
En activité libérale ou mixte, la région compte 3 693 généralistes et 2 604 spécialistes libéraux en 2015. Les densités les plus faibles sont observées dans le département de la Mayenne.

PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX OU MIXTE	PAYS DE LA LOIRE	44	49	53	72	85
Médecins généralistes						
nombre	3 693	1 550	875	237	465	566
densité	100	115	109	77	82	85
Médecins spécialistes						
nombre	2 604	1 174	605	138	373	314
densité	71	87	75	45	65	47
Ensemble des médecins libéraux						
nombre	6 297	2 724	1 480	375	838	880
Chirurgiens dentistes						
nombre	1 843	834	373	106	207	323
densité	50	62	46	34	36	49
Infirmiers						
nombre	3 398	1 253	744	319	429	653
densité	92	93	92	103	75	99
Masseurs kinésithérapeutes						
nombre	3 114	1 474	600	161	320	559
densité	84	110	75	52	56	84

En exercice au 01.01.2015 : nombre et densité pour 100 000 habitants (Département d'inscription à l'ordre des médecins)

Sources : DREES, ADELI, ASIP-RPPS traitements DREES ; ARS

En terme de **densité de médecins généralistes**, l'étude Assurance Maladie « Médecins traitants dans les Pays de la Loire » de Février 2016 montre une évolution défavorable pour les territoires déjà mal pourvus.



Par ailleurs, l'accès spatial aux soins de premier recours est assez hétérogène.

Les temps d'accès les plus courts aux soins concernent principalement les aires urbaines des grandes agglomérations de la région et le littoral.

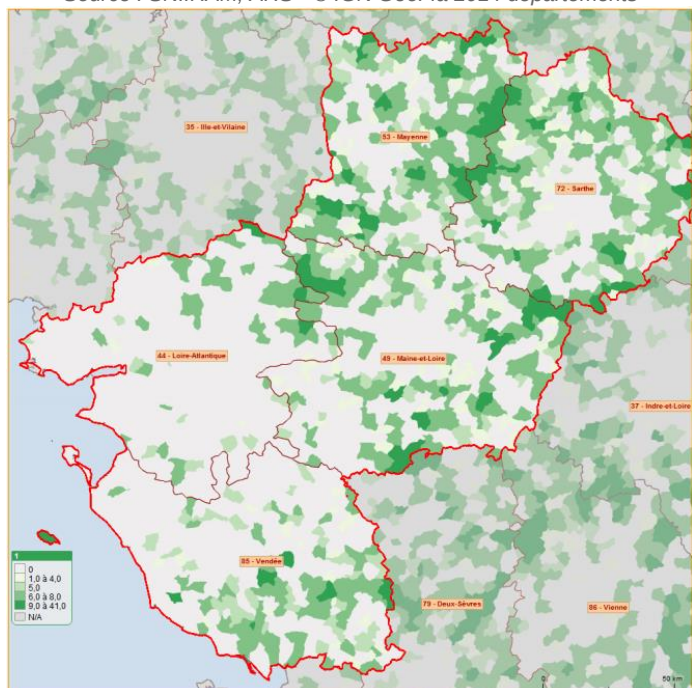
Inversement, les temps d'accès les plus longs concernent les territoires ruraux de la Mayenne et de la Sarthe, mais également quelques territoires au nord de la Loire-Atlantique, au nord et à l'est du Maine-et-Loire, et au Sud-est de la Vendée.



Guide de lecture : en foncé, les communes où les médecins généralistes les plus proches sont installés à plus de 9 mn de trajet.

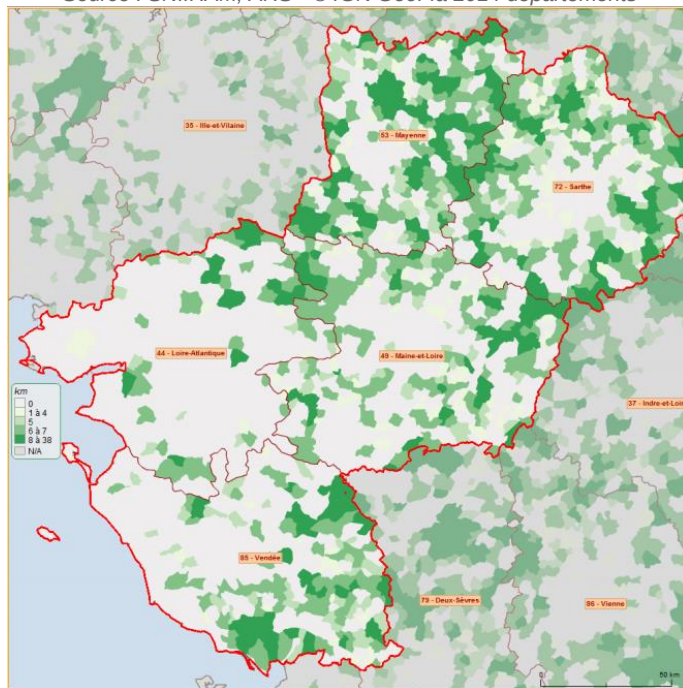
Distance (km) au plus proche médecin généraliste, 2014

Source : SNIIRAM, ARS - © IGN GeoFla 2014 départements



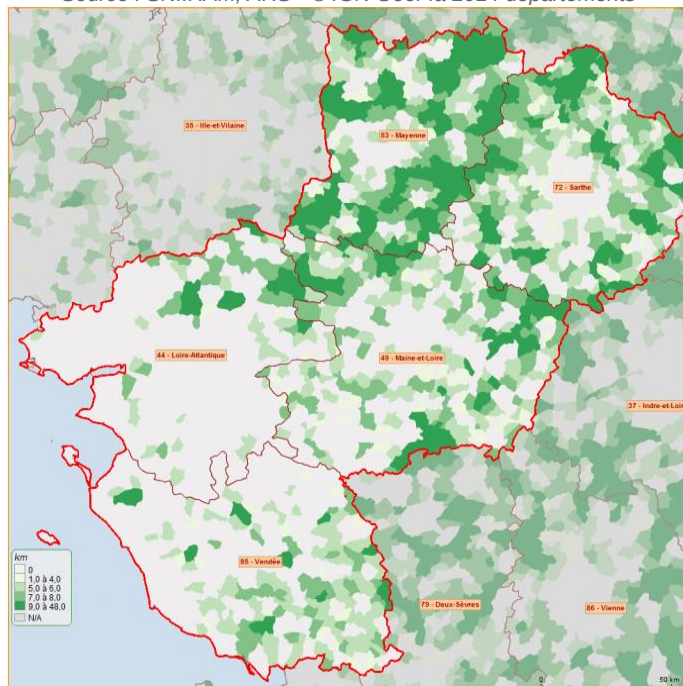
Distance (km) au plus proche infirmier, 2014

Source : SNIIRAM, ARS - © IGN GeoFla 2014 départements



Distance (km) au plus proche masseur-kiné, 2014

Source : SNIIRAM, ARS - © IGN GeoFla 2014 départements



Un potentiel de développement de l'ambulatoire

UN TAUX GLOBAL DE CHIRURGIE AMBULATOIRE SATISFAISANT EN REGION

L'ARS Pays de la Loire s'est très tôt positionnée pour faire de la chirurgie ambulatoire, définie comme une hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. L'enjeu est inscrit dans les orientations du SROS-PRS (2011-2016) des Pays de la Loire comme chirurgie « qualifiée et substitutive », alternative à l'hospitalisation complète.

Alors qu'en 2009, la région présente un taux global de chirurgie ambulatoire de 35,4 %, se situant ainsi au 11^{ème} rang national, à fin 2015, le taux global de chirurgie ambulatoire en Pays de la Loire, est de 54,4% (Vs 52,2% France entière), ce qui la place au 3^{ème} rang national.

De 2010 à 2015, la dynamique de croissance a été particulièrement soutenue en Loire-Atlantique et en Mayenne. Certains établissements ont connu une évolution de plus de 15 points sur cette période.

La situation demeure assez hétérogène entre département avec des taux allant de 49,4% pour la Sarthe à 57,6% pour la Loire-Atlantique.

L'objectif de taux de chirurgie ambulatoire fixé pour la région à horizon 2020 est de 69% (Vs 65,5% France entière), sachant que les Pays de la Loire sont une des régions avec le plus fort potentiel de développement.

UNE EVOLUTION INEGALE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE SELON LES ETABLISSEMENTS

Ainsi,

- 22 établissements affichent un taux supérieur à leur cible,
- dont 11 avec un écart supérieur à +2 points. A l'inverse, 18 établissements restent au-dessous de leur cible.

Le potentiel régional de développement représente encore 20 % des séjours :

- 15 établissements de santé, dont 11 ex-OQN, détiennent 68% du potentiel de développement
- les établissements de Loire Atlantique détiennent 46% du potentiel de développement.

UNE ANALYSE DES GESTES MARQUEURS ENTRE CIBLES NATIONALES ET REGIONALES

Afin d'encourager le développement des opérations chirurgicales courantes en ambulatoire, le taux de chirurgie ambulatoire concernant une liste de 55 gestes marqueurs, établie au niveau national avec les sociétés savantes, est plus particulièrement suivi. Ce suivi s'intéresse notamment aux hôpitaux et cliniques qui présentent un fort potentiel dans ce domaine.

Le taux global de chirurgie ambulatoire sur ces 55 gestes marqueurs en 2014 était de 77,4% en région, inférieur d'environ 1 point au taux national.

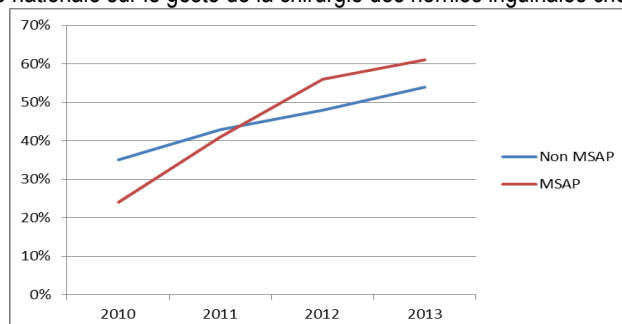
Les principaux gestes avec taux inférieurs aux nationaux portent sur la chirurgie de la main, l'ophtalmologie (glaucome, strabisme), l'urologie (vessie, urètre) et la chirurgie des hernies de l'enfant.

Toutefois de fortes variations existent entre les établissements, y compris sur des gestes fréquents. Par exemple :

- 79% pour le taux de chirurgie ambulatoire le plus bas de la région en 2015 sur la chirurgie du cristallin contre 99% pour le plus élevé ;
- de 69% à 100% sur les extractions dentaires ;
- de 74% à 97% pour la chirurgie des varices.

Pour leur part, les procédures de mise sous accord préalable de l'Assurance maladie ont contribué à l'essor de la chirurgie ambulatoire, tout particulièrement pour les gestes moins développés initialement comme la chirurgie des hernies.

Suivi de la campagne nationale sur le geste de la chirurgie des hernies inguinales chez l'adulte depuis 2011.



[Les publications de l'ARS](#)

Une pertinence du recours aux soins à analyser

UNE CONSOMMATION ELEVEE D'ACTES CHIRURGICAUX EN PAYS DE LA LOIRE

Les analyses menées sur certains segments d'activité montrent des variations très fortes des taux de recours aux soins hospitaliers entre les régions et entre les territoires de santé, que les indicateurs démographiques ou sanitaires (notamment épidémiologiques) ne suffisent pas à expliquer. Ce constat a induit une réflexion sur l'existence éventuelle de soins non pertinents et sur les disparités d'accès aux soins.

La démarche mise en place au niveau national vise à construire une approche structurée globale de la pertinence des soins et à développer les outils indispensables à son amélioration.

Elle s'appuie principalement sur le développement d'outils d'amélioration continue des pratiques professionnelles issus des travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS), et la priorisation des actions est déterminée sur la base de plusieurs critères, principalement : la dispersion des taux de recours, la dynamique d'activité, le nombre de séjours concernés, le poids financier associé.

Sur la base de ces critères, 33 activités sont identifiées par l'ATIH. A partir de cette sélection, deux autres critères ont été pris en compte, pour établir le programme des travaux HAS

- la faisabilité d'élaboration des référentiels de bonne pratique par la HAS
- et l'opérationnalité de ces référentiels pour être en mesure ensuite d'identifier les pratiques non pertinentes.

Ainsi, en 2015, six activités sont ciblées et accompagnées nationalement : Chirurgie du canal carpien, Appendicectomies, Amygdalectomies, Chirurgie bariatrique, Thyroïdectomies et Cholécystectomies.

En Pays de la Loire, la consommation des séjours chirurgicaux ainsi que la dynamique de son évolution sont supérieures à la moyenne nationale. La région se situe en 5ème position en termes de consommation. Cet écart se creuse encore en 2014. La région affiche un différentiel de 5,3 séjours pour 1 .000 habitants, avec le taux national, avec un taux de 88,1 en 2014.

Par ailleurs, au niveau régional, l'analyse des taux de recours met en exergue **trois « atypies »**, notamment au regard d'un taux de recours supérieur de plus de 20% au taux national : Drains transtympaniques, Affections des dents et de la bouche et Chirurgie du rachis.

L'ARS observait, dès 2011, que la chirurgie ORL et stomatologique, et en particulier la pose de drains transtympaniques, est réalisée presque exclusivement par le secteur privé lucratif. Une étude publiée par la revue « réflexions hospitalières » en 2009, soulignait que la pose de drains est d'autant plus fréquente que l'activité ORL n'est pas très soutenue.

Concernant les affections de la bouche et des dents, la région présente un taux de recours de près de 2 points supérieur au taux national (taux quasi identiques de 2011 à 2014). Ce taux ne trouve pas d'explication en termes de démographie de la population générale ou des professionnels de santé.

En outre, au détour de la réflexion sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, un focus a été fait sur l'accès aux soins bucco-dentaires montrant des difficultés d'accès dues à un secteur ambulatoire peu engagé auxquelles s'ajoutaient des problématiques de délais pour accéder aux plateaux techniques

Concernant ces trois activités, et en l'absence de référentiels nationaux, les moyens d'analyse et d'action doivent être recherchés localement en relation avec les acteurs.

En 2016 des travaux sont initiés au niveau national concernant la pertinence des examens d'imagerie médicale. Dans ce domaine, les orientations du PRS 2015-2018 Pays de la Loire portaient sur le renforcement des dynamiques de mutualisation entre acteurs publics et privés et l'accompagnement du progrès médical ainsi que le soutien à l'innovation.

L'enjeu était double : favoriser un égal accès à la population et réduire le délai d'attente. Ainsi, depuis 2013, des autorisations supplémentaires ont permis à la région des Pays de la Loire de combler le retard pris en matière d'équipement d'IRM et d'atteindre pratiquement la moyenne nationale.

La diversification du parc des IRM (7 autorisations d'IRM spécialisés en ostéo-articulaire) a été encouragée et a reposé sur une dynamique de mutualisation des acteurs publics et privés.

Aujourd'hui, 41 implantations d'IRM et 50 implantations de scanner sont autorisées.

Les publications de l'ARS

PROGRESSION CONTINUE DU RECOURS AUX URGENCES

Le nombre de passages dans les services d'urgences de la région peut être estimé à 863 000 en 2015 :

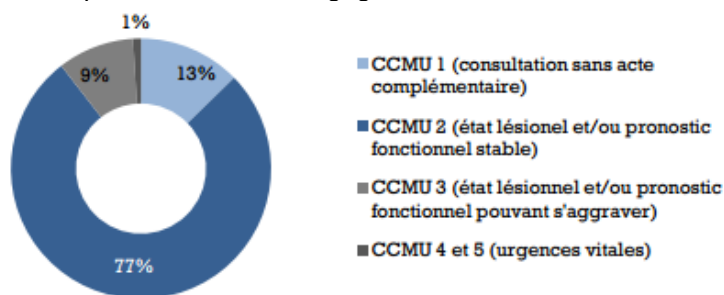
- 87 % des passages aux urgences ont lieu dans les établissements publics de santé, dont 23 % dans les deux CHU de Nantes et Angers,
- et 13 % dans les cliniques privées.

L'ensemble des services d'urgences prennent en charge en moyenne chaque jour près de 2 400 patients, soit 79 patients par site. Ce dernier chiffre varie de 21 pour le Centre hospitalier de Mamers à 320 au CHU de Nantes (urgences adultes et pédiatriques).

L'estimation du nombre de passages dans les services d'urgences en 2015 s'inscrit dans la tendance évolutive observée à partir des données des enquêtes SAE 2004 à 2014.

Selon ces enquêtes, le nombre de passages dans les services d'urgences de la région a progressé, sur cette période, au rythme annuel moyen de + 3,7 % dans les Pays de la Loire (de 591 000 en 2004 à 847 000 en 2014), contre + 2,9 % au plan national.

13% des passages concernent des patients ayant bénéficié essentiellement d'une consultation externe, sans acte complémentaire (CCMU1), et trois patients sur quatre relèvent de la CCMU2. 1 % des passages concernent des patients dont le pronostic vital est engagé



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Hors RPU avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'

Ces traitements portent sur 13 établissements et 238 727 RPU, soit 29 % du nombre de RPU hors orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'. **Données non redressées et à interpréter avec précaution en raison d'une faible exhaustivité.**

Les publications de l'ORU

RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES DES RESIDENTS EN EHPAD

Une enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières a été conduite par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé :

- concerne tous les points d'accueil et tous leurs patients
- sur une journée : entre 8h le 11 juin et 8h le 12 juin 2013
- 48711 questionnaires patients reçus et exploitables (taux de réponse = 93,6%)

Les **principales constatations régionales** issues de cette enquête sont les suivantes :

- 49 patients ligériens inclus dans l'enquête, dont la moyenne d'âge est de 84.74 ans (avec un minimum de 68 ans)
- dans 70% des cas, les patients ne sont pas régulés
- le Médecin Traitant n'est l'adresseur que dans 30% des cas
- 33% des passages sont jugés non pertinents
- 41% des passages font l'objet d'un retour à domicile sans hospitalisation
 - o 7% en milieu rural
 - o 56% en milieu urbain

INADEQUATIONS HOSPITALIERES EN SSR ET MEDECINE

Les inadéquations hospitalières correspondent aux lits occupés de manière non pertinente et non justifiée. La réflexion sur les inadéquations hospitalières devient stratégique alors que les établissements sont sollicités pour ajuster leur capacité prenant en compte le besoin, l'évolution des modes de prise en charge et les exigences accrues d'efficacité de leur organisation.

