



PREFET DE LA CORSE-DU-SUD

**RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS  
DE LA PREFECTURE DE LA CORSE-DU-SUD**

**Normal n°103 du 31 août 2016**

SOMMAIRE

<p>ARS</p>	<p>Arrêté n° ARS/2016/399 du 22 juillet 2016 fixant le bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités de soins de médecine ; chirurgie ; gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néo-natale ; activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ; psychiatrie ; soins de suite et de réadaptation ; soins de longue durée ; interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ; médecine d'urgence ; réanimation ; traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ; traitement du cancer ; examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ; caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ; appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ; scanographe à utilisation médicale ; caisson hyperbare</p> <p>arrêté n°ARS/2016/402 du 26 juillet 2016 fixant le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2016 / 2020</p> <p>arrêté n°ARS/2016/405 du 5 août 2016 modifiant l'arrêté n°ARS/2016/203 du 17 mai 2016 Fixant les produits de l'hospitalisation relatifs aux dotations et forfaits annuels pris en charge par l'assurance maladie et versés au Centre Hospitalier d'Ajaccio au titre de l'année 2016</p> <p>arrêté n°ARS/2016/407 du 5 août 2016 fixant les produits de l'hospitalisation relatifs aux dotations et forfaits annuels pris en charge par l'assurance maladie et versés au Centre Hospitalier de Castelluccio au titre de l'année 2016</p> <p>arrêté n° ARS/2016/408 du 8 août 2016 Fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier Général d'Ajaccio au titre de l'activité déclarée pour le mois de juin 2016</p> <p>arrêté n° ARS/2016/409 du 8 août 2016 Fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier Spécialisé de Castelluccio au titre de l'activité déclarée pour le mois de juin 2016</p> <p>arrêté n° ARS/2016/410 du 8 août 2016 Fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier de Bonifacio (FINESS : 2A0000170) au titre de l'activité déclarée pour le mois de juin 2016</p> <p>arrêté n° ARS/2016/411 du 8 août 2016 Fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier de Sartène (FINESS : 2A0002606) au titre de l'activité déclarée pour le mois de juin 2016</p> <p>arrêté interrégional fixant le bilan des objectifs quantifiés pour les activités de soins de chirurgie cardiaque, neurochirurgie, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, traitement des grands brulés, greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques</p> <p>arrêté n°ARS/2016/385 du 22 juillet 2016 fixant à compter du 1<sup>er</sup> mars 2016, pour la région Corse, les principes de modulation des taux d'évolution des tarifs des prestations des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie des établissements de santé privés mentionnés au « d » de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale</p> <p>arrêté n°ARS/2016/386 du 22 juillet 2016 fixant les tarifs de prestations des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie des établissements de santé privés mentionnés au « d » de l'article L.162-22-6 du Code de la Sécurité Sociale</p>
<p>PREFECTURE MARITIME MEDITERRANEE</p>	<p>arrêté préfectoral n°199/2016 portant agrément d'une zone pour l'utilisation d'une hélisurface en mer "M/Y LIONHEART"</p> <p>arrêté préfectoral n°202/2016 portant agrément d'une zone pour l'utilisation d'une hélisurface en mer "M/Y INTREPID"</p>

Arrêté n° ARS/2016/399 du 22 juillet 2016 fixant le bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités de soins de médecine ; chirurgie ; gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néo-natale ; activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ; psychiatrie ; soins de suite et de réadaptation ; soins de longue durée ; interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ; médecine d'urgence ; réanimation ; traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ; traitement du cancer ; examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ; caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ; appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ; scanographe à utilisation médicale ; calsson hyperbare

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Corse,

Vu le code de la Santé Publique, et notamment les articles L.6121-1 à L.6122-21 et R.6122-23 à R.6124-4, D.6121-6 à D.6121-10 ;

Vu l'arrêté ARS/2012/539 du 30 novembre 2012 portant adoption du projet régional de santé de Corse ;

Vu l'arrêté n°ARS/2016/48 du 25 janvier 2016 fixant le calendrier 2016 des périodes de dépôt pour les demandes d'autorisation présentées en application des articles L.6122-1 et L.6122-9 du code de santé publique ;

## ARRETE

### Article 1<sup>er</sup> :

- Le bilan quantifié de l'offre de soins est établi comme il apparaît en annexe 1 ci-après, pour les activités de soins suivantes :
  - Médecine ;
  - Chirurgie ;
  - Gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néo-natale ;
  - Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
  - Psychiatrie ;
  - Soins de suite et de réadaptation ;
  - Soins de longue durée ;
  - Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
  - Médecine d'urgence ;
  - Réanimation ;
  - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
  - Traitement du cancer ;
  - Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

- Le bilan quantifié de l'offre de soins est établi comme il apparaît en annexe 2 ci-après, pour les équipements matériels lourds suivants :
  - Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
  - Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
  - Scanographe à utilisation médicale ;
  - Caisson hyperbare.

**Article 2 :** Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours hiérarchique dans les deux mois qui suivent sa publication auprès du ministre chargé de la santé. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux qui peut être formé dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs.

**Article 3 :** Le présent arrêté sera affiché au siège de l'Agence Régionale de la Santé de Corse et à la Délégation Territoriale de Haute Corse de l'Agence Régionale de la Santé de Corse et sera inséré sur le site de l'Agence Régionale de Santé de Corse : <http://www.ars.sante.fr>

**Article 4 :** Le Directeur général adjoint et la Directrice de l'organisation et de la qualité de l'offre de santé de l'Agence Régionale de Santé de Corse 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 Corse, de la préfecture de Corse du Sud et de la préfecture de Haute Corse.

Fait à Ajaccio, le 22 juillet 2016

Le Directeur Général de l'Agence Régionale  
de Santé de Corse



Jean-Jacques COIPLÉ

**ANNEXE N°1**  
**bilan de l'offre de soins**  
**pour les activités de soins :**

- Médecine ;
- Chirurgie ;
- Gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néo-natale ;
- Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
- Psychiatrie ;
- Soins de suite et de réadaptation ;
- Soins de longue durée ;
- Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- Médecine d'urgence ;
- Réanimation ;
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- Traitement du cancer ;
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

**Période de réception : du 01 septembre au 30 novembre 2016**

**1/ Médecine**

<u>Activité de soins</u> Médecine	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)  Communes d'implantation	Nombre d'implantations autorisées  Communes d'implantation	Demandes recevables	Observations
Médecine Hospitalisation Complète et /ou HDJ	CORSE	13 dont : Ajaccio (4)  Porto Vecchio (1) Sartène (1) Bonifacio (1) Bastia (3) Furiani(1) Calvi (1) Corte (1)	13 dont : Ajaccio (4)  Porto Vecchio (1) Sartène (1) Bonifacio (1) Bastia (3) Furiani(1) Calvi (1) Corte (1)	Non	
Hospitalisation à Domicile	CORSE	5 dont : Ajaccio (1) Sartène (1) Corté (1) Bastia (2)	5 dont : Ajaccio (1) Sartène (1) Corté (1) Bastia (2)	Non	

## 2/ Chirurgie

Activité de soins	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)	Nombre d'implantations autorisées	Demandes recevables	Observations
Chirurgie		Communes d'implantation	Communes d'implantation		
Chirurgie y compris chirurgie ambulatoire	CORSE	7 dont :(*) Ajaccio (2) Porto Vecchio (1) Bastia (3) Furiani(1)	8 dont : Ajaccio (2) Porto-Vecchio (1) Bastia (4) Furiani (1)	Non	(*) Sur Ajaccio et sur Bastia, restructurations.

## 3/ Gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néo-natale

Activité de soins	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)	Nombre d'implantations autorisées	Demandes recevables	Observations
Gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néo-natale		Communes d'implantation	Communes d'implantation		
Maternité Niveau II B	CORSE	2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	Non	
Maternité Niveau I	CORSE	2 dont : Porto-Vecchio (1) Bastia (1)	2 dont : Porto-Vecchio (1) Bastia (1)	Non	

**4/ Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal**

<u>Activité de soins</u>	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)	Nombre d'implantations autorisées	Demandes recevables	Observations
Activités AMP		Communes d'implantation	Communes d'implantation		
Activités cliniques AMP	CORSE	0	0	Non	
Activité biologiques AMP		Bastia (1)	Bastia (1)	Non	
Diagnostic prénatal		0	0	Non	