L'outil AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) a fait l'objet d'une validation pour les établissements sanitaires français (MCO et SSR) et une étude DGOS 2011 a conclu que 7,3% des admissions en hospitalisation complète à partir des urgences seraient « inadéquates » et 21,7% des hospitalisations « adéquates » à l'admission comporteraient au moins une journée « inadéquate ».

En Pays de la Loire, de janvier à juillet 2013, une étude a été menée sur les journées d'hospitalisation en SSR dans 18 établissements adhérant au réseau QualiSanté (établissements sanitaires et médico-sociaux de Loire-Atlantique et Vendée). Les questionnaires ont été saisis sur la plateforme E-Forap, l'outil d'évaluation validé mis en libre-service pour les établissements adhérents.

Le résultat des 3 évaluations est le suivant :

	2008	2009	2013
Nombre de journées évaluées	406	576	619
Taux de pertinence	73	76	78
Causes de non-pertinence			
- Internes		29%	41%
- Externes		52%	33%
- Patient/entourage		19%	26%

En 2014, l'ARS Pays de la Loire a expérimenté une adaptation régionale de cette grille dans 9 établissements représentant environ 20% de la production régionale de **séjours médicaux** réalisés en hospitalisation complète.

L'analyse montre que 8,3% des admissions sont inadéquates ainsi que 21,5% des journées d'hospitalisations complètes.

L'analyse agrégée des facteurs et des causes d'inadéquations au niveau des neuf établissements met en évidence plusieurs éléments saillants :

- 74% des journées d'hospitalisation complètes inappropriées et 53% des admissions inappropriées concernent des personnes âgées de plus de 75 ans ;
- 58% des admissions inadéquates sont justifiées par des nécessités de soins (qui par définition auraient théoriquement pu être délivrées en dehors d'un registre d'hospitalisation en urgence), 25% par des raisons « sociales » (aide et soutien à domicile, aide psychologique) et 17% ne sont justifiées ni par des nécessités de soins ni par des nécessités de soutien et d'assistance ;

- 32% des journées d'hospitalisation inadéquates sont motivées par des nécessités de soins et 52% par des raisons « sociales » ; 15% ne sont justifiées ni par des nécessités de soins ni par des nécessités de soutien et d'assistance ;
- 40% des admissions auraient pu faire l'objet d'une prise en charge à domicile et 28% des situations admises auraient pu être convenablement soignées au niveau d'une structure médicalisée ou non médicalisée autre qu'une unité fonctionnelle de médecine aigue ;
- 43% des prises en charge correspondant aux journées inadéquates auraient pu être réalisées à domicile et 46% au niveau de structures d'hébergement autre qu'une unité fonctionnelle de médecine aigue ;
- 34% des admissions et des journées inappropriées sont motivées par des « raisons internes » à l'établissement (qui concernent principalement l'organisation des soins) ;
- 49% des journées inappropriées sont justifiées par des raisons « externes » à l'établissement (principalement le manque de places au niveau des structures ou des dispositifs d'assistance d'aval).

[Les publications de l'ARS](#)

L'évaluation des bonnes pratiques professionnelles

QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Les indicateurs IPAQSS (Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) sont des indicateurs de suivi de la prise en charge du patient

En 2015, le recueil des indicateurs IPAQSS (Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) a concerné cette année les indicateurs de spécialités, sur les thèmes de :

- ✓ la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde,
- ✓ la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral,
- ✓ la prévention et la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat,
- ✓ la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques (1er recueil)

La moyenne régionale des scores (+ 4 à + 10 points) connaît une évolution favorable à la hausse, une augmentation similaire étant observée au niveau national (+ 3 à + 12 points).

La moyenne régionale de 7 indicateurs (sur 11) atteint ou dépasse l'objectif de performance.

[Les publications de l'ARS](#)

LES PRODUITS DE SANTE

En 2015, l'analyse des données de dépenses a estimé l'évolution régionale des dépenses de médicaments de la liste en sus à 8,78%, supérieure aux prévisions nationales de 3.5 points. En revanche, l'évolution régionale des dépenses des dispositifs médicaux (DM) de la liste en sus est inférieure à l'objectif, 5.3% contre 5.7%.

- Concernant les médicaments, Kadcylla® et Perjeta® représentent les deux plus importants postes de progression en 2015 et 4.9% de la dépense régionale totale.
- L'augmentation de la pose de TAVI a contribué à faire des valves cardiaques le plus important poste de progression des dépenses DM avec une évolution de 95% sur 2 ans.

➤ Pertinence des prescriptions de produits de santé et amélioration des pratiques professionnelles

Dans le domaine des produits de santé, la promotion et la réalisation des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont portées par l'OMEDIT Pays de la Loire qui se charge de la sollicitation, de la communication et du portage des projets d'EPP.

L'ensemble des EPP et les appels à projets sont accessibles sur le [site de l'OMEDIT](#).

Elles concernent aussi bien les médicaments que les dispositifs médicaux, tant les prescriptions hospitalières délivrées en ville (PHEV) que la liste en sus.

EXEMPLES DES RECENTES EPP PROPOSEES A L'ECHELLE REGIONALE

Observatoire des anti-biotiques	• Infections urinaires • Antibio prophylaxie en chirurgie • Réévaluation de l'Antibiothérapie à 48 - 72 H
Observatoire des cancers	• Etat des lieux "prescription des facteurs de croissance de la lignée blanche" • IVOIRE : Etude observationnelle prospective évaluant les traitements par voie orale contre le cancer métastatique du rein
Produits de santé de la liste en sus	Un appel à projets a été lancé auprès des établissements éligibles pour le pilotage d'EPP relatives aux produits de santé inscrits sur ces listes.
Dispositifs médicaux	La commission Dispositifs Médicaux de l'OMEDIT a mené une EPP régionale en 2014 sur les neurostimulateurs, le 2 ^{ème} tour et prévu en 2016
ASE	EPP sur respect des indications, à la pertinence et à la part des bio similaires pour les prescriptions d'ASE.

➤ Evaluation du bon usage par l'analyse de prescriptions hors référentiels de médicaments de la liste en sus des GHS et des pratiques décisionnelles partagées entre pairs:

L'instruction n°36 du 31 janvier 2012 a mis en place un circuit à titre expérimental de remontée, par les ARS via les réseaux des OMEDITS, des cas de prescriptions non conformes aux référentiels de bon usage de médicaments anticancéreux. L'objectif de cette démarche était d'apporter un éclairage sur la gestion de ces cas lors des contrôles annuels et d'améliorer la connaissance au plan national de ces situations afin de concevoir si nécessaire des nouveaux référentiels.

Le bilan de cette expérimentation a montré d'une part la nécessité d'encadrer les hors AMM et d'autres part, l'intérêt de poursuivre cette démarche.

C'est dans ce contexte que, en 2015, l'observatoire des cancers a procédé au recueil et à l'analyse des données de 22 établissements en Pays de Loire, portant sur 7 anticancéreux : Avastin®, Vectibix®, Yondelis®, Halaven®, Yervoy®, Zaltrap®, Mabthera®.

Les principaux constats sont les suivants :

- 22 établissements ont participé au recueil
- Le nombre de patients est de 1208 hors essai en 2014 et de 1291 au 1^{er} semestre 2015
- Pas de prescriptions en Situation Non Acceptable – SNA
- Part AMM évolue de 86% à 80%
- Evolution du hors AMM de 13% en 2014 à 19% au 1^{er} semestre 2015 (19% de situations justifiées et 0.1% de situations non justifiées)

Les moyennes régionales des prescriptions hors référentiels des produits de santé de la liste en sus sont respectivement de 8.7% pour les médicaments et 0.09% pour les DM.

Le taux de hors référentiels des anticancéreux traceurs est de 18.5% pour l'Avastin®, 2.05% pour l'Halaven® et 27.55% pour le Mabthera®. Le taux de hors référentiels de l'infliximab en gastro-entérologie est de 0.31% contre 0.38% en 2014. Le taux de hors référentiel d'endoprothèses coâtées déclarées est négligeable en région (inférieur à 0.01%).

L'analyse des situations de hors AMM a conduit à la mise en place des actions suivantes:

- Analyse et diffusion d'études sur certains anticancéreux.
- Remontée vers la HAS pour une révision des SMR et ASMR.
- Sensibilisation des cliniciens lors des ateliers médico-économiques.
- Sensibilisation des experts

➤ Bon usage et conformité de la prescription au regard des CBU

En 2015, en Pays de la Loire, 56 établissements ayant signé le CBU ont renseigné leur rapport d'étape. L'analyse de ces rapports par l'OMEDIT révèle un taux moyen régional d'atteinte des objectifs concernant les indicateurs de la pertinence d'utilisation des produits de santé de 87%.

52% des établissements avaient au moins un biosimilaire référencé dans un de leur livret de médicament. Les biosimilaires représentent seulement 6.3% des dépenses totales régionales d'infliximab.

La moyenne régionale d'atteinte des objectifs pour le bon usage des médicaments dans la prise en charge de l'AVC est de 96%, 87% dans les infarctus du myocarde et 79% pour les patients dialysés.

83% des établissements (39/47) ont atteint les objectifs concernant le bon usage des antibiotiques :

- 91% ont déclaré que chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie
- 98% déclarent disposer d'un référent en antibiothérapie, au sein de l'établissement ou partagé entre plusieurs établissements

S'agissant du bon usage des médicaments chez la personne âgée, l'objectif régional était d'obtenir un score A ou B de la certification V2010 HAS : 100% (49/49) des établissements de la région ont atteint cet objectif. Toutefois, le suivi de consommation d'antibiotique en DDJ/1000JH révèle une atypie de certains établissements. Une réflexion est menée par l'observatoire des antibiotiques pour mettre en place un accompagnement des établissements concernés.

[Les publications de l'ARS](#)

Des parcours de santé à optimiser

ORIENTATION EN SSR SUITE A CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

Le taux d'orientation en SSR des séjours MCO pour « Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents » (GHM 08C481 et 08C482) reste très hétérogène entre les établissements de la région.

Pour 2015, il varie de 8% à 40%, pour les établissements réalisant au moins 50 séjours/an.

Le taux d'orientation en SSR des séjours MCO pour « Prothèses de genou, niveaux 1 et 2 » (GHM 08C241 et 08C242) reste très hétérogène entre les établissements de la région.

Pour 2015, il varie de 8% à 79%, pour les établissements réalisant au moins 50 séjours/an.

Les établissements « atypiques » par le taux d'orientation en SSR ne présentent pas de caractéristiques particulières de DMS ou d'âge des patients.

L'Assurance maladie propose un Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) visant à fluidifier les parcours hôpital / ville. Il permet d'accompagner la sortie des patients hospitalisés après une intervention en chirurgie orthopédique. Le retour à domicile après l'hospitalisation est favorisé par la mise en contact du patient avec le professionnel de santé de son choix (infirmiers/masseurs-kinésithérapeutes). Le PRADO permet d'adapter les circuits de prise en charge aux besoins des patients.

Sur la région des Pays de la Loire, ce sont 23 établissements qui proposent ce service. 932 patients ont bénéficié d'un accompagnement au retour à domicile à fin avril 2016.

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC)

En Pays de la Loire, l'Insuffisance rénale chronique terminale est relativement stable, soit environ 125 nouveaux cas par an par million d'habitants (environ 460 nouveaux cas par an) l'incidence des modalités initiales de traitement est de 86% pour l'hémodialyse, 5 % pour la transplantation.

Par ailleurs, parmi les 3 904 patients en Insuffisance rénale chronique, 53% sont transplantés, et 47% sont dialysés. La région est une des plus performantes en termes de greffe rénale : 53% Vs une moyenne nationale à 44%. En 2014, 225 patients ont bénéficié d'une greffe (référence Réseau REIN).

A contrario, les prises en charge en centres lourds sont plus fréquentes. Au regard de l'évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique réalisée par l'Agence de biomédecine et l'HAS, les alternatives pourraient être plus développées.

➤ Dépistage et prévention de l'insuffisance rénale chronique

Toutefois, il faut noter pour le sous ensemble des patients diabétiques un dépistage non optimum en 2013 :

	taux de dépistage de la créatininémie	taux de dépistage de l'albuminurie
Loire-Atlantique	79%	39%
Maine-et-Loire	83%	39%
Laval	78%	35%
Le Mans	83%	33%
La Roche-sur-Yon	83%	37%

➤ Greffe rénale

La greffe devient le traitement de première intention de l'IRCT : « *En dehors des situations complexes ..., il est recommandé, après accord du patient, de débiter le bilan prétransplantation et/ou d'orienter vers une équipe de transplantation tout patient de moins de 85 ans, avec une MRC irréversible* ». HAS recommandations de bonne pratique Octobre 2015.

Même si la région obtient des résultats satisfaisants au regard de la moyenne nationale (53% de patients prévalents transplantés dans la région contre 44% pour la France), le taux de greffés est loin des valeurs observées en Europe du Nord (70% en Norvège). De plus, des inégalités entre départements persistent (49% en Sarthe, 60% en Mayenne).

➤ Modalités de dialyse

La région présente un faible recours à la dialyse autonome au profit de celle en centre. Les modalités de traitement des patients dialysés au 31 décembre 2013 se distribuent ainsi :

	26 régions	Pays de la Loire
Centre	56,1 %	62,6 %
Unité de dialyse médicalisée	17,5 %	16,4 %
Unité d'autodialyse	18,5 %	11,8 %
Domicile	0,6 %	0,4 %
HD en entraînement	0,7 %	1,7 %
Dialyse péritonéale continue ambulatoire	3,8 %	3,8 %
Dialyse péritonéale automatisée	2,6 %	3,1 %

A titre de comparaison, le taux de dialyse péritonéale est de 29% en Franche-Comté, celui de dialyse à domicile de 3,2% en Normandie, de dialyse en centre de 47% en Bourgogne.

DEVELOPPEMENT ET RECOURS PERTINENT A L'HAD

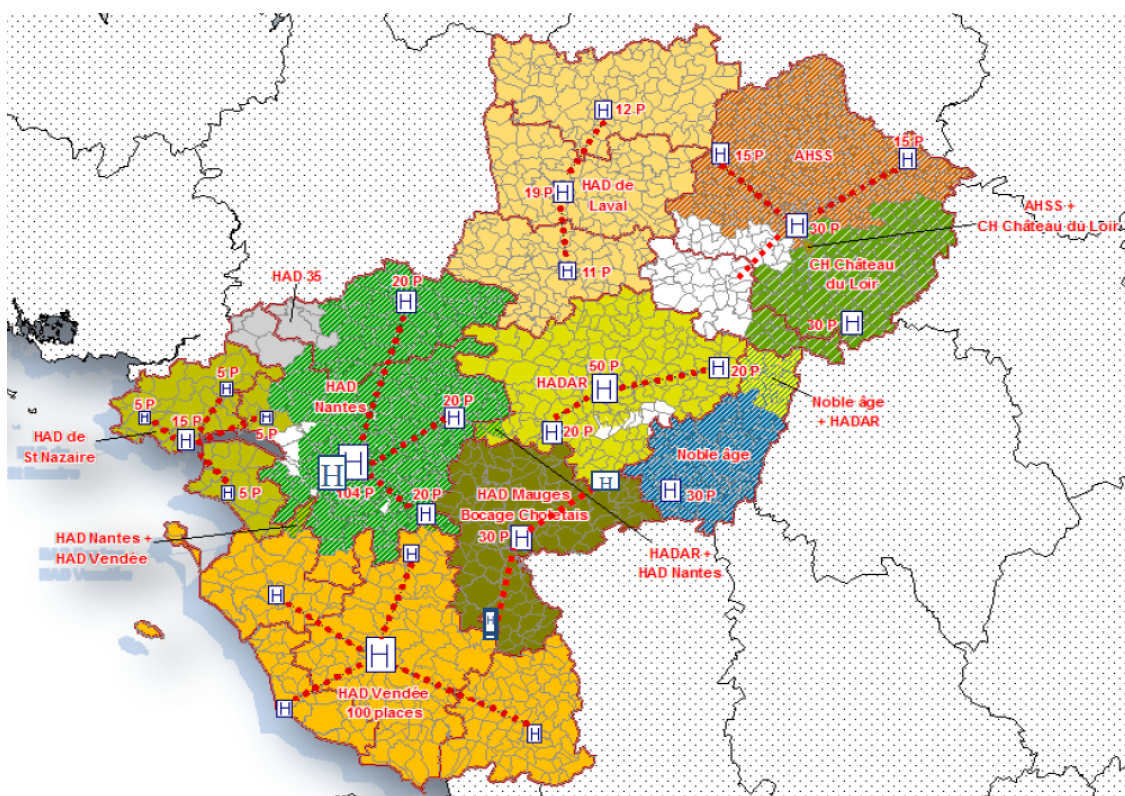
Concernant l'activité sur l'année 2015, sont constatées :

- Une augmentation du nombre de journées de +4% au niveau régional contre +2% au niveau national,
- Une augmentation en nombre de séjours de +12.5 % contre -1.2% au niveau national,
- Une augmentation en nombre de patients distincts de +16.1% contre -2.2% au niveau national.

Toutefois, la valeur cible du nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants en HAD est fixée à 30. En 2014, le taux moyen national est à 18, et à 14,2 pour la région des Pays de la Loire.

En outre, des disparités existent entre les territoires, avec une forte augmentation d'activité pour certains: HAD Nantes et région, HAD Vendée, HAD Laval, HAD St-Nazaire, AHSS; et une activité en diminution pour les HAD Château du Loir et l'HAD Ouest Anjou. Cette dernière avait toutefois atteint les objectifs d'activité sur l'année 2014.

En 2014, l'ensemble de la région est couverte par une offre HAD. La couverture territoriale est représentée sur la carte ci-dessous :



En déclinaison de la circulaire du 4 décembre 2013, et en concertation avec les 10 implantations HAD du territoire, un plan d'action 2015 régional a été élaboré, afin de conforter l'offre HAD :

- Un groupe régional réunissant l'ensemble des HAD a été mis en place et se réunit semestriellement.
- Identification des situations médicales qui, en articulation avec le service concerné relève d'une prise en charge HAD, sur la base de retours d'expérience des HAD de la région : thématiques post-chirurgie et urgences.
- Réalisation d'une EPP sur les motifs de refus d'admission : élaboration de la grille avec la structure régionale d'appui et d'expertise qualité.
- Amélioration de la coordination SSIAD HAD : harmonisation des conventions de partenariat.

[Les publications de l'ARS](#)

Modalité de prise en charge de la chimiothérapie anticancéreuse en HAD

Certaines modalités de prise en charge en HAD sont particulièrement peu développées dans la région. C'est le cas de la modalité « chimiothérapie anticancéreuse ». Ainsi dans les années 2013 et 2014, la région a réalisé moins de 1 500 journées pour cette modalité ; sur la même période, une HAD corrézienne effectuait plus de 2 000 journées annuellement.

L'HAS a produit des recommandations sur le sujet à partir d'expériences similaires. Sont particulièrement mis en avant les chimiothérapies utilisant les produits Velcade® et Vidaza® pour des cancer hématologiques, mais également Taxotère®, Avastin®, Alimta®, Tomudex®, Herceptin®, Gemzar®, Navelbine®, Oxaliplatine®. Certaines procédures associent des prises en charge alternant hospitalisation conventionnelle et HAD. Une étude médico-économique montre pour ce modèle une réduction des dépenses de plus de 16%.

Au cours du premier semestre 2015, 2 694 séjours avec prescription de Velcade® ont été réalisés dans la région en MCO, 3 153 séjours avec Vidaza®. Ces séjours sont essentiellement dispensés dans deux CHU, deux CH, et une clinique.

Un projet de convention d'association pour l'activité de chimiothérapie à domicile entre une HAD et un CHU a vu le jour en 2015. Les médicaments cités sont Velcade®, Vidaza® et Herceptin®.

CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

Dans le cadre de l'instruction du 9 mars 2015 de la DGOS, une enquête a été menée pour dresser un état de lieux et identifier les besoins pour le déploiement national de la **conciliation médicamenteuse**. L'objectif était de disposer d'une revue des pratiques de conciliation médicamenteuse en France. L'OMEDIT PDL propose une analyse et une synthèse régionale² :

Etats des lieux des pratiques en Pays de la Loire :

- ✓ 30 % (n=21) des établissements ayant répondu à l'enquête déclarent mettre en œuvre une activité de conciliation médicamenteuse.
- ✓ Les activités ciblées :
 - Services : Gériatrie, Chirurgie et SSR
 - Populations : 81,8% patients polymédiqués, 77.3% patients de plus de 65 ans.
 - Points de transition : 95.2% à l'admission, 68.1% à la sortie
- ✓ Les catégories de professionnels de santé impliqués dans la réalisation d'une conciliation médicamenteuse sont diverses : médecins, pharmaciens séniors et juniors, préparateurs, infirmiers.
- ✓ Les principales sources utilisées sont le dossier patient, les ordonnances de ville et l'entretien patient.
- ✓ 57,1 % des établissements tracent le bilan de conciliation médicamenteuse dans le dossier patient.
- ✓ 28,6 % des établissements ont mis en place des indicateurs qualitatifs ou quantitatifs d'activité
- ✓ 59,7% des établissements répondants ont identifié la conciliation médicamenteuse comme une stratégie susceptible de sécuriser leur circuit du médicament.
- ✓ Les besoins identifiés pour la mise en œuvre de l'activité sont par ordre de priorité:
 - La mise à disposition d'outils
 - La formation
 - L'information et la sensibilisation

Les résultats de cette enquête ont permis à l'OMEDIT de concevoir un plan d'actions pour promouvoir la montée en charge de la conciliation médicamenteuse dans la région. Elle repose dans un premier temps, sur un programme de sensibilisation des professionnels de santé aux erreurs médicamenteuse. D'autre part, donner la possibilité aux acteurs qui souhaitent mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse, de bénéficier d'une formation pour les accompagner dans cette démarche.

[Les publications de l'OMEDIT](#)

HOSPITALISATIONS POTENTIELLEMENT EVITABLES

Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) sont des hospitalisations qui, tout en étant a priori adéquates au moment où elles se produisent, auraient pu être évitées avec une prise en charge optimale en soins de premier recours.

L'objectif initial des indicateurs d'HPE est d'évaluer la performance des soins de premier recours, mais les déterminants sont multiples, et l'interprétation complexe.

L'étude réalisée par l'ORS Pays de la Loire en 2013 sur des données 2007-2011 dénombre 26 500 hospitalisations évitables chaque année dans la région, portant notamment sur les pathologies suivantes :

- 40 % liés à une insuffisance cardiaque
- 25 % liés à une pneumopathie bactérienne

[Les publication de l'ORS](#)

² <http://www.omedit-paysdelaloire.fr/fr/la-conciliation-medicamenteuse,370,94326.html>

Les domaines d'actions prioritaires

A NOTER

Afin de **développer une culture commune** autour des enjeux de pertinence des soins, **partager les données** avec les acteurs et **structurer le dialogue** sur ces enjeux, l'ARS en relation avec l'IRAPS s'engage à :

- Publier annuellement l'étude régionale sur les taux de recours aux soins des ligériens
- Organiser des rencontres périodiques (RQE) avec les acteurs sur les enjeux de la pertinence des soins en prenant appui sur les études régionales réalisées
- Valoriser les études conduites par les acteurs sur la pertinence des soins, rendre disponibles les données régionales et accompagner la diffusion des outils de la HAS

Sur la durée de sa mise en œuvre (2016-2019), le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est complété par un **avenant annuel**. Cet avenant doit permettre de

- Compléter ou ajuster le plan d'actions,
- Préciser les thématiques et modalités de mise en œuvre de la contractualisation tripartite ou de la procédure de MSAP.

AXE 1 - Accompagner le développement de l'ambulatoire et la pertinence des modes de prise en charge

Enjeux et cibles :

Le développement des modes de prises en charge ambulatoires est une source d'amélioration de la qualité des soins et d'efficacité de l'offre.

Les enjeux sont à la fois de garantir le juste soin, de donner aux établissements les moyens d'être plus performants et de répondre aux attentes des usagers.

Les objectifs sont de promouvoir un développement ambitieux des prises en charge ambulatoires en substitution de l'hospitalisation complète et adapter les organisations en conséquence.

Chantier 1 - Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire en encourageant la dynamique existante en PDL

- Accompagner de manière ciblée des ES à fort potentiel de développement, notamment par la mise en œuvre d'appels à projet nationaux et régionaux :
 - INCA : Soutien de projets pilotes développant la chirurgie ambulatoire du cancer
 - Accompagnement des établissements de santé dans les modernisations et restructurations nécessaires au développement de la chirurgie ambulatoire
 - Développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie
 - Développement des gestes innovants en chirurgie ambulatoire
- Analyser les potentiels de développement de la chirurgie ambulatoire des établissements et partager avec chaque acteur les données de sa situation.
- Définir les cibles attendues du développement de la chirurgie ambulatoire et les contractualiser avec chaque établissement au sein du CPOM.
- Initier une analyse du taux de conversions en hospitalisation complète et du taux de réadmissions à 3 jours après la sortie (expérimentation nationale IPAQSS 2016)
- Cibler les établissements pouvant relever d'une contractualisation tripartite d'amélioration de la pertinence des soins ou de la démarche de mise sous accord préalable.

Chantier 2 - Accompagner le virage ambulatoire en médecine

- Accompagner les praticiens dans la prise en charge en HDJ médecine, notamment dans le cadre des travaux engagés dans le cadre du Comité Régional de l'Information Médical (CORIM) avec les professionnels afin de :
 - Valider les bonnes pratiques de codage.
 - Réaliser un formulaire décrivant les conditions de prise en charge en HDJ, qui sera complété par les professionnels, avec les éléments requis (avis, résultats d'examen...), et joint au courrier de fin d'hospitalisation.
- S'inscrire dans les démarches nationales (ANAP, IGAS...) et assurer la promotion des outils et recommandations élaborées au niveau national.
- Accompagner les établissements dans leur dynamique d'organisation interne des HDJ

Chantier 3 - Accompagner le virage ambulatoire en psychiatrie

- Définir un plan d'actions avec l'ensemble des acteurs :
 - Réaliser un benchmark des Centres Médico-psychologiques (CMP)
 - Développer la coopération avec les établissements médico-sociaux et les services d'accompagnement à domicile
 - Assurer la complémentarité entre le secteur psychiatrique et la médecine générale
- Poursuivre la réflexion et agir pour la réduction des
 - séjours longs
 - inadéquations hospitalières

Chantier 4 - Accompagner le virage ambulatoire en SSR

- En lien avec les DCA :
 - Analyser l'activité HTP des établissements
 - Analyser les parcours territoriaux
 - Identifier les patients avec sortie vers l'HAD
- Documenter les profils de patients pouvant bénéficier d'une prise en charge HTP en SSR, pour mieux éclairer le développement de cette offre.

AXE 2 - Veiller à la pertinence des actes et des pratiques

Enjeux et cibles :

L'analyse des taux de recours est un outil de repérage des enjeux régionaux de pertinence. Les taux de recours aux soins hospitaliers, standardisés et ajustés à l'âge et au sexe de la population, permettent en effet, par une comparaison nationale, régionale ou territoriale, de faire un repérage des atypies, par type de prise en charge.

L'analyse est centrée sur les atypies en sur consommation et sur la recherche d'éléments explicatifs de ces atypies permettant après élimination de retenir des hypothèses de non pertinence. Le sous-recours à certains soins peut avoir sa place dans ce cadre, même si la sous-consommation est plus souvent étudiée dans le cadre de l'organisation des soins, avec recherche de carence de l'offre ou de problèmes d'accès aux soins.

Les enjeux sont l'accroissement de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'optimisation de l'efficience des dépenses de santé dans le cadre d'un ONDAM contraint, en participant à l'amélioration des pratiques.

Chantier 5 - Pertinence des actes et analyse des pratiques (prenant appui sur l'analyse du taux de recours)

- Analyser les taux de recours régionaux pour les gestes ciblés prioritairement au niveau national et pour lesquels il existe un référentiel HAS dont il est possible d'évaluer le respect des recommandations.
- Cibler au regard des indicateurs taux de recours, les actes concernés dans la région, même si certains de ces actes ne bénéficient pas actuellement de référentiel ou recommandations de la HAS et éclairer les enjeux par des études (par exemple, étude comparative sur les extractions dentaires en HC Vs en cabinet).
- Cibler les établissements pouvant relever de la contractualisation tripartite d'amélioration de la pertinence des soins ou de la démarche de mise sous accord préalable.

Chantier 6 - Pertinence des actes d'imagerie, de biologie médicale et d'examens préanesthésiques

- S'inscrire dans la démarche nationale d'amélioration de la pertinence des demandes d'examen d'imagerie médicale afin de
 - réduire l'exposition des patients aux rayonnements ionisants par la suppression des actes non justifiés et par l'utilisation préférentielle des techniques non irradiantes
 - améliorer les pratiques cliniques par la rationalisation des indications des examens d'imagerie
- Favoriser la mobilisation des équipes hospitalières sur des travaux d'analyse et d'accompagnement relatifs à la pertinence des examens complémentaires
- Développer des actions relatives à la pertinence des examens complémentaires permettant d'éviter les actes inutiles ou répétés de façon injustifiée

Chantier 7 – Qualité et sécurité des soins

Les indicateurs IPAQSS (Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) sont des indicateurs de suivi de la prise en charge du patient, fondés sur une analyse rétrospective de dossiers de patients hospitalisés en MCO, SSR, HAD, santé mentale ou hémodialyse.

- Mettre en œuvre les campagnes annuelles IPAQSS, dont les thèmes et indicateurs de contrôle sont arrêtés par la HAS.

En 2016, les campagnes nationales de recueil porteront sur les thèmes d'indicateurs transversaux

- Dossier du patient (MCO, SSR, PSY, HAD)
 - Dossier anesthésique MCO
 - Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) Tableau de bord des infections nosocomiales
 - Indicateur de satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 h en MCO
- Publier les résultats régionaux des campagnes annuelles.

AXE 3 - Veiller à la pertinence des séjours

Enjeux et cibles :

Utiliser l'hôpital à bon escient suppose de repérer et traiter les inadéquations de prise en charge, qu'elles relèvent d'admissions inutiles ou de durées de séjour trop longues et d'accroître la pertinence de l'offre territoriale.

L'efficacité de l'offre de soins est un enjeu auquel concourt la réduction des inadéquations hospitalières. La revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation est une méthode d'amélioration de la qualité permettant le repérage de la non pertinence et la recherche des causes associées.

Chantier 8 – Accompagnement des établissements dans l'analyse des inadéquations hospitalières en SSR et en court séjour de Médecine

L'identification des journées non pertinentes s'effectue à l'aide de critères simples regroupés dans une grille : la grille AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). Celle-ci permet d'évaluer la pertinence (« adéquation ») d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation et comprend 30 critères permettant d'apprécier d'une part les conditions cliniques et les besoins en soins, d'autre part les besoins de support et d'assistance.

- Engager l'ensemble des établissements dans une revue régulière de la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisations en SSR et en médecine
- S'assurer de la mise en œuvre des revues de pertinence et des plans d'actions validés par la CME dans les établissements

Chantier 9 – Analyse du recours aux services d'urgence

S'agissant des urgences, il semble qu'une réflexion globale sur la pertinence des passages, des hospitalisations et des séjours, soit nécessaire. Pour cela, plusieurs pistes sont à étudier.

- Analyser le recours aux services d'urgences par une analyse des passages relevant des Classification Clinique des Malades aux Urgences, CCMU 1 et 2, en Pays de la Loire.
- Identifier les séjours et les journées inadéquates, en utilisant la grille AEP.
- Eclairer le lien entre le recours aux services d'urgences et la médicalisation en EHPAD
 - Tirer les enseignements de l'expérimentation IDE de nuit (évaluation prévue en septembre 2016)

AXE 4 - Renforcer la pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé

Enjeux et cibles :

La pertinence des prescriptions et de l'utilisation des produits de santé comprend les actions sur le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comme l'évaluation des pratiques et la conformité des prescriptions.

L'enjeu est de favoriser les prescriptions les plus efficaces sur le plan médico-économique. Cela suppose de poursuivre la politique d'accompagnement des établissements de santé et promouvoir auprès des prescripteurs hospitaliers les recommandations et référentiels sur les stratégies de prescriptions les plus efficaces, en particulier pour les produits de santé de la liste en sus.

En effet, une pratique de prescriptions des médicaments et DM de la liste en sus conforme aux référentiels permettrait de contenir les dépenses de santé tout en garantissant la qualité des soins.

Par ailleurs, la contractualisation avec les établissements est un levier permettant d'instaurer dans les établissements une culture de la prescription pertinente.

Chantier 10 – Evaluation du bon usage des médicaments par l'analyse des prescriptions hors référentiels et des pratiques décisionnelles partagées entre pairs

En lien avec l'observatoire du cancer Pays de la Loire :

- Poursuivre le recueil et l'analyse des situations des hors AMM des anticancéreux traceurs en 2016 :
 - Bevacizumab (Avastin®), Eribuline((Halaven®), Panitumumab(Vectibix®), Trabectedine (Yondelis®), , Pembrolizumab (Keytruda®) Nivolumab (Opvirdo®) (les deux derniers ne sont pas encore inscrits dans la liste en sus).
- Proposer des actions qui découlent de l'analyse qui en sera faite.
 - Diffuser des études sur les anticancéreux.
 - Sensibiliser les cliniciens et les experts.
 - Faire des remontées d'informations vers la HAS le cas échéant pour la révision des SMR et ASMR

Chantier 11 – Promotion et accompagnement de la mise en œuvre des EPP régionales

- Conduire une Evaluation des Pratiques Professionnelles relatives à la prescription d'immunoglobulines intraveineuses dans les indications en neurologie
 - Accompagner le CHU d'Angers pour le portage de cette EPP
 - Faire des recommandations de bonnes pratiques relatives à la prescription des immunoglobulines intraveineuse
 - Proposer un référentiel régional pour les stratégies d'adaptation dans les PIDC
- Poursuivre l'EPP Neuro-stimulateurs (2^{ème} tour en 2016)

Chantier 12 – Bon usage et conformité de la prescription au regard des CBU (ATB, liste en sus...)

- Réaliser un suivi pluriannuel du CBU par l'analyse des rapports d'étape concernant les indicateurs stratégiques de la pertinence d'utilisation des produits de santé (CBU 2014-2018).
- Veiller à la pertinence d'utilisation des produits de santé par un bon usage et la conformité des prescriptions :
 - Suivre et analyser l'évolution des dépenses de produits de santé de la liste en sus en infra annuel et décliner des actions ciblées.
 - Evaluer le bon usage des médicaments dans la prise en charge des AVC, des infarctus du myocarde et des patients dialysés :
 - Objectif régional IQSS pour ces 3 indicateurs fixé à 80%
 - Evaluer le bon usage des antibiotiques :
 - Score ICATB2.
 - Evaluer l'accès à une expertise en antibiothérapie (sous-critères ATB02et ATBM3)
 - Consommation des antibiotiques en DJJ/1000 d'hospitalisations.
 - Evaluer le bon usage des médicaments chez la personne âgée
 - Score A ou B pour le critère 20B de la certification V2010 HAS

Chantier 13 – Amélioration de l'observance des traitements médicamenteux

La mauvaise observance entraîne des complications médicales, psychosociales et détériore la qualité de vie des patients. Or, les études disponibles évaluent le taux d'observance en France de l'ordre de 40%.

Des actions pourront être engagées pour renforcer les conditions d'une bonne observance :

- Renforcer l'information des patients.
- Développer les outils d'aide à la communication sur les traitements pour les professionnels.
- Inviter les professionnels à promouvoir l'observance.
- Mobiliser l'entourage des malades.

Le développement des voies orales en cancérologie est particulièrement concerné par ce sujet.