**5/ Psychiatrie**

<u>Activité de soins</u>	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)	Nombre d'implantations autorisées	Demandes recevables	Observations
Psychiatrie		Communes d'implantation	Communes d'implantation		
<b>Psychiatrie adulte</b>					
Hospitalisation complète	CORSE	4 dont : Bastia (1) Borgo (1) Luri (1) Ajaccio (1)	4 dont : Bastia (1) Borgo (1) Luri (1) Ajaccio (1)	Non	
Hospitalisation de jour		5 dont : Borgo (1) Ajaccio (3) Porto-Vecchio (1)	5 dont : Borgo (1) Ajaccio (3) Porto-Vecchio (1)	Non	

Hospitalisation de nuit		Ajaccio (1)	Ajaccio (1)	Non	
Placement familial thérapeutique		2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	Bastia (1)	Oui	
Appartement thérapeutique		2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	Ajaccio (1)	Oui	
<b>Psychiatrie Infanto-Juvenlle</b>					
Hospitalisation complète	<b>CORSE</b>	2 dont : Borgo (1) Ajaccio (1)	2 dont : Borgo (1) Ajaccio (1)	Non	
Hospitalisation de jour		4 dont : Bastia (1) Ajaccio (1) Porto Vecchio (1) Ile Rousse (1)	3 dont : Bastia (1) Ajaccio (1) Porto Vecchio (1)	Oui	
Hospitalisation de nuit		Ajaccio (1)	Ajaccio (1)	Non	
Placement familial thérapeutique		2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	0	Oui	
Appartement thérapeutique		0	0	non	



### 6/ Soins de suite et de réadaptation

<u>Activité de soins</u>	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)	Modalités	Nombre d'implantations autorisées	Demandes recevables
Soins de Suite et de Réadaptation		Communes d'implantation		Communes d'implantation	
Prise en charge des enfants et des adolescents	Corse	0		0	Non
Prise en charge des adultes SSR Indifférenciés ou polyvalents	Corse	14 dont : Bastia (2) Oletta (1) Corte (1) Prunelli di Fiumborbu (1) Ajaccio (4) (*) Sarrola Carcopino (1) Ocana (1) Albitreccia (1) Sartène (1) Bonifacio (1)	HC et/ou HTP HC HC HC et/ou HTP HC et/ou HTP HC HC HC et/ou HTP HC HC	13 dont : Bastia (2) Oletta (1) Corte (1) Prunelli di Fiumborbu (1) Ajaccio (3) (*) Sarrola Carcopino (1) Ocana (1) Albitreccia (1) Sartène (1) Bonifacio (1)	Non Non Non Non Non(*) Non Non Non Non Non

(\*) Suite à la cession de l'activité de SSR d'un établissement de santé à un établissement de santé autorisé en SSR (Intervenue après l'adoption du Projet Régional de Santé), les activités SSR de deux sites sur Ajaccio se trouvent regroupées sur une même implantation sur Ajaccio.

### Les Mentions spécialisées

L'article R 6123-120 du code de la santé publique précise que l'autorisation de soins de suite et de réadaptation mentionne le cas échéant si l'établissement de santé assure une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs catégories d'affections mentionnées au dit article.

Territoire de Santé	Mentions spécialisées	Nombre de mentions envisagées SROS-PRS 2012/2016	Modalités (a)	Nombre de mentions autorisées	Demandes recevables
Corse	Affection de l'appareil locomoteur	4	HC et HTP	4	Non
	Affection du système nerveux	3 à 4	HC et HTP	4	Non
	Affections cardio-vasculaires	2	HC et HTP	2	Non
	Affections respiratoires	1	HC et/ou HTP	1	Non
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	HC	1	Non
	Affections liées aux conduites addictives	1	HC et/ou HTP	1	Non
	Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	HC	2	Non
	Affections onco-hématologiques	0		0	Non
	Affections des brûlés	0		0	Non