AXE 5 - Favoriser les parcours de soins les plus pertinents sur le plan médico-économique

Enjeux et cibles :

L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques notamment doit s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprend, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)...

La démarche consiste donc à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués.

Les enjeux dans ce domaine sont donc la fluidité des parcours de santé, l'organisation efficace des filières de prise en charge, et le respect du choix du maintien des patients à leur domicile.

Chantier 14 – Pertinence des prises en charge suite à intervention orthopédique

- Déployer les dispositifs d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation
 - Accompagner les DCA dans le déploiement d'outils d'orientation des patients suite à intervention orthopédique
 - Déployer le programme d'accompagnement de retour à domicile suite à intervention orthopédique - PRADO Orthopédie
 - Poursuivre les travaux d'articulation des dispositifs PRADO/DCA
- Analyser la pertinence de la prescription SSR
- Cibler les établissements pouvant relever de la contractualisation tripartite d'amélioration de la pertinence des soins ou de la démarche de mise sous accord préalable.

Chantier 15 – Parcours de santé des patients en IRC

La région Pays de la Loire a été retenue pour conduire l'expérimentation inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (article 43 de la loi du 23.12.2013 et Décret n° 2015-881 du 17 juillet 2015).

Cette expérimentation vise à optimiser et à coordonner le parcours de soins des patients sur la base des travaux de la Haute Autorité de Santé et des Etats Généraux du Rein de 2013. La prise en charge de l'IRC implique, en effet, de nombreux acteurs avec un fort enjeu de découplage dans une perspective de fluidité du parcours.

Le projet régional d'expérimentation vise deux objectifs principaux :

- 1 - Une meilleure information et un meilleur suivi du patient dès le début de la maladie
- 2 - Une meilleure orientation et une priorité donnée à la greffe ou aux prises en charge hors centre
 - Favoriser l'accès à la greffe et privilégier le développement des alternatives à la dialyse en centre lourd (dispositif d'orientation pluridisciplinaire et suivi)
 - Renforcer le sujet prévention – avant l'arrivée au stade terminal de l'IRC
 - Faire le lien avec les actions de l'expérimentation
 - Travailler avec les néphrologues sur l'élaboration d'un référentiel
 - Communiquer auprès des patients sur les différents modes de prise en charge disponibles

Chantier 16 - Développement et recours pertinent à l'HAD, dans le cadre d'une substitution à l'hospitalisation complète

La circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) donne les trois orientations principales : conforter l'offre HAD, améliorer l'accessibilité à l'HAD, renforcer la pertinence du recours à l'HAD.

- Analyser le potentiel de développement d'activité des HAD.
- Développer l'hospitalisation à domicile (HAD) par substitution de séjours en hospitalisation complète MCO et SSR sur des prises en charge spécialisées aisément repérables.
 - Engager des travaux sur le développement de la chimiothérapie anticancéreuse - intra-veineuse – sur la base des recommandations de la HAS (janvier 2015)
 - Identifier les segments d'activité à développer
- Donner de la visibilité et améliorer la connaissance du périmètre des prises en charge HAD par les acteurs hospitaliers, libéraux, médico-sociaux et les patients, et contribuer à l'amélioration de la coordination des acteurs.

Chantier 17 – Coordination ville-hôpital dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse

- Promouvoir la conciliation médicamenteuse en Pays de la Loire
 - Sensibiliser les professionnels de santé aux erreurs médicamenteuses ;
 - Proposer dès 2016 une formation pour les acteurs souhaitant mettre en œuvre cette activité ;
 - Participer au développement des systèmes d'information (messagerie sécurisée) ;
 - Accompagner les établissements dans l'évaluation de la mise en œuvre et la mesure d'impact de la conciliation médicamenteuse sur la prise en charge médicamenteuse et les organisations.
 - Evaluer les besoins pour la création d'un centre de ressources régional dédié à la conciliation médicamenteuse.
- La capacité à contractualiser sur le thème de la conciliation médicamenteuses avec les établissements dans le cadre du CAPS sera étudiée afin de faire bénéficier le patient des apports de la pharmacie clinique, fluidifier le parcours de soins du patient, sécuriser les interfaces ville/hôpital/ville et s'engager sur des enjeux économiques de santé décloisonnés

Chantier 18 – Analyse des hospitalisations potentiellement évitables (HPE)

Dans le cadre de l'amélioration de la pertinence des parcours et de la coordination avec le premier recours, la DGOS reprend en 2016 les travaux sur les hospitalisations potentiellement évitables avec la publication d'un guide pour partager la méthodologie et les résultats et définir les modalités d'organisation de la validation d'un indicateur HPE.

- Au regard des enjeux, engager la région et ses acteurs dans la démarche développée au niveau national

ANNEXE

Les modalités de mise en œuvre de la contractualisation tripartite et de mise sous accord préalable, entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé

A NOTER

Conformément au Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, le directeur général de l'agence régionale de santé communique chaque année à l'IRAPS

- la liste des établissements de santé ciblés dans le cadre de la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la pertinence des soins ou de la procédure de mise sous accord préalable,
- ainsi qu'une synthèse des résultats de l'évaluation de la réalisation des objectifs inscrits aux contrats signés avec les établissements.

Le contrat d'amélioration de la pertinence des soins – CAPS

A NOTER

Le CAPS est établi sur la base d'un contrat type. Ce contrat est en attente de publication par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale

Le calendrier prévisionnel est le suivant :

- Publication de l'arrêté au second semestre 2016,
- Mise en œuvre de la contractualisation à compter de 2017.

Le contrat est établi en fonction des données observées et du contexte propre à chaque établissement. Le périmètre de mise en œuvre de la contractualisation tripartite s'étend à l'ensemble du champ de la pertinence des soins, contrairement à la procédure de mise sous accord préalable dont il précède éventuellement la mise en œuvre.

Il est conclu pour une durée d'un ou deux ans et comporte :

- Des objectifs destinés à améliorer la qualité des actes, des prestations ou des prescriptions réalisés par l'établissement de santé et la qualité des parcours ;
- Des objectifs de réduction du nombre des actes, prestations ou prescriptions ou de substitution de ceux-ci réalisés par l'établissement de santé, lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'une des constatations suivantes :
 - o a) Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
 - o b) Soit une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

Le contrat définit pour chaque objectif les indicateurs, les modalités et les données sur lesquelles se fondent leur évaluation et les sanctions encourues par l'établissement en cas de non-réalisation de celui-ci.

La réalisation des objectifs du contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle, effectuée par l'assurance maladie conjointement avec l'agence régionale de santé, sur la base des données disponibles. L'établissement signataire du contrat peut en outre procéder à son autoévaluation, dont les résultats sont transmis à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie comme élément d'analyse complémentaire.

Lorsque cette évaluation nécessite un retour au dossier médical, le directeur de l'établissement désigne, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement ou du président de la conférence médicale d'établissement, un ou plusieurs professionnels de santé exerçant au sein de l'établissement évalué pour y assister.

Le représentant légal de l'établissement assure la diffusion de ce rapport auprès des professionnels de santé concernés au sein de l'établissement.

Les établissements de santé qui ne sont pas ciblés en application des critères mentionnés au a du 4° du I de l'article R. 162-44 et qui souhaitent conclure un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins en font la demande auprès du directeur général de l'agence régionale de santé. Les dispositions prévues au IV du présent article ne sont pas appliquées en cas de non-réalisation des objectifs du contrat conclu avec l'établissement volontaire.

La procédure de mise sous accord préalable - MSAP

Les activités et gestes susceptibles de faire l'objet d'une procédure de mise sous accord préalable sont définis nationalement. Les thématiques retenues ont vocation à s'élargir. Un avenant annuel complètera et précisera les thèmes et actes sélectionnés.

Les constats justifiant le lancement d'une procédure de MSAP sont ceux précisés dans l'article L. 162-1-17 du Code de la Sécurité Sociale :

- Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

A – CAMPAGNE DE MSAP CHIRURGIE AMBULATOIRE

Le développement de la chirurgie ambulatoire est l'une priorité réaffirmée dans le plan triennal 2015-2017. En région Pays de la Loire, le taux au 31 décembre 2015 est de 54.4%, pour un objectif de 54% en 2015 et 59,7% en 2017.

La méthode de ciblage des établissements retenus pour cette campagne régionale de MSAP est la suivante:

Dans le cadre de leurs contrats d'objectifs et de moyens (CPOM), l'ARS a fixé aux établissements concernés des objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire. Ces objectifs sont calculés à partir d'une méthode nationale reposant sur des potentiels estimés de conversion en ambulatoire des Groupes Homogènes de Malades chirurgicaux des quatre niveaux de sévérité.

A partir de ces objectifs, sont mesurés pour chaque établissement un nombre de séjours à transférer en ambulatoire pour chaque année de la période 2015-2020.

- Une première sélection peut être effectuée en retenant les établissements pour lesquels il est prioritaire d'engager un effort de développement de la chirurgie ambulatoire.

Cette hiérarchisation repose sur les volumes de séjours transférables, soit en valeur absolue (nombre de séjours transférables), soit en valeur relative (poids des séjours transférables de l'établissement dans le total régional des séjours transférables).

La différence entre le taux attendu de chirurgie ambulatoire et celui mesuré est également prise en compte.

- Afin d'articuler cette méthode reposant sur l'ensemble des GHM avec la procédure des MSAP basée sur une liste de gestes marqueurs fixée nationalement (55 gestes en 2015), il convient ensuite, pour chacun de ces établissements pré-ciblés, d'examiner leur situation vis-à-vis des gestes marqueurs de la liste MSAP.

Il est tenu compte du potentiel absolu (nombre de séjours réalisable en ambulatoire par référence à la moyenne régionale) et de l'écart entre le taux de l'établissement et la moyenne régionale et/ou le meilleur taux de la région pour le geste considéré.

- Afin de ne pas exclure certaines particularités pouvant déboucher sur une MSAP, en complément de la méthode articulant objectifs CPOM et liste des gestes marqueurs, 4 types d'investigations sont effectués :
 - Analyse des gestes marqueurs dont le taux de chirurgie ambulatoire est nul et le potentiel d'interventions significatif dans l'année,
 - Etude spécifique sur les nouveaux gestes marqueurs,
 - Potentiel par geste marqueur les plus importants,
 - Etudes spécifiques des gestes marqueurs pour lesquels des MSAP antérieures avaient donné des résultats globalement positifs (arthroscopie du genou, hernies inguinales, varices, cholécystectomies, chirurgie de l'utérus, lithotritie extracorporelle, cataracte).

Une consolidation du ciblage est réalisée avec les données les plus récentes disponibles afin de mieux appréhender les dernières tendances

Il est enfin tenu compte du contexte lié à chaque établissement sélectionné.

B – CAMPAGNE DE MSAP HORS CHIRURGIE AMBULATOIRE

D'autres thèmes peuvent être soumis à la procédure de mise sous accord préalable et visent à s'assurer de la pertinence :

- du mode de prise en charge : hospitalisations de jour en médecine,
- des actes ouvrant droit au forfait SE,
- de la prescription d'un séjour en SSR à la suite d'actes de chirurgie orthopédique programmée (arthroplastie du genou, chirurgie réparatrice de la coiffe des rotateurs, de la ligamentoplastie du genou, d'arthroplastie de la hanche pour arthrose ou fracture et des fractures trochantériennes),
- des actes déjà soumis à accord préalable dans la CCAM : la chirurgie bariatrique
- des actes non soumis à accord préalable, accompagnés et priorisés nationalement : chirurgie du syndrome du canal carpien, amygdalectomies, cholécystectomies, thyroïdectomies, appendicectomies, césariennes.

La liste des actes est amenée à s'élargir progressivement selon une sélection nationale : examens d'imagerie, examens pré-anesthésiques, chirurgie des lombalgies, de la cataracte, angioplasties coronaires...

Campagne de MSAP SSR

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

Les enjeux visés au niveau national par la MSAP SSR, sont une amélioration de la pertinence des séjours en SSR et notamment :

- d'améliorer la qualité des soins aux patients : éviter des soins inutiles et leurs conséquences, assurer une équité de traitement (variation des pratiques),
- d'améliorer l'organisation des soins : pertinence des parcours de soins, réorganisation de l'offre, articulation hôpital/ville/médico-social,
- de diminuer l'impact économique des soins par la même diminution des actes inutiles et de leurs conséquences, pour arriver à une amélioration de la qualité des soins, ainsi qu'à une diminution des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à l'hospitalisation en SSR,
- d'atteindre à terme (2018) au niveau national, les taux de 20 % des patients pris en charge en ville à la suite d'une pose de prothèse de genou pour arthrose et de 45 % sur la rééducation à domicile en général, pour un gain de 40 millions d'euros.

La MSAP porte sur l'établissement prescripteur des soins de suite et de réadaptation et sur un ou plusieurs des 6 gestes orthopédiques ci-dessous énumérés :

- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou (PTG) en 1ère intention,
- Chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule,
- Ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA) du genou,
- Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche (PTH) en 1ère intention hors fracture du col du fémur,
- Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur,
- Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur.

Les établissements prescripteurs sont ciblés de la façon suivante :

- Pour chaque établissement et pour chacun des 6 gestes orthopédiques concernés, est d'abord examiné le taux d'orientation en SSR (mutations, transferts et entrées dans les 60 jours après passage à domicile) sur la totalité des séjours MCO.
 - Sur chacun des 6 gestes orthopédiques concernés, un taux moyen régional d'orientation en SSR est calculé. Ce taux est appliqué pour tous les établissements, par geste, au nombre de séjours MCO réalisés. Cela génère un nombre théorique d'orientations en SSR par geste pour chaque établissement.
 - L'écart (= potentiel) entre ce nombre et celui réel d'orientations en SSR est étudié.

- Les établissements qui ont un taux d'orientation en SSR supérieur à la moyenne régionale sur le geste, sont pré-ciblés en retenant le critère des potentiels de transfert les plus importants par rapport à la moyenne.
- L'articulation avec le déploiement du programme PRADO orthopédie (adhésion de l'établissement à la démarche PRADO, nombre d'inclusions) est également prise en compte.

Il est tenu compte du contexte lié à chaque établissement sélectionné.

Campagne de MSAP Pertinence des actes

Au regard des données de l'année 2015, une campagne de MSAP pertinence des actes sera mise en œuvre sur un ou plusieurs des actes suivants :

- chirurgie du syndrome du canal carpien,
- amygdalectomies,
- cholécystectomies,
- thyroïdectomies,
- appendicectomies,

Le critère principal de ciblage des établissements retenu pour cette campagne régionale est

- une proportion élevée d'actes réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé, évaluée sur des critères spécifiques à chaque acte sélectionné

Il est tenu compte du contexte lié à chaque établissement sélectionné.



17 boulevard Gaston Doumergue – CS 56233
44262 Nantes Cedex 2
Tél. 02 49 10 40 00 - www.ars.paysdelaloire.sante.fr

Date de la publication

Juillet 2016

Référence du document

Arrêté ARS/PDL/DG/2016/36

Suivi par

**Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins
Commission Régionale de Gestion du Risque**

ARRETE N° ARS-PDL/DG/2016-023

Portant délégation de signature

À M. Pascal DUPERRAY

Directeur de l'accompagnement et des soins

Pour la période du samedi 13 août 2016 au jeudi 21 août 2016

La Directrice Générale

De l'Agence Régionale de Santé

Des Pays de la Loire

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la défense ;

Vu le code de la fonction publique ;

Vu la convention collective nationale du travail du 8 février 1957 du personnel des organismes de sécurité sociale ;

Vu la loi n°2004-374 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, modifiée ;

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

Vu la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

Vu l'ordonnance n°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 ;

Vu le décret n°97-34 du 18 janvier 1997 relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles modifié ;

Vu l'article L. 1432-2 du code de la santé publique définissant les pouvoirs du Directeur Général de l'Agence régionale de santé ;

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

Vu le décret du 2 octobre 2014 nommant Mme Cécile COURREGES, directrice générale de l'ARS des Pays de la Loire à compter du 29 octobre 2014 ;

Vu la décision du 1^{er} avril 2010 de la directrice générale de l'ARS des Pays de la Loire nommant M. Christophe DUVAUX, directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé.

Vu la décision du 6 décembre 2012 de la directrice générale de l'ARS des Pays de la Loire nommant M. Pascal DUPERRAY, directeur de l'accompagnement et des soins de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire à compter du 10 décembre 2012 ;

Considérant l'absence simultanée de Mme Cécile COURREGES et de M. Christophe DUVAUX pour la période du samedi 13 août 2016 au jeudi 21 août 2016.

ARTICLE 1 :

Délégation de signature est donnée à M. Pascal DUPERRAY, Directeur de l'accompagnement et des soins à l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire, afin de signer durant la période du samedi 13 août 2016 au jeudi 21 août 2016, en l'absence de Mme Cécile COURREGES et de M. Christophe DUVAUX, tous les actes, courriers, arrêtés, engagements financiers, décisions en matière de personnel, nominations, relevant de la compétence de l'Agence régionale de Santé des Pays de la Loire ;

ARTICLE 2 :

Le présent arrêté fera l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le 12 JUL. 2016

La Directrice Générale
de l'Agence régionale de santé

Cécile COURREGES

N° ARS-PDL/DAS/ASR/433/2016/85

DECISION

Accordant au GIE IRM Libéral de Vendée la prolongation de l'autorisation portant sur l'appareil d'IRM actuellement en fonctionnement dans les locaux de la clinique Saint-Charles à La Roche sur Yon

La directrice générale de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire

VU le code de la santé publique, et notamment les articles L 1431-2, L 1432-2, L 6114-2, L 6122-1 à L 6122-14-1, R 6122-23 à R 6122-44 et D 6122-38,

VU l'arrêté ARS/PDL/DG/SRUP/2012/0029 en date du 9 mars 2012 portant adoption du projet régional de santé des Pays de la Loire complété par les arrêtés ARS/PDL/DG/SRUP/2013/0062 du 9 mars 2013, ARS/PDL/DG/DRUP/2014/0084 du 10 mars 2014, ARS/PDL/DG/DRUP/2015/0027 du 13 mars 2015 et ARS/PDL/DG/DPRS/2016/012 du 25 mars 2016,

VU la décision n° 2009/0116 de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire en date du 17 décembre 2009 accordant au GIE IRM Libéral de Vendée l'autorisation pour le remplacement de l'appareil d'IRM installé sur le site de la clinique Saint-Charles par un nouvel appareil d'une puissance de 1,5 tesla,

VU la décision ARS-PDL/DAS/ASR/388/2015/85 de la directrice générale de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire en date du 09 juillet 2015, accordant au GIE IRM Libéral de Vendée l'autorisation pour le remplacement de l'appareil d'IRM General Electric Signa 1,5 tesla HDxt installé sur le site de la clinique Saint-Charles par un nouvel appareil polyvalent d'une puissance de 1,5 tesla, ainsi que la prolongation de l'autorisation susvisée du 17 décembre 2009 jusqu'au 06 septembre 2016,

VU la demande formulée par le GIE IRM Libéral de Vendée le 23 mai 2016 sollicitant la prolongation jusqu'au 06 septembre 2017 de l'autorisation portant sur l'appareil d'IRM actuellement en fonctionnement dans les locaux de la clinique Saint-Charles à La Roche sur Yon,

CONSIDERANT que la poursuite d'activité de l'appareil d'IRM autorisé le 17 décembre 2009 répond aux besoins de la population identifiés par le schéma régional d'organisation des soins,

CONSIDERANT que le GIE IRM Libéral de Vendée n'est pas en mesure de procéder au remplacement de l'appareil d'IRM General Electric Signa 1,5 tesla HDxt avant l'échéance de l'autorisation portant sur l'équipement à remplacer, fixée au 06 septembre 2016,

CONSIDERANT que les conditions techniques d'implantation et de fonctionnement proposées sont satisfaisantes,

Décide

Article 1 : L'autorisation délivrée au GIE IRM Libéral de Vendée, portant sur l'appareil d'IRM General Electric Signa 1,5 tesla HDxt installé sur le site de la clinique Saint-Charles est prolongée de un an à compter du 06 septembre 2016.

.../...

Article 2 : Cette décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois :

- d'un recours gracieux auprès de la directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS, Pays de la Loire, CS 56233, 44262 NANTES Cedex 2) ;
- d'un recours hiérarchique auprès de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (14, avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP) ;
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Nantes (CS 24111 NANTES Cedex).

Le délai de recours prend effet :

- pour l'intéressé, à compter de la date de notification du présent arrêté ;
- pour les tiers, à compter de la date de publication du présent arrêté.

Ces recours ne suspendent pas l'application de la présente décision.

Article 3 : La directrice générale de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région.

Fait à Nantes

Le 13 JUL. 2016

Le directeur de l'accompagnement et des soins,



Pascal DUPERRAY



DIRECTION ACCOMPAGNEMENT ET SOINS
Accès aux soins de recours

N° ARS-PDL/DAS/ASR/494/2016/44

Arrêté

Portant renouvellement d'autorisations

La directrice générale de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire

VU le code de la santé publique et notamment l'article L. 6122-10,

Arrête

Article 1 : Les autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds figurant en annexe sont renouvelées suivant la procédure de renouvellement d'autorisation tacite fixée à l'article L 6122-10 du code de la santé publique.

Article 2 : La directrice générale de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région.

Fait à Nantes
le 13 JUIL. 2016

Le directeur de l'accompagnement et des soins,


Pascal DUPERRAY

Annexe à l'arrêté n° ARS-PDL/DAS/ASR/494/2016/44

Loire-Atlantique

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation renouvelée le 20 mai 2011 avec effet à compter du 20 mai 2012 au profit de la Polyclinique de l'Atlantique, pour l'exercice de l'activité de soins de chirurgie en hospitalisation complète, dans les locaux de l'établissement situé avenue Claude Bernard à Saint-Herblain, est tacitement renouvelée en date du 20 mai 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 20 mai 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation renouvelée le 20 mai 2011 avec effet à compter du 20 mai 2012 au profit de la Polyclinique de l'Atlantique, pour l'exercice de l'activité de soins de gynécologie obstétrique en hospitalisation complète, dans les locaux de l'établissement situé avenue Claude Bernard à Saint-Herblain, est tacitement renouvelée en date du 20 mai 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 20 mai 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation renouvelée le 21 juin 2011 avec effet à compter du 21 juin 2012 au profit de la S.A. Clinique Brétéché pour l'exercice des activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, selon les modalités de prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation et de transfert des embryons en vue de leur implantation, dans les locaux de l'établissement situé 3 rue de la Béraudière à Nantes, est tacitement renouvelée en date du 21 juin 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 21 juin 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation accordée le 24 août 2004 au profit de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest, pour le remplacement de la gamma caméra de marque SMV, type DST XL installée dans les locaux du centre René Gauducheau situé boulevard Jacques Monod à Saint-Herblain, est tacitement renouvelée en date du 22 mars 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 22 mars 2017, pour une durée de cinq ans. Cette décision annule et remplace, suite à erreur intervenue dans la rédaction, la décision portant sur cet équipement matériel lourd incluse dans le précédent arrêté de renouvellement d'autorisation tacite n° ARS-PDL/DAS/ASR/203/2016/44 du 28 avril 2016.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation renouvelée le 24 juin 2011 avec effet à compter du 24 juin 2012 au profit de la Polyclinique de l'Europe, pour l'exercice de l'activité de soins de médecine en hospitalisation complète, dans les locaux de l'établissement situé 33, boulevard de l'Université à Saint-Nazaire est tacitement renouvelée en date du 24 juin 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 24 juin 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation renouvelée le 04 juillet 2011 avec effet à compter du 04 juillet 2012 au profit de la SELAS CYTOGEN pour l'exercice de l'activité de diagnostic prénatal portant sur les analyses de cytogénétiques y compris les analyses de cytogénétique moléculaire, sur le site du Laboratoire CYTOGEN situé 3, rue Marconi à Saint-Herblain, est tacitement renouvelée en date du 04 juillet 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 04 juillet 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation renouvelée le 21 juin 2011 avec effet à compter du 21 juin 2012 au profit du Laboratoire BIOLANCE pour l'activité biologique d'assistance médicale à la procréation selon la modalité de préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle, sur le site de la polyclinique de l'Atlantique, avenue Claude Bernard à Saint-Herblain, est tacitement renouvelée en date du 21 juin 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 21 juin 2017, pour une durée de cinq ans.



Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation renouvelée le 21 juin 2011 avec effet à compter du 21 juin 2012 au profit du Laboratoire BIOLANCE pour l'exercice des activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, selon les modalités suivantes :

- activités relatives à la fécondation in-vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation des ovocytes et la FIV avec ou sans micromanipulation - conservation des embryons en vue d'un projet parental
- préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle, sur le site de la Clinique Brétéché, 3 rue de la Béraudière à Nantes, est tacitement renouvelée en date du 21 juin 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 21 juin 2017, pour une durée de cinq ans.

Maine et Loire

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, les autorisations renouvelées tacitement le 03 avril 2011 avec effet à compter du 03 avril 2012, au profit du centre hospitalier de Saumur pour l'exercice de l'activité de soins de psychiatrie générale selon les modalités hospitalisation complète, placement familial thérapeutique, et hospitalisation à temps partiel de nuit, dans les locaux de l'établissement situé route de Fontevraud à Saumur, sont tacitement renouvelées en date du 03 avril 2016. Ces renouvellements prendront effet à compter du 03 avril 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, les autorisations renouvelées le 25 juin 2013 sur décision de la directrice générale de l'agence régionale de santé au profit du centre hospitalier de Saumur, pour l'exercice de l'activité de soins de psychiatrie générale et infanto-juvénile en hospitalisation à temps partiel de jour dans les locaux situés 106 rue du Mouton à Saumur, sont tacitement renouvelées en date du 03 avril 2016. Ces renouvellements prendront effet à compter du 03 avril 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation accordée le 23 juillet 2010 au profit du centre hospitalier de Saumur et mise en œuvre le 11 avril 2012, pour l'exercice de l'activité de soins de suite avec mention de prise en charge spécialisée des affections cardiovasculaires en hospitalisation à temps partiel dans les locaux de l'établissement situé route de Fontevraud à Saumur, est tacitement renouvelée en date du 11 avril 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 11 avril 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation accordée le 15 mai 2008 avec mise en œuvre à compter du 03 avril 2012, au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers pour l'activité biologique d'assistance médicale à la procréation portant sur la modalité de conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux sur le site de l'établissement, 4 rue Larrey à Angers est tacitement renouvelée en date du 3 avril 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 3 avril 2017, pour une durée de cinq ans.

Mayenne

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation accordée le 30 décembre 2009 au profit du GIE Centre de médecine nucléaire de la Mayenne, pour l'exploitation d'une gamma caméra installée dans les locaux de la Polyclinique du Maine et mise en œuvre le 03 mai 2012, est tacitement renouvelée en date du 03 mai 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 03 mai 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation accordée le 28 octobre 2009 au profit de la S.A. Polyclinique du Maine pour l'exercice de l'activité de soins de traitement du cancer selon la pratique thérapeutique de la chimiothérapie, dans les locaux de l'établissement situé 4 avenue des Français Libres à Laval, est tacitement renouvelée en date du 04 avril 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 04 avril 2017, pour une durée de cinq ans.



Vendée

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation accordée le 25 juin 2007 et mise en œuvre le 02 avril 2012, au profit l'Association pour l'Expansion des Centres d'Hémodialyse de l'Ouest (ECHO) pour l'exercice de l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique, par la pratique de l'épuration extrarénale selon la modalité d'autodialyse assistée dans les locaux de l'établissement situé 3, rue Emilio Segré à Challans, est tacitement renouvelée en date du 02 avril 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 02 avril 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, les autorisations renouvelées le 31 mai 2011 avec effet au 31 mai 2012, au profit du centre hospitalier Loire Vendée Océan, pour l'exercice des activités de soins d'anesthésie et chirurgie ambulatoires dans les locaux de l'établissement situé boulevard Guérin à Challans, sont tacitement renouvelées en date du 31 mai 2016. Ces renouvellements prendront effet à compter du 31 mai 2017, pour une durée de cinq ans.

Par application des dispositions de l'article L 6122-10 du code de la santé publique, l'autorisation renouvelée le 13 mai 2011 avec effet à compter du 13 mai 2012, au profit de l'Hôpital des Collines Vendéennes devenu Groupe public hospitalier et médico-social des Collines Vendéennes pour l'activité de médecine en hospitalisation complète sur le site de l'établissement, 9 avenue Maréchal Leclerc à La Châtaigneraie, est tacitement renouvelée en date du 13 mai 2016. Ce renouvellement prendra effet à compter du 13 mai 2017, pour une durée de cinq ans.



Arrêté n°ARS-PDL/DAS/AMS-PH/2016/24/85

autorisant le groupe public hospitalier et médico-social (GPHMS) des Collines Vendéennes (N° FINESS : 85 002 586 7) à créer, à titre expérimental et en partenariat avec l'association ORGHANDI, une équipe mobile de médicalisation répondant aux besoins de soins liés au vieillissement des personnes en situation de handicap accompagnées dans les foyers de vie, les EHPA et les SAVS des territoires de Pouzauges, La Châtaigneraie, Fontenay le Comte, Chantonay.

**La Directrice générale de l'Agence
Régionale de Santé des Pays de la Loire**

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la Sécurité Sociale ;

Vu le Code de la Santé Publique ;

Vu le décret du 2 octobre 2014 portant nomination de Madame Cécile Courrèges, en qualité de directrice générale de l'ARS Pays de la Loire, à compter du 29 octobre 2014 ;

Vu le plan d'actions régional relatif à l'accompagnement médico-social des personnes handicapées vieillissantes ;

Vu l'avis d'appel à projet en date du 21 décembre 2015 relatif à la création en Vendée à titre expérimental de deux équipes mobiles territoriales de médicalisation répondant aux besoins de soins liés au vieillissement des personnes handicapées ;

Vu le projet déposé par le groupe public hospitalier et médico-social (GPHMS) des Collines Vendéennes en partenariat avec l'association ORGHANDI ;

Vu l'avis consultatif de la commission de sélection d'appel à projet médico-social, en date du 14 juin 2016 et publié le 24 juin 2016 ;

CONSIDERANT la compatibilité de cette autorisation avec les orientations du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), tel que prévu à l'article L.312-5-2 du code de l'action sociale et des familles ;

CONSIDERANT la compatibilité de cette création avec les autorisations d'engagement notifiées par la CNSA pour les années 2015 et 2016 ;

SUR proposition du Directeur de l'Accompagnement et des Soins de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire ;

ARRETE

ARTICLE 1 : A compter du 1^{er} octobre 2016, le groupe public hospitalier et médico-social (GPHMS) des Collines Vendéennes (N° FINESS : 85 002 586 7) est autorisé à gérer, à titre expérimental et en partenariat avec l'association ORGHANDI, un dispositif dénommé « Equipe mobile de médicalisation » répondant aux besoins de soins liés au vieillissement des personnes handicapées ;

ARTICLE 2 : L'équipe mobile de médicalisation s'adresse aux personnes en situation de handicap vieillissantes (âgées de 45 ans minimum au moment de l'admission) et dont les besoins en soins liés au vieillissement, nécessitent la mise en œuvre d'un plan de soins coordonné, ces personnes sont :

- principalement, des résidents de foyer de vie en attente d'une place en Foyer d'accueil médicalisé ;
- à titre subsidiaire,
 - des personnes accompagnées à domicile par un SAVS en attente d'une place en SAMSAH,
 - des personnes accompagnées à domicile par un SAVS en attente d'une place en Foyer d'accueil médicalisé,
 - des personnes reconnues en situation de handicap, de moins de 60 ans, accueillies en EHPA pour lesquels l'offre de soins en libéral ou en SSIAD ne constitue pas une réponse adaptée.

ARTICLE 3 : L'équipe mobile de médicalisation a vocation à intervenir dans l'ensemble des foyers de vie, EHPA et SAVS des territoires de Pouzauges, La Châtaigneraie, Fontenay le Comte, Chantonay ;

ARTICLE 4 : L'équipe mobile de médicalisation est autorisée pour une durée de trois ans au titre des établissements et services à caractère expérimental visés au 12° de l'article L.312 du Code de l'Action sociale et des familles et fera l'objet d'une évaluation annuelle ;

ARTICLE 5 : Les caractéristiques du service seront répertoriées dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (F.I.N.E.S.S) de la façon suivante :

N° FINESS secondaire : 85 002 638 6	
Code discipline	691
Mode de fonctionnement	16
Code clientèle	010
Capacité totale en file active	20

ARTICLE 6 : Toute modification essentielle dans l'activité, l'organisation, la direction ou le fonctionnement du service devra être portée à la connaissance de l'autorité administrative conformément aux dispositions de l'article L.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

ARTICLE 7 : Cette autorisation est valable sous réserve du résultat de la visite de conformité aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

ARTICLE 8 : Dans un délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté, cette décision peut faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès de mes services,
- d'un recours hiérarchique auprès des Ministres concernés,
- d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Nantes (6, allée de l'Ile-Gloriette CS 24111 44041 Nantes Cedex)

Ces recours ne suspendent pas l'application de la présente décision ;

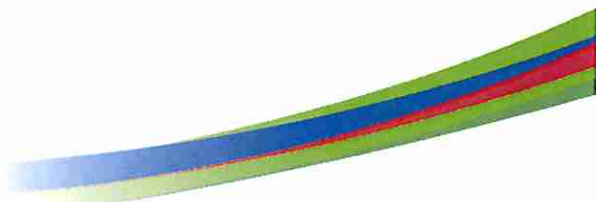
ARTICLE 9 : La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et le Directeur de l'établissement sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture des Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le 19 JUIL. 2016

La Directrice Générale de l'Agence Régionale
de Santé des Pays de la Loire,

Cécile COURREGES

3



Direction Régionale des Entreprises,
de la Concurrence, de la Consommation,
du Travail et l'Emploi
Pays de la Loire



PRÉFET DE LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE

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

ARRÊTÉ N° 2016/DIRECCTE/ 392

Relatif aux taux d'intervention en faveur des contrats aidés

Le préfet de la Région Pays de la Loire

Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

- VU** le code du travail et notamment ses articles L. 5134-20 à L. 5134-34 et L. 5134-65 à L. 5134-73 qui disposent que l'État peut attribuer une « aide à l'insertion professionnelle » au bénéfice de contrats de travail appelés, respectivement, « contrats d'accompagnement dans l'emploi » (CAE) et « contrats initiative-emploi » (CIE) ;
- VU** les articles R. 5134-42 et R. 5134-65 du code du travail qui disposent que les montants des aides financières accordées au titre des « aides à l'insertion professionnelle » conclues en application des dispositions prévues aux articles L. 5134-20 à L. 5134-34 (CAE) et L. 5134-65 à L. 5134-73 (CIE) du code du travail, sont fixés par un arrêté du préfet de région ;
- VU** la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, notamment son article 21 instituant le contrat unique d'insertion et le décret n° 2009-1442 du 25 novembre 2009 relatif au contrat unique d'insertion ;
- 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 ;
- Considérant** la concertation entre les partenaires du service public de l'emploi de la région Pays-de-la-Loire, afin de définir les modalités de prise en charge des « aides à l'insertion professionnelle » versées au titre des CUI-CAE et des CUI-CIE ;
- Sur** proposition du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ;

ARRÊTE

CONTRAT D'ACCOMPAGNEMENT DANS L'EMPLOI (CAE)

Article 1^{er} – Publics et taux applicables

Pour le **contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE)**, le montant des aides prévues par l'article R. 5134-42 du code du travail, est défini comme suit :

CUI-CAE Publics bénéficiaires		Taux de prise en charge en % du taux horaire brut du salaire minimum de croissance (SMIC)
Publics jeunes, non bénéficiaires des minima sociaux	Jeunes de 16 à 25 ans révolus, domiciliés dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) ou en zone de revitalisation rurale (ZRR) et présentant des difficultés d'insertion	80 %
	Jeunes de 16 à 25 ans révolus, bénéficiaires du CIVIS , ou de l'accord national interprofessionnel du 7 avril 2011 (article 1 ^{er} , les décrocheurs) ou de la garantie jeunes	60 %
Demandeurs d'emploi en difficulté (catégories A et B), non bénéficiaires des minima sociaux (RSA, ASS et AAH)	Demandeurs d'emploi domiciliés en QPV ou ZRR	80 %
	Demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés domiciliés en QPV ou ZRR	
	Demandeurs d'emploi de très longue durée (24 mois d'inscription minimum au cours des 36 derniers mois)	
	Demandeurs d'emploi de plus de 50 ans	
	Demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés	70 %
	Demandeurs d'emploi de longue durée (12 mois d'inscription minimum au cours des 24 derniers mois)	60 %
Bénéficiaires des minima sociaux	Bénéficiaires du RSA socle cofinancé, de l'ASS et de l'AAH	80 %
Autres publics	Personnes accueillies dans les ateliers des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (tous publics y compris bénéficiaires des minima sociaux)	90 %
	Jeunes de 18 à 30 ans révolus, embauchés en CAE comme adjoints de sécurité	70 %
	Demandeurs d'emploi en difficulté bénéficiant d'un agrément en cours au sein d'un ACI	
	Publics sous main de justice	60 %

Article 2 – Engagement de l'employeur

La conclusion du CAE est **conditionnée à l'engagement de l'employeur** à mener des actions de **formation, d'aide à l'insertion et/ou de mise en place de périodes de mises en situation en milieu professionnel**. Le **renouvellement du CAE ne peut être accordé que dans l'intérêt du salarié** et s'il a été constaté que **l'employeur a bien mené les actions initialement prévues**.

Article 3 – Durée et renouvellement du contrat

La **durée** de « l'aide à l'insertion professionnelle » d'un premier CAE en contrat à durée déterminée sera de **9 mois** pour un recrutement d'une durée équivalente.

Le prescripteur veillera à ce que :

- en amont du contrat et en lien avec le conseiller référent qui attribue l'aide, un **projet professionnel** cohérent soit défini, ainsi que les compétences à acquérir et les actions de formation correspondantes,
- l'employeur prenne des **engagements qualitatifs** importants relatifs notamment à l'intégration, le tutorat, l'accompagnement professionnel, et s'engage sur les formations professionnalisantes correspondant au projet défini.

La durée de « l'aide à l'insertion professionnelle » des CAE sera de **24 mois** pour les recrutements sous **contrat à durée indéterminée** conclu initialement ou en cas de transformation de contrat à durée déterminée en contrat à durée indéterminée (dans la limite de 24 mois).

Pour les recrutements d'**adjoints de sécurité** et par dérogation, la durée de « l'aide à l'insertion professionnelle » est de **24 mois** avec une durée hebdomadaire de prise en charge égale à **35 heures**.

En cas de **renouvellement(s)**, la durée de « l'aide à l'insertion professionnelle » du CAE ne peut excéder 24 mois au total.

Le **1^{er} renouvellement** sera d'une durée **minimum de 6 mois et maximum de 9 mois**.

Ces durées ne font pas obstacle à l'application des dérogations prévues pour certains publics, conformément à l'article L. 5134-23-1 du code du travail.

Article 4 – Règles applicables aux recrutements dans l'Éducation nationale

Quel que soit le public concerné, la prise en charge des CUI-CAE de l'Éducation nationale s'effectue sur la base d'un taux d'intervention de **70 % plafonné à 20 heures hebdomadaires**.

Ce taux spécifique s'applique aux CAE **recrutés par les établissements d'enseignement, publics ou privés**, à savoir :

- les établissements publics locaux d'enseignement (EPLE) ;
- les établissements privés sous contrat (sous forme d'associations ou de fondations), **uniquement dans le cadre d'accompagnement des élèves handicapés**. Pour les autres recrutements, les règles de droit commun s'appliquent.

Par exception, pour l'ensemble de ces établissements, la durée de « l'aide à l'insertion professionnelle » initiale sera de **10 mois maximum**, sans être inférieure à 6 mois.

Afin de permettre la correspondance entre la durée de la convention et celle de l'année scolaire, le **renouvellement** pourra être inférieur à **6 mois**.

La durée de l'aide à l'insertion professionnelle ne pourra excéder 24 mois au total.

Les aides destinées à l'**accompagnement des élèves handicapés** peuvent être accordées pour une durée de **24 mois**.

Article 5 – Durée hebdomadaire de travail

La prise en charge par l'État des aides prévues aux articles L. 5134-30 et L. 5134-30-1 du code du travail, s'effectuera dans la limite maximale de la durée hebdomadaire de travail de **20 heures pour les « aides à l'insertion professionnelle »**. Par dérogation, pour tous les publics visés par l'arrêté et domiciliés dans un **QPV** ou en **ZRR**, cette limitation peut être portée à **26 heures**.

Article 6 – Dérogation

En outre, une dérogation à hauteur maximale de **3 %** du nombre d'entrées programmées par département, est autorisée pour les personnes rencontrant des difficultés particulières d'insertion et identifiées par les prescripteurs. Cette dérogation porte uniquement sur les publics : elle ne concerne ni les taux d'intervention, ni les durées des « aides à l'insertion professionnelle ». Le taux d'intervention retenu sera alors de **60 %** du taux horaire brut du salaire minimum de croissance (SMIC).

CONTRAT INITIATIVE EMPLOI (CIE)

Article 7 – Publics et taux applicables

Pour le **contrat initiative emploi (CIE)**, l'aide prévue par l'article R. 5134-65 du code du travail est attribuée pour la conclusion d'un contrat à durée indéterminée ou d'un contrat à durée déterminée de **9 mois** au minimum. Son montant est défini comme suit :

CUI-CIE Publics bénéficiaires		Taux de prise en charge en % du taux horaire brut du salaire minimum de croissance (SMIC)
Bénéficiaires des minima sociaux	Bénéficiaires du RSA socle cofinancé âgés de plus de 30 ans, de l'ASS ou de l'AAH	40 %
Résidents des QPV et ZRR de 30 ans et plus	Demandeurs d'emploi de plus de 50 ans (6 mois d'inscription minimum au cours des 12 derniers mois)	30 %
	Demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés	
	Demandeurs d'emploi de très longue durée (24 mois d'inscription minimum au cours des 36 derniers mois)	
Demandeurs d'emploi en difficulté bénéficiant d'un agrément en cours au sein d'un ACI		25 %

Article 8 – Durée et renouvellement

La durée de « l'aide à l'insertion professionnelle » des CIE sera de **9 mois** pour les recrutements en **contrat à durée déterminée** d'une durée au moins équivalente. Cette durée de 9 mois pourra être portée à **12 mois** en cas de transformation d'un contrat à durée déterminée en **contrat à durée indéterminée**.

Elle sera de **12 mois** pour les recrutements sous contrat à durée indéterminée conclu initialement.

Pour les salariés âgés de 58 ans ou plus, le contrat à durée déterminée et la durée de « l'aide à l'insertion professionnelle » pourront être renouvelés, conformément aux dispositions de l'article L. 5134-69-1 du code du travail.

Article 9 – Le CIE-Starter

CIE-Starter Publics bénéficiaires	Taux de prise en charge en % du taux horaire brut du salaire minimum de croissance (SMIC)
Jeunes de moins de 30 ans en difficulté d'insertion ET qui présentent au moins l'une des caractéristiques suivantes : - résident des quartiers prioritaires de la politique de la ville, - bénéficiaire du RSA socle, - travailleur handicapé, - avoir été suivis dans les douze derniers mois dans le cadre d'un dispositif 2^{ème} chance (garantie jeunes, écoles de la deuxième chance, EPIDE, formation 2^{ème} chance), - avoir bénéficié dans les douze derniers mois d'un emploi d'avenir dans le secteur non marchand à condition que le CIE-Starter soit conclu en CDI.	45 %

La durée de « l'aide à l'insertion professionnelle » des CIE-Starter sera de **6 mois** pour les recrutements en **contrat à durée déterminée** d'une durée au moins équivalente et de **12 mois** pour les recrutements en **contrat à durée indéterminée**. La durée de « l'aide à l'insertion professionnelle » pourra être portée à **12 mois** en cas de transformation d'un contrat à durée déterminée en **contrat à durée indéterminée**.

Pour les jeunes de moins de 30 ans en difficulté d'insertion qui résident en quartier prioritaire de la politique de la ville, la durée de « l'aide à l'insertion professionnelle » au CIE-Starter pourra être de **6 à 24 mois** pour les recrutements en **contrat à durée déterminée** d'une durée équivalente et de 24 mois pour les recrutements en **contrat à durée indéterminée**. La durée de « l'aide à l'insertion professionnelle » pourra être portée à **24 mois** en cas de transformation d'un contrat à durée déterminée en **contrat à durée indéterminée**.

Article 10 – Durée hebdomadaire de travail

La prise en charge par l'État des aides prévues aux articles L. 5134-72 et L. 5134-72-1 du code du travail, s'effectuera dans la limite maximale de la durée hebdomadaire de travail de **32 heures** pour les « aides à l'insertion professionnelle ». Par dérogation et pour tous les publics visés par l'arrêté et domiciliés dans un **QPV** ou en **ZRR**, cette limitation peut être portée à **35 heures**.

Article 11 – Dérogation

En outre, une dérogation à hauteur maximale de **3 %** du nombre d'entrées programmées par département, est autorisée pour les personnes rencontrant des difficultés particulières d'insertion et identifiées par les prescripteurs. Cette dérogation porte uniquement sur les publics : elle ne concerne ni les taux d'intervention, ni les durées des « aides à l'insertion professionnelle ». Le taux d'intervention retenu sera alors de **25 %** du taux horaire brut du salaire minimum de croissance (SMIC).

Article 12 – Date d’effet

Le présent arrêté annule et remplace l’arrêté n° 2016/DIRECCTE/6 du 28 janvier 2016. Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur le lendemain de la date de publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Pays-de-la-Loire.

Il s’applique à compter de cette date aux « aides à l’insertion professionnelle » initiales ainsi qu’aux renouvellements de celles précédemment accordées.

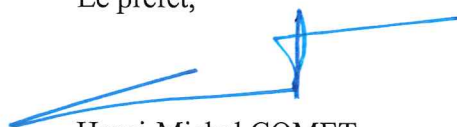
Lors du renouvellement d’un CUI, sont éligibles les publics au regard de leur situation à l’entrée en CUI initial, mais à l’aune de l’arrêté en cours.

Article 13 – Exécution du présent arrêté

La secrétaire générale pour les affaires régionales et le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l’emploi sont chargés de l’exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Pays de la Loire et des préfectures de chaque département de la région.

Fait à Nantes, le 18 JUIL. 2016

Le préfet,



Henri-Michel COMET

Direction Régionale de l'Alimentation,
de l'Agriculture et de la Forêt



PREFET DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE

*Direction régionale de l'alimentation,
de l'agriculture et de la forêt*

**Service régional de l'agriculture, de la
forêt et des territoires**

ARRÊTÉ DRAAF n°2016/ 393

relatif aux engagements agro-environnementaux et climatiques et en agriculture biologique de la région Pays de la Loire soutenus par l'État en 2015

Le préfet de la région Pays de la Loire
Officier de la légion d'honneur
Officier de l'ordre national du mérite

VU le règlement (UE) n°1303/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 portant dispositions communes relatives au Fonds européen de développement régional, au Fonds social européen, au Fonds de cohésion, au Fonds européen agricole pour le développement rural et au Fonds européen pour les affaires maritimes et la pêche, portant dispositions générales applicables au Fonds européen de développement régional, au Fonds social européen, au Fonds de cohésion et au Fonds européen pour les affaires maritimes et la pêche, et abrogeant le règlement (CE) n° 1083/2006 du Conseil, ci-après dénommé règlement cadre ;

VU le règlement (UE) n°1306/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 relatif au financement, à la gestion et au suivi de la politique agricole commune ;

VU le règlement (UE) n°1305/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 relatif au soutien au développement rural par le Fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER) ;

VU le règlement délégué (UE) n° 640/2014 de la Commission du 11 mars 2014 complétant le règlement (UE) n°1306/2013 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne le système intégré de gestion et de contrôle, les conditions relatives au refus ou au retrait des paiements et des sanctions administratives applicables aux paiements directs, le soutien au développement rural et la conditionnalité ;

VU le règlement délégué (UE) n° 807/2014 de la Commission du 11 mars 2014 complétant le règlement (UE) n°1305/2013 du Parlement européen et du Conseil relatif au soutien au développement rural par le Fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER) et introduisant des dispositions transitoires ;

VU le règlement d'exécution (UE) n° 809/2014 de la Commission du 17 juillet 2014 établissant les modalités d'application du règlement (UE) n°1306/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 relatif au financement, à la gestion et au suivi de la politique agricole commune ;

VU la décision d'exécution de la Commission européenne C(2015) 4531 du 02 juillet 2015 portant approbation du cadre national de la France ;

VU la décision d'exécution de la Commission européenne C(2015) 6093 du 28 août 2015 portant approbation du programme de développement rural de la région des Pays de la Loire en vue d'un soutien du Fonds européen agricole pour le développement rural ;

VU le Code Rural et de la Pêche Maritime, notamment les articles D.341-7 à D. 341-10 relatifs aux mesures agro-environnementales et climatiques et aux mesures en faveur de l'agriculture biologique ;

VU la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration, et notamment son article 10 ;

VU la loi n°2014-58 du 27 janvier 2014 relative à la modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, notamment son article 78 ;

VU le décret n°2015-445 du 16 avril 2015 relatif à la mise en œuvre des programmes de développement rural pour la période 2014-2020 ;

VU le décret n°2014-580 du 03 juin 2014 relatif à la gestion de tout ou partie des fonds européens pour la période 2014-2020 ;

VU l'instruction technique 2015 Mesures Agro-environnementales et Climatiques (MAEC) et aides à l'agriculture biologique du 10 décembre 2015 ;

VU l'arrêté n°2014/DRAAF/368 du 29 décembre 2014 donnant délégation de signature du Préfet de région à Mme Claudine LEBON, Directrice Régionale de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt des Pays de la Loire ;

VU l'arrêté préfectoral du 30 octobre 2015, portant approbation du Schéma régional de Cohérence Écologique, approuvé par délibération du Conseil régional du 16 octobre 2015 ;

VU les délibérations du 1^{er} juin 2015 et du 09 novembre du Conseil Régional des Pays de la Loire relatives à la mise en œuvre des mesures agro-environnementales et climatiques (MAEC), complétées par les décisions du 21/10/2015, du 28/10/2015 et du 27/11/2015 ;

VU la délibération du 1^{er} juin 2015 du Conseil Régional des Pays de la Loire relative à la mise en œuvre de l'agriculture biologique ;

Considérant l'avis rendu par la Commission Régionale Agro-Environnementale et Climatique du 25 février 2015, instance régionale de concertation sur l'agro-environnement ;

Considérant la décision prise en Commission Permanente du Conseil Régional des Pays de la Loire le 1^{er} juin 2015 de prendre toutes dispositions pour assurer le bon déroulement de la campagne MAEC et BIO 2015 en tant que gestionnaire des crédits FEADER ;

Considérant qu'il appartient au Préfet de région de préciser les conditions d'intervention des crédits du Ministère en charge de l'agriculture pour les mesures agro-environnementales et les mesures en agriculture biologique, en fonction des priorités définies au niveau régional et des crédits affectés à ces dispositifs ;

SUR proposition de la directrice régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt ;

A R R Ê T E

Article 1^{er} : Objet

Le présent arrêté a pour objet de fixer, pour la région Pays de la Loire et pour l'année 2015, les conditions techniques et financières d'attribution des aides du Ministère de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la forêt (MAAF) dans le cadre des mesures 10 (Agro-environnement - Climat) et 11 (Agriculture biologique) du plan de développement rural des Pays de la Loire.

Article 2 : Mesures agro-environnementales et climatiques (MAEC) zonées

En application de l'article 28 du règlement (UE) n° 1305/2013 du Parlement Européen et du Conseil du 17 décembre 2013, des engagements dans des mesures agro-environnementales et climatiques peuvent être demandés par les exploitants agricoles pour la mise en œuvre de chacune de ces mesures sur les surfaces qu'ils exploitent au sein des territoires retenus, quelle que soit la localisation du siège d'exploitation.

Article 2-1 : Territoires et MAEC retenus

La région des Pays de la Loire a choisi, en lien avec les impératifs d'aménagement de son territoire, une gestion des MAEC en fonction des enjeux environnementaux relatifs à la préservation de la qualité de l'eau et de la biodiversité. Conformément au cadrage national, ces enjeux ont été déclinés au sein de trois Zones d'Actions Prioritaires (ZAP) :

- l'enjeu « préservation de la biodiversité » est mis en œuvre sur une ZAP recouvrant les réservoirs de biodiversité identifiés au titre du Schéma Régional de Cohérence Écologique (SRCE), incluant les territoires classés Natura 2000. L'objectif est de préserver les sites Natura 2000 et de renforcer la cohérence écologique du réseau Natura 2000,
- l'enjeu « amélioration de la qualité de l'eau » est mis en œuvre sur une ZAP qui regroupe :
 - les captages prioritaires pour la ressource en eau potable (préservation et reconquête) ;
 - les zones d'action renforcées vis-à-vis de la pollution par les nitrates ;
 - les bassins versants prioritaires vis-à-vis de la pollution par les phytosanitaires et nitrates pour l'atteinte des objectifs de la DCE et du SDAGE.
- l'enjeu « maintien des prairies permanentes remarquables » (MPPR) est mis en œuvre sur une ZAP ouverte sur tout le territoire régional. Toutefois, le périmètre du territoire ouvert en 2015 sur cette ZAP est précisé dans la notice de territoire « MPPR » validée le 01/06/2015. L'objectif est d'encourager les pratiques extensives qui vont au-delà des règles de maintien de prairies permanentes. Cet enjeu concourt également à la mise en œuvre des deux enjeux précédents.

Le MAAF cofinance en 2015 toutes les mesures ouvertes dans les Projets Agro-Environnementaux et Climatiques (PAEC) des territoires qui s'inscrivent dans les trois ZAP identifiées ci-dessus, dans la limite des crédits disponibles.

Les territoires et les MAEC retenus pour un financement par le MAAF en 2015 sont précisés en annexe 1.

Les notices de territoire ont été validées par délibération de la commission permanente du 1^{er} juin 2015 du Conseil Régional des Pays de la Loire. Les notices spécifiques de chacune de ces mesures figurent dans les décisions du Président du Conseil Régional des Pays de la Loire des 21/10/2015, 28/10/2015 et 27/11/2015. Elles sont consultables sur le site Internet : <http://www.draaf.pays-de-la-loire.agriculture.gouv.fr> et sont également disponibles sur simple demande auprès de la direction départementale des territoires (et de la mer) (DDT-M) concernée.

Article 2-2 : Plafonds

Les aides versées sur ces territoires par le MAAF à un demandeur au titre des MAEC sont plafonnées à concurrence d'un montant annuel par exploitation, défini dans le tableau ci-après :

Famille de mesures	Descriptif des mesures concernées	Plafond MAAF à l'exploitation
Mesures de maintien de pratiques adaptées aux enjeux : mesures-système et mesures localisées	<u>Enjeux Biodiversité et MPPR :</u> - mesures parcellaires de niveau 1 - mesure-systèmes herbagers pastoraux (SHP)	1 875 €
	<u>Enjeu Eau :</u> - mesures linéaires et parcellaires, - mesure-systèmes Polyculture Élevage (SPE)-Maintien	937,50 €
Mesures systèmes d'évolution des pratiques 1^{er} niveau	SPE herbivores-évolution 1, SPE céréales, SPE monogastriques, Systèmes Grandes Cultures (SCG) niveau 1	1 250 €
Mesures systèmes d'évolution des pratiques 2^{ème} niveau	SPE herbivores-évolution 2, SGC niveau 2	1 875 €
Mesures localisées à enjeu environnemental de niveau 2	<u>Enjeu Biodiversité :</u> Mesures localisées cumulant plusieurs Types d'Opération (TO) exigeants environnementalement : absence de fertilisation, conversion de cultures en prairies, entretien de haies, mares, arbres ou ripisylves, maintien de l'eau dans les baisses , etc.	5 000 € <i>(dont 1 875€ maximum de niveau 1)</i>
Mesures localisées à enjeu environnemental de niveau 3	<u>Enjeu Biodiversité :</u> Mesures localisées <u>en zones humides</u> les plus exigeantes environnementalement : maintien tardif de l'eau dans les baisses (mai), gestion des fossés, création de bandes-refuges pour l'avifaune, entretien des arbres têtards, etc...	7 500 € <i>(dont 5 000€ maximum de niveau 2 et 1 875€ maximum de niveau 1)</i>

Les plafonds annuels par exploitation, pour chaque territoire et mesure retenus, figurent à l'annexe 1. Ces plafonds par exploitation :

- ne s'appliquent pas aux entités collectives,
- ne s'appliquent pas aux surfaces reprises en cours de contrat à un autre exploitant qui les avait engagées en MAET ou MAEC,
- englobent tous les montants des MAE actives, y compris ceux des MAET souscrites au cours de la programmation précédente,
- ne sont pas cumulables, mais les mesures peuvent être combinées pour atteindre le plafond le plus élevé auquel l'exploitant peut prétendre (système de plafonds gigognes),
- sont cumulables avec les plafonds prévus pour l'agriculture biologique, sauf pour les mesures construites avec les Types d'Opération suivants : Herbe13, COUVERT, Herbe03, PHYTO.

Tout engagement qui conduirait à dépasser le plafond en première année d'engagement ne sera pas financé au-delà du plafond le plus élevé auquel un exploitant peut prétendre. Toutefois, les exploitants dont plus de 90% de la Surface Agricole Utile est localisée sur le périmètre du territoire éligible à Herbe13, en particulier ceux qui rencontrent des difficultés dans l'élaboration de leur plan d'épandage ou dans le maintien d'un niveau de production de fourrage suffisant pour leur cheptel, pourront solliciter auprès de la DDT-M concernée un réexamen de leur dossier pour un éventuel déplafonnement du niveau 1, dans la limite du plafond du niveau 2 (5000 €).

Pour les GAEC, le montant maximum des aides défini ci-dessus peut être multiplié par le nombre d'associés remplissant les critères individuels d'éligibilité.

Lorsqu'un territoire compte des surfaces situées dans une autre région, si ces surfaces font l'objet d'un PAEC distinct, elles peuvent être engagées en MAEC (hors mesures-systèmes) selon les critères retenus dans cette autre région.

Lorsqu'un exploitant s'engage dans une mesure-système alors qu'une partie de son exploitation se trouve sur un autre territoire ou dans une autre région, la notice spécifique et les critères de plafonnement sont ceux du territoire ou de la région où le pourcentage de SAU est majoritaire.

Les modalités de cumul entre les différents types de mesures répondent aux exigences du Document Cadre National.

Article 2-3 : Rémunération et financement

Le montant de chaque mesure que peut solliciter un demandeur individuel figure dans les décisions du Président du Conseil Régional des Pays de la Loire des 21/10/2015, 28/10/2015 et 27/11/2015.

Le MAAF cofinance toutes les mesures ouvertes sur les ZAP déclinées sur chacun des trois enjeux :

- enjeu « Biodiversité » : 25 % du montant total,
- enjeu « Eau » : 12,5 % du montant total,
- enjeu « MPPR » : 25 % du montant total.

Le FEADER est mobilisé en cofinancement des crédits du MAAF au taux de cofinancement prévu à l'article 59 du règlement (UE) n° 1305/2013, soit 75 %.

Les engagements juridiques interviennent dans la limite des crédits qui sont affectés à ces dispositifs et dans l'ordre des critères de priorisation retenus dans chaque territoire.

Chaque engagement juridique individuel fait l'objet d'une décision de la DDT-M service instructeur.

Article 3 : Mesures en faveur de l'agriculture biologique

En application de l'article 29 du règlement (UE) n° 1305/2013 du Parlement Européen et du Conseil du 17 décembre 2013, des engagements dans les mesures en faveur de l'agriculture biologique peuvent être demandés par les exploitants agricoles dont le siège d'exploitation est situé dans la région Pays de la Loire.

Article 3-1 : Mesures retenues

Les engagements retenus pour un financement par le MAAF relèvent de deux types d'opération :

- conversion à l'agriculture biologique (CAB) ;
- maintien de l'agriculture biologique (MAB).

Les notices spécifiques correspondantes, validées par délibération de la commission permanente du 1^{er} juin 2015 du Conseil Régional des Pays de la Loire, sont disponibles sur simple demande auprès de la DDT-M concernée.

Lorsqu'un exploitant s'engage dans une mesure en faveur de l'agriculture biologique alors qu'une partie de son exploitation se trouve dans une autre région, la notice spécifique et les critères de plafonnement sont ceux de la région où le pourcentage de SAU est majoritaire.

Article 3-2 : Plafonds

Les aides versées par le MAAF à un demandeur sont plafonnées à concurrence d'un montant annuel par bénéficiaire et par type d'opération suivant :

- 1 875,00 € par an et par exploitation au titre du Maintien de l'agriculture biologique ;
- 3 750,00 € par an et par exploitation au titre de la Conversion à l'agriculture biologique ;
- 3 750,00 € par an et par exploitation au titre des opérations cumulées de conversion et de maintien de l'agriculture biologique.

Tout engagement qui conduirait à dépasser le plafond en première année d'engagement ne sera pas financé au-delà du plafond le plus élevé auquel un exploitant peut prétendre.

Pour les GAEC, le montant maximum des aides défini ci-dessus peut être multiplié par le nombre d'associés remplissant les critères individuels d'éligibilité.

Article 3-3 : Rémunération et financement

Le montant des mesures que peut solliciter un demandeur individuel figure dans les notices spécifiques validées par délibération de la commission permanente du 1^{er} juin 2015 du Conseil Régional des Pays de la Loire.

Le MAAF cofinance ces engagements à hauteur de 25 % du montant total, dans la limite des crédits disponibles.

Le FEADER est mobilisé en cofinancement des crédits du MAAF au taux de cofinancement maximum prévu à l'article 59 du règlement (UE) n° 1305/2013, soit 75 %.

Chaque engagement juridique individuel fait l'objet d'une décision de la DDT-M service instructeur.

Article 4 : Exécution

La secrétaire générale pour les affaires régionales, la directrice régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt, les directeurs départementaux des territoires (et de la mer) et le délégué régional de l'agence de services et de paiement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région des Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le

18 JUIL. 2016

Henri-Michel COMET

ANNEXE 1 : Territoires et MAEC retenus par le MAAF pour un financement en 2015

Zone d'Action Prioritaire BIODIVERSITÉ/SRCE :

Zone relative à la qualité de l'environnement (Natura 2000)

Territoires Zone Humide	MAEC	Plafond annuel de crédits MAAF par exploitation
Marais de Guérande et du Mès (44)	PL_GUER_ZH1A	1 875 €
	PL_GUER_ZH2A	5 000 €
	PL_GUER_MO1A	1 875 €
	PL_GUER_RP2A	5 000 €
	PL_GUER_MS2A	5 000 €
	PL_GUER_MA2A	5 000 €
Grande Brière et Marais de Donges (44)	PL_BRIE_SHP2	5 000 €
	PL_BRIE_ZH1A	1 875 €
	PL_BRIE_ZH2A	5 000 €
	PL_BRIE_MO1A	1 875 €
	PL_BRIE_ZH2B	5 000 €
	PL_BRIE_ZH2C	5 000 €
	PL_BRIE_ZH2D	5 000 €
	PL_BRIE_ZH2E	5 000 €
	PL_BRIE_RO3A	7 500 €
	PL_BRIE_BR3A	7 500 €
Marais de Grand-Lieu (44)	PL_LIEU_ZH1A	1 875 €
	PL_LIEU_ZH2A	5 000 €
	PL_LIEU_ZH2B	5 000 €
	PL_LIEU_ZH2C	5 000 €
	PL_LIEU_MO1A	1 875 €
	PL_LIEU_BR3A	7 500 €
Marais de l'Erdre (44)	PL_ERDR_ZH1A	1 875 €
	PL_ERDR_ZH2A	5 000 €
	PL_ERDR_ZH2B	5 000 €
	PL_ERDR_ZH2C	5 000 €
	PL_ERDR_MO2A	5 000 €
	PL_ERDR_MO2B	5 000 €
	PL_ERDR_RO3A	7 500 €
	PL_ERDR_BR3A	7 500 €
Marais de Goulaine (44)	PL_GOUL_ZH1A	1 875 €
	PL_GOUL_ZH1B	1 875 €
	PL_GOUL_ZH2A	5 000 €
	PL_GOUL_ZH3A	7 500 €
	PL_GOUL_MO1A	1 875 €
	PL_GOUL_MO2A	5 000 €
	PL_GOUL_RO3A	7 500 €
	PL_GOUL_BR3A	7 500 €
Marais de l'Estuaire de la Loire, de Haute Perche et de Giguennais (44)	PL_ESTU_ZH1A	1 875 €
	PL_ESTU_ZH2A	5 000 €
	PL_ESTU_ZH2B	5 000 €
	PL_ESTU_MO1A	1 875 €
	PL_ESTU_RO3A	7 500 €
	PL_ESTU_BR3A	7 500 €
	PL_ESTU_AR3A	7 500 €
Marais de Redon et Vilaine - en Pays de la Loire (44)	PL_VILA_ZH1A	1 875 €
	PL_VILA_ZH2A	5 000 €
	PL_VILA_ZH2B	5 000 €
	PL_VILA_MO3A	7 500 €
	PL_VILA_GC2A	5 000 €
	PL_VILA_OU2B	5 000 €
	PL_VILA_HA2A	5 000 €
	PL_VILA_BR3A	7 500 €

Vallée de la Loire, de Nantes aux Ponts de Cé (Loire aval – 44/49)	PL_VALL_ZH1A	1 875 €
	PL_VALL_ZH2A	5 000 €
	PL_VALL_ZH2B	5 000 €
	PL_VALL_ZH2C	5 000 €
	PL_VALL_ZH2D	5 000 €
	PL_VALL_ZH2E	5 000 €
	PL_VALL_MO2A	5 000 €
	PL_VALL_MO2B	5 000 €
	PL_VALL_BR3A	7 500 €
	PL_VALL_HA2A	5 000 €
Les Basses Vallées Angevines (49)	PL_LBVA_ZH1A	1 875 €
	PL_LBVA_ZH1B	1 875 €
	PL_LBVA_ZH2A	5 000 €
	PL_LBVA_ZH2B	5 000 €
	PL_LBVA_MO2A	5 000 €
	PL_LBVA_BR3A	7 500 €
	PL_LBVA_HA2A	5 000 €
Vallée de la Loire, des Ponts de Cé à Montsoreau, vallée du Thouet (Loire amont - 49)	PL_LOAM_ZH1A	1 875 €
	PL_LOAM_ZH2A	5 000 €
	PL_LOAM_ZH2B	5 000 €
	PL_LOAM_MO2A	5 000 €
	PL_LOAM_MO2B	5 000 €
	PL_LOAM_MO2C	5 000 €
	PL_LOAM_MO2D	5 000 €
	PL_LOAM_HE2A	5 000 €
	PL_LOAM_IL2A	5 000 €
	PL_LOAM_HA2A	5 000 €
	PL_LOAM_AR2A	5 000 €
	PL_LOAM_AR2B	5 000 €
	PL_LOAM_MA2A	5 000 €
Marais Breton (85)	PL_BRET_ZH1A	1 875 €
	PL_BRET_ZH2A	5 000 €
	PL_BRET_ZH2C	5 000 €
	PL_BRET_ZH3A	7 500 €
	PL_BRET_MS2A	5 000 €
	PL_BRET_RP2A	5 000 €
	PL_BRET_MO1A	1 875 €
	PL_BRET_MO2A	5 000 €
	PL_BRET_MO2C	5 000 €
	PL_BRET_MO3A	7 500 €
	PL_BRET_BR3A	7 500 €
	PL_BRET_FO3A	7 500 €
	PL_BRET_MA2A	5 000 €
Marais du Jaunay (85)	PL_MJAU_ZH1A	1 875 €
	PL_MJAU_ZH2A	5 000 €
	PL_MJAU_MO1A	1 875 €
	PL_MJAU_BR3A	7 500 €
Marais des Olonnes (85)	PL_MOLO_ZH1A	1 875 €
	PL_MOLO_ZH2A	5 000 €
	PL_MOLO_ZH2B	5 000 €
	PL_MOLO_HE2A	5 000 €
	PL_MOLO_MS2A	5 000 €
	PL_MOLO_MO2A	5 000 €
	PL_MOLO_MO2B	5 000 €

Marais de Talmont (85)	PL_MTAL_ZH1A	1 875 €
	PL_MTAL_ZH2A	5 000 €
	PL_MTAL_ZH3A	7 500 €
	PL_MTAL_HE3A	7 500 €
	PL_MTAL_ZH2B	5 000 €
	PL_MTAL_ZH3B	7 500 €
	PL_MTAL_MS2A	5 000 €
	PL_MTAL_MO2A	5 000 €
Marais Poitevin - en Pays de la Loire (85)	PL_MAPO_ZH1A	1 875 €
	PL_MAPO_ZH2A	5 000 €
	PL_MAPO_MO1A	1 875 €
	PL_MAPO_MO2A	5 000 €
	PL_MAPO_HE2A	5 000 €
	PL_MAPO_MI2A	5 000 €
	PL_MAPO_RA3A	7 500 €
	PL_MAPO_RP2A	5 000 €
	PL_MAPO_BR3A	7 500 €
	PL_MAPO_BA3A PL_MAPO_BA3B	Financement PITE prioritaire Si besoin d'un financement MAAF, application des plafonds de 5000 € (niveau 2) et 7500 € (niveau 3)
Territoires Hors Zone Humide	MAEC	Plafond annuel de crédits MAAF par exploitation
Champagnes de Méron et plaines de Douvy – en Pays de la Loire (49)	PL_MERO_HE2A PL_MERO_HE2B PL_MERO_HE2C	5 000 € 5 000 € 5 000 €
Bocages de Montsûrs à la forêt de Sillé le Guillaume (53)	PL_MONT_HA2A PL_MONT_AR2A PL_MONT_AR2B PL_MONT_AR2C	5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 €
Bocages de Javron forêt de la Monnaie à Javron les Chapelles (53)	PL_JAVR_HA2A PL_JAVR_AR2A PL_JAVR_AR2B PL_JAVR_AR2C	5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 €
Vallée du Sarthon et ses affluents – en Pays de la Loire (53)	PL_SART_HE1A PL_SART_HE1B PL_SART_HE2A PL_SART_HE2B PL_SART_ZH1A PL_SART_ZH2A PL_SART_ZH2B PL_SART_ZH2C PL_SART_GC2A PL_SART_GC2B PL_SART_HA2A PL_SART_RI2A PL_SART_FO2A PL_SART_PE2A	1 875 € 1 875 € 5 000 € 5 000 € 1 875 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 €
Corniche de Pail, forêt de Multonne – en Pays de la Loire (53)	PL_PAIL_HE1A PL_PAIL_HE2A PL_PAIL_HE2B PL_PAIL_ZH1A PL_PAIL_ZH2A PL_PAIL_ZH2B PL_PAIL_ZH2C PL_PAIL_GC2A PL_PAIL_GC2B PL_PAIL_LA2A PL_PAIL_HA2A PL_PAIL_PE2A	1 875 € 5 000 € 5 000 € 1 875 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 € 5 000 €

Alpes Mancelles – en Pays de la Loire (53-72)	PL_ALMA_HE1A	1 875 €
	PL_ALMA_HE1B	1 875 €
	PL_ALMA_HE2B	5 000 €
	PL_ALMA_GC1A	1 875 €
	PL_ALMA_GC2A	5 000 €
	PL_ALMA_LA2A	5 000 €
Bocages de Sillé le Guillaume, à la forêt de Grande Charnie (72)	PL_SIGU_HE2A	5 000 €
	PL_SIGU_HA2A	5 000 €
	PL_SIGU_AR2A	5 000 €
	PL_SIGU_AR2B	5 000 €
	PL_SIGU_AR2C	5 000 €
Bocages de Perseigne au nord de la forêt de Perseigne (72)	PL_PERS_HE2A	5 000 €
	PL_PERS_HA2A	5 000 €
	PL_PERS_AR2A	5 000 €
	PL_PERS_AR2B	5 000 €
	PL_PERS_AR2C	5 000 €
Châtaigneraies à Osmoderma Eremita au sud du Mans (72)	PL_CHAT_VE2A	5 000 €
	PL_CHAT_HA2A	5 000 €
	PL_CHAT_AR2A	5 000 €
	PL_CHAT_AR2B	5 000 €
	PL_CHAT_AR2C	5 000 €
	PL_CHAT_AR2D	5 000 €
	PL_CHAT_AR2E	5 000 €
Vallée du Loir (72)	PL_LOIR_ZH1A	1 875 €
	PL_LOIR_ZH1B	1 875 €
	PL_LOIR_ZH1C	1 875 €
	PL_LOIR_ZH2A	5 000 €
	PL_LOIR_ZH2B	5 000 €
	PL_LOIR_HE1A	1 875 €
	PL_LOIR_HE2A	5 000 €
	PL_LOIR_GC2B	5 000 €
	PL_LOIR_HA2A	5 000 €
	PL_LOIR_AR2A	5 000 €
	PL_LOIR_AR2B	5 000 €
	PL_LOIR_MA2A	5 000 €
	PL_LOIR_RI2A	5 000 €
Haute Vallée de la Sarthe – en Pays de la Loire (72)	PL_HVSA_HE1A	1 875 €
	PL_HVSA_HE2A	5 000 €
	PL_HVSA_ZH1A	1 875 €
	PL_HVSA_ZH2A	5 000 €
	PL_HVSA_ZH2B	5 000 €
	PL_HVSA_ZH2C	5 000 €
	PL_HVSA_ZH2D	5 000 €
	PL_HVSA_GC1A	1 875 €
	PL_HVSA_GC2A	5 000 €
	PL_HVSA_AR2A	5 000 €
	PL_HVSA_AR2B	5 000 €
	PL_HVSA_PE2A	5 000 €
Vallée du Rutin, coteau de Chaumiton, étang de Saosnes et forêt de Perseigne (72)	PL_RUTI_HE1A	1 875 €
	PL_RUTI_HE1B	1 875 €
	PL_RUTI_HE2A	5 000 €
	PL_RUTI_GC2A	5 000 €
	PL_RUTI_GC2B	5 000 €
	PL_RUTI_PS2A	5 000 €
Plaines calcaires du Sud-Vendée (85)	PL_PCAL_GC2A	5 000 €
	PL_PCAL_GC2B	5 000 €
	PL_PCAL_GC2C	5 000 €
	PL_PCAL_GC2D	5 000 €

Zone d'Action Prioritaire EAU :

Zone relative à la qualité de la ressource en eau.

Territoire Enjeu Eau	MAEC	Plafond annuel de crédits MAAF par exploitation
Captage de Freigné (49)	PL_FREI_SPM1 PL_FREI_SPE1 PL_FREI_SPE2 PL_FREI_SPE5	937,50 € 1 250 € 1 875 € 1 250 €
Bassins versants du Layon moyen, de l'Aubance et du Louet (49)	PL_LAYO_SPM1 PL_LAYO_SPE1 PL_LAYO_SPE2 PL_LAYO_SPE5 PL_LAYO_SPE9 PL_LAYO_SGN1 PL_LAYO_SGN2	937,50 € 1 250 € 1 875 € 1 250 € 1 250 € 1 250 € 1 875 €
	PL_LAYO_VI01 PL_LAYO_VI02 PL_LAYO_VI03 PL_LAYO_VI04	937,50 €
Bassin Versant du captage du Ribou- Verdon en Pays de la Loire (49)	PL_RIBO_SPM1 PL_RIBO_SPE1 PL_RIBO_SPE2 PL_RIBO_SPE5 PL_RIBO_SPE9	937,50 € 1 250 € 1 875 € 1 250 € 1 250 €
Captage de Rucette en Pays de la Loire (49)	PL_RUCT_SPM1 PL_RUCT_SPE1 PL_RUCT_SPE2 PL_RUCT_SPE5	937,50 € 1 250 € 1 875 € 1 250 €
Bassin versant de l'Airon-pont juhel en Pays de la Loire (53)	PL_AIRO_SPM1 PL_AIRO_SPE1 PL_AIRO_SPE2 PL_AIRO_SPE5 PL_AIRO_SPE9	937,50 € 1 250 € 1 875 € 1 250 € 1 250 €
Bassins d'alimentation des 4 captages du Grand Rousson, de l'Ecrille et de la Fortinière – région de Chéméré le roi (53)	PL_CHEM_SPM1 PL_CHEM_SPE1 PL_CHEM_SPE2 PL_CHEM_SPE5 PL_CHEM_SPE9	937,50 € 1 250 € 1 875 € 1 250 € 1 250 €
Bassin versant de la Colmont - amont en Pays de la Loire (53)	PL_COLM_SPM1 PL_COLM_SPE1 PL_COLM_SPE2 PL_COLM_SPE9	937,50 € 1 250 € 1 875 € 1 250 €
Bassin d'alimentation de la prise d'eau d'Ernée (53)	PL_ERNE_SPM1 PL_ERNE_SPE1 PL_ERNE_SPE2	937,50 € 1 250 € 1 875 €
Bassins d'alimentation des captages de Vaubourgeuil, Tertre-Suhard, Les Ormeaux – commune de st pierre sur orthe (53)	PL_ORTH_SPM1 PL_ORTH_SPE1 PL_ORTH_SPE2 PL_ORTH_SPE5 PL_ORTH_SPE9	937,50 € 1 250 € 1 875 € 1 250 € 1 250 €
Bassin d'alimentation du captage de la Houlberdière, commune de Torcé Viviers en Charnie (53)	PL_TORC_SPM1 PL_TORC_SPE1 PL_TORC_SPE2 PL_TORC_SPE5 PL_TORC_SPE9 PL_TORC_SGN1	937,50 € 1 250 € 1 875 € 1 250 € 1 250 € 1 250 €

Bassin versant de l'Angle Guignard (85)	PL_ ANGL_ SPM1	937,50 €
	PL_ ANGL_ SPE1	1 250 €
	PL_ ANGL_ SPE2	1 875 €
	PL_ ANGL_ SPE5	1 250 €
	PL_ ANGL_ SPE9	1 250 €
	PL_ ANGL_ SGN1	1 250 €
	PL_ ANGL_ SGN2	1 875 €
Bassin d'alimentation d'Apremont (85)	PL_ APRE_ SPM1	937,50 €
	PL_ APRE_ SPE1	1 250 €
	PL_ APRE_ SPE2	1 850 €
	PL_ APRE_ SPE5	1 250 €
	PL_ APRE_ SPE9	1 250 €
	PL_ APRE_ SGN1	1 250 €
	PL_ APRE_ SGN2	1 875 €
Bassin versant de la Bultière (85)	PL_ BULT_ SPM1	937,50 €
	PL_ BULT_ SPE1	1 250 €
	PL_ BULT_ SPE2	1 875 €
	PL_ BULT_ SPE5	1 250 €
	PL_ BULT_ SPE9	1 250 €
Bassin versant de Rochereau (85)	PL_ ROCH_ SPM1	937,50 €
	PL_ ROCH_ SPE1	1 250 €
	PL_ ROCH_ SPE2	1 875 €
	PL_ ROCH_ SPE5	1 250 €
	PL_ ROCH_ SPE9	1 250 €

Zone d'Action Prioritaire MAINTIEN DES PRAIRIES PERMANENTES REMARQUABLES :

Zone relative à la préservation des prairies naturelles par un pâturage extensif.

Territoire	MAEC	Plafond annuel de crédits MAAF par exploitation
Territoire « MPPR » (se référer à la notice de territoire 2015)	PL_MPPR_SHP1	1 875 €

Direction Régionale de l'Environnement,
de l'Aménagement et du Logement



PREFET DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE

DIRECTION REGIONALE DE L'ENVIRONNEMENT
DE L'AMENAGEMENT ET DU LOGEMENT EN PAYS DE LA LOIRE
Service ressources naturelles et paysages
Division biodiversité

ARRÊTÉ 2016/DREAL/n° 394
portant renouvellement de la composition des membres
du Conseil Scientifique Régional du Patrimoine Naturel (CSRPN)

Le préfet de la région Pays de la Loire
Officier de la légion d'honneur
Officier de l'ordre national du mérite

VU l'article L. 411-5 et les articles R. 411-22 à R. 411-30 du code de l'environnement ;

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 du département ;

VU la circulaire DNP/CC n°2004-1 du 26 octobre 2004 sur la mise en œuvre du décret n° 2004-292 du 26 mars 2004 relatif au Conseil scientifique régional du patrimoine naturel (CSRPN) et modifiant le code de l'environnement ;

VU l'arrêté préfectoral 2010/DREAL n°584 du 30 décembre 2010 portant renouvellement du conseil scientifique régional du patrimoine naturel ;

VU l'arrêté préfectoral 2014/DREAL n°70 du 15 avril 2014 portant modification de la composition des membres du conseil scientifique régional du patrimoine naturel ;

VU l'arrêté préfectoral DREAL n°324 du 23 décembre 2015 portant prorogation du conseil scientifique régional du patrimoine naturel ;

VU l'avis favorable du président du conseil régional des Pays de la Loire en date du 13 juillet 2016 ;

SUR la proposition de la directrice régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement ;

.../...

ARRETE

Article 1er :

Le Conseil scientifique régional du patrimoine naturel (CSRPN) de la région Pays de la Loire est renouvelé.

Article 2 :

Le Conseil scientifique régional du patrimoine naturel peut être saisi pour avis par le préfet de région ou le président du Conseil régional, sur toute question relative à l'inventaire et à la conservation du patrimoine naturel de la région, et notamment :

- la valeur scientifique des inventaires du patrimoine naturel lors de leur élaboration ou de leur mise à jour,
- les propositions de listes régionales d'espèces protégées prévues à l'article L.411-2 du code de l'environnement,
- la délivrance d'autorisations portant sur des espèces protégées, en application des articles L.411-1 et L.411-2 du code de l'environnement,
- les orientations régionales de gestion de la faune sauvage et d'amélioration de la qualité de ses habitats prévues à l'article L.421-7 du code de l'environnement,
- toute question relative au réseau Natura 2000, défini à l'article L.414-1 du code de l'environnement,
- le plan de gestion et les modifications de l'état des lieux ou de l'aspect de réserves naturelles,
- la création, la modification des limites ou de la réglementation, de l'état ou l'aspect de réserves naturelles régionales ainsi que leurs plans de gestion.

Article 3 :

Le Conseil scientifique régional du patrimoine naturel se réunit au moins deux fois par an à l'initiative soit de son président, si au moins la moitié de ses membres le demande, soit du préfet de région, soit du président du Conseil régional.

Article 4 :

Sont désignés en qualité de personnalités qualifiées pour siéger au sein du Conseil scientifique régional du patrimoine naturel, à raison de leurs compétences scientifiques :

- Monsieur Cédric BAUDRAN, spécialiste en ornithologie, herpétologie (amphibiens et reptiles) et écologie forestière,
- Monsieur Willy CHENEAU, spécialiste en concertation et médiation environnementale, géographie rurale, gestion des milieux naturels, ouverture au public des espaces naturels,
- Monsieur Hervé DANIEL, spécialiste en écologie des paysages urbains et périurbains, trames vertes, botanique et végétation des milieux aquatiques,
- Monsieur Hugues DESTOUCHES, spécialiste en ornithologie, herpétologie, mammalogie, entomologie (odonates) et gestion des zones humides,
- Monsieur Laurent GODET, spécialiste en biogéographie et écologie marine,
- Monsieur Franck HERBRECHT, spécialiste en entomologie (éco-éthologie, coléoptères, odonates et lépidoptères),

- Monsieur Pascal LACROIX, spécialiste en botanique (plantes supérieures) et phytosociologie.
- Monsieur Gilles MOURGAUD, spécialiste en ornithologie, mammalogie (chiroptères), entomologie (orthoptères, odonates), herpétologie, malacologie (mollusques terrestres) et botanique (phanérogames, ptéridophytes),
- Monsieur Guillaume PAIN, spécialiste en écologie du paysage en lien avec l'agroécologie, l'écoagriculture et les trames écologiques,
- Monsieur Serge REGNAULT, spécialiste en géologie, paléontologie, minéralogie et patrimoine géologique,
- Monsieur Jean-Guy ROBIN, spécialiste en archéozoologie des oiseaux, batracologie, entomologie, gestion des zones humides et des espèces dunaires,
- Monsieur Bertrand TROLLIET, spécialiste en ornithologie (oiseaux d'eau),
- Monsieur Olivier VANNUCCI, spécialiste en ornithologie, entomologie (orthoptère, odonates, rhopalocères), mammalogie (particulièrement chiroptères), herpétologie et batrachologie,
- Madame Priscilla DECOTTIGNIES, spécialiste en biologie animale, biologie et écologie trophique, fonctionnement des écosystèmes côtiers.
- Madame Françoise DEBAINE, spécialiste en biogéographie des espaces littoraux.
- Monsieur Philippe FERARD, spécialiste en botanique et phytosociologie.
- Monsieur Philippe EVRARD, spécialiste en herpétologie et batrachologie.
- Monsieur Jérôme TOURNEUR, spécialiste en botanique, entomologie (odonates, orthoptères, diptères syrphidae), cécidologie et arachnologie.
- Monsieur Benjamin MÊME-LAFOND, spécialiste en mammalogie (particulièrement chiroptères), herpétologie, entomologie (odonates, orthoptères) et ornithologie.
- Monsieur Olivier PAYS-VOLARD, spécialiste en écologie animale et gestion de la biodiversité.
- Monsieur Marek BANASIAK, spécialiste en biologie des populations et des écosystèmes.
- Monsieur Jean-Marc GILLIER, spécialiste en batrachologie, ichtyologie, botanique, ornithologie et gestion des espaces naturels.
- Madame Adeline LEPOULTIER, spécialiste en botanique et phytosociologie.
- Monsieur Rémi BOUTELOUP, spécialiste en entomologie (odonates, lépidoptères) et batrachologie.
- Madame Magali PERRIN, spécialiste en mammalogie (principalement mammifères semi-aquatiques), batrachologie, entomologie (lépidoptères et odonates), gestion des zones humides, Znieff et Trames verte et bleue.
- Monsieur Alain TEXIER, spécialiste en mammalogie (particulièrement chiroptères et Loutre d'Europe), ornithologie, batrachologie et zones humides.
- Monsieur Olivier CLEMENT, spécialiste en gestion des milieux naturels (milieux bocagers), concertation et médiation environnementale, faune cynégétique, herpétologie, entomologie (odonates).
- Monsieur Pierre YÉSOU, spécialiste en ornithologie, gestion durable des ressources naturelles, gestion des espaces naturels protégés.
- Monsieur David QUINTON, spécialiste en biologie des milieux aquatiques d'eau douce.

Article 5 :

Le mandat des membres du Conseil scientifique régional du patrimoine naturel est de 5 ans, renouvelable. En cas de démission, de décès ou de révocation, il sera procédé à leur remplacement. Le mandat d'un nouveau membre expire à la date à laquelle aurait normalement pris fin celui de son prédécesseur.

Article 6 : Les membres du Conseil scientifique régional du patrimoine naturel élisent un président et des vice-présidents.

Article 7 : Le président du Conseil scientifique régional du patrimoine naturel, peut, en tant que de besoins, associer aux réunions plénières tous les représentants d'organismes qualifiés ou toutes personnalités susceptibles de l'éclairer.

Article 8 : Les membres du Conseil scientifique régional du patrimoine naturel adoptent un règlement intérieur.

Article 9 : La Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement assure le secrétariat du Conseil scientifique régional du patrimoine naturel.

Article 10 :

La secrétaire générale pour les affaires régionales et la directrice régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région des Pays de la Loire.

Nantes, le 21 JUL. 2008



Henri-Michel COMET

Secrétariat Général
pour les Affaires régionales

Pays de la Loire



PREFET DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE

ARRÊTÉ N° SGAR/DREAL/SIAL/2016/030 - 391

portant agrément des communes d'Herbignac, La Turballe et Saint-Lyphard (LOIRE-ATLANTIQUE) au bénéfice du dispositif prévu à l'article 199 *novovicies* du code général des impôts ;

Le préfet de la région Pays de la Loire
Officier de la légion d'honneur
Officier de l'ordre national du mérite

- VU le code général des impôts, notamment son article 199 *novovicies* ;
- VU le décret n°2013-517 du 19 juin 2013 relatif à la réduction des plafonds de loyer et à l'agrément prévus respectivement au second alinéa du III et au deuxième alinéa du IV de l'article 199 *novovicies* du code général des impôts ;
- VU l'arrêté du 1er août 2014 pris en application de l'article R. 304-1 du code de la construction et de l'habitation ;
- VU la délibération du conseil municipal d'Herbignac en date du 29 avril 2016 ;
- VU la délibération du conseil municipal de La Turballe en date du 22 mars 2016 ;
- VU la délibération du conseil municipal de Saint-Lyphard en date du 22 mars 2016 ;
- VU la délibération du conseil communautaire de la communauté d'agglomération de la Presqu'île de Guérande-Atlantique en date du 31 mars 2016 ;
- VU la demande de la communauté d'agglomération de la Presqu'île de Guérande-Atlantique en date du 27 mai 2016 ;
- VU les avis du comité régional de l'habitat et de l'hébergement des Pays de la Loire en date du 30 juin 2016 ;
- SUR la proposition de la directrice régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement des Pays de la Loire ;

ARRÊTE

Article 1

L'agrément prévu au IV de l'article 199 *novovicies* du code général des impôts est octroyé aux communes d'Herbignac, La Turballe et Saint-Lyphard (LOIRE-ATLANTIQUE).

Article 2

La secrétaire générale pour les affaires régionales et la directrice régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement des Pays de la Loire sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le

13 JUL. 2016


Henri-Michel COMET