HC : Hospitalisation complète, HTP : Hospitalisation à Temps Partiel

### 7 / Soins de longue durée

<u>Activité de soins</u> Soins de longue durée	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)  Communes d'implantation	Nombre d'implantations autorisées  Communes d'implantation	Demandes recevables	Observations
U.S.L.D	Corse	6 dont : Ajaccio (1) Bonifacio (1) Sartène (1) Bastia (1) Calvi (1) Corte (1)	6 dont : Ajaccio (1) Bonifacio (1) Sartène (1) Bastia (1) Calvi (1) Corte (1)	Non	

**8 / Activités Interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie**

<b>Activité de soins</b>  Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie (nature de la demande art. R 6123-128)	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)  Communes d'implantation	Nombre d'implantations autorisées  Communes d'implantation	Demandes recevables	Observations
Rythmologie interventionnelle (actes électro physiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi site et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme)	Corse	0 à 1	1	Non	
Cardiologie interventionnelle pédiatrique (acte portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence)		0	0	Non	
Autres cardiopathies de l'adulte dont Angioplastie coronaire		2 à 3	2	Non	Regroupement sur le Centre Hospitalier d'Ajaccio de l'ensemble des activités de cardiologie interventionnelle d'Ajaccio dans le cadre d'un GCS

9/ Médecine d'urgence

Activité de soins Médecine d'urgence	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)  Communes d'implantation	Nombre d'implantations autorisées  Communes d'implantation	Demandes recevables	Observations
SAMU/centre 15	Corse	2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	Non	
Structures des urgences		4 dont : Ajaccio (1) Bastia (1) Porto-Vecchio (1) Calvi (1)	4 dont : Ajaccio (1) Bastia (1) Porto-Vecchio (1) Calvi (1)	Non	
SMUR		2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	Non	
Antennes SMUR		6 dont : Sartène (1) Bonifacio (1) Porto-Vecchio (1) Corté (1) Calvi (1) Ghisonaccia (1)	6 dont : Sartène (1) Bonifacio (1) Porto-Vecchio (1) Corté (1) Calvi (1) Ghisonaccia (1)	Non	

### 10/ Réanimation

Activité de soins	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)	Nombre d'implantations autorisées	Demandes recevables	Observations
Réanimation		Communes d'implantation	Communes d'implantation		
	Corse	2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	2 dont : Ajaccio (1) Bastia (1)	Non	

### 11/ Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

Activité de soins	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)	Nombre d'implantations autorisées	Demandes recevables	Observations
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale		Communes d'implantation	Communes d'implantation		
Hémodialyse Centre pour adulte		3 dont : Ajaccio(1) Bastia (1) Porto Vecchio (1)	3 dont : Ajaccio(1) Bastia (1) Porto Vecchio (1)	Non	
Unité de dialyse médicalisée	Corse	7 dont : Ajaccio (1) Bastia (1) Sartène (1) Porto Vecchio (1) Aléria (1) Ile-Rousse (1) Corte (1)	5 dont : Ajaccio (1) Bastia (1) Aléria (1) Porto-Vecchio (1) Sartène (1)	Oui	Demande d'autorisation en cours d'instruction pour une implantation sur Corté

Autodialyse		7 dont : Ajaccio (1) Bastia (2) Porto Vecchio (1) Aléria (1) Ile-Rousse (1) Corte (1)	6 dont : Ajaccio (1) Bastia (2) Aléria (1) Ile-Rousse (1) Corte (1)	Oui	
Dialyse péritonéale		4 dont : Ajaccio (1) Bastia (1) Porto Vecchio (1) Ile-Rousse (1)	3 dont : Ajaccio (1) Bastia (1) Porto Vecchio (1)	Oui	

## 12/ Traitement du cancer

Activité de soins Traitement du cancer	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)  Communes d'implantation	Nombre d'implantations autorisées  Communes d'implantation	Demandes recevables	Observations
Chirurgie des cancers	Corse	<b>16 dont :</b> <u>Chirurgie thoracique : 1</u> (Bastia)  <u>Chirurgie ORL : 2</u> dont : 1 (Ajaccio) 1 (Bastia)  <u>Chirurgie Gynécologique : 2</u> dont : 1 (Ajaccio) 1 (Bastia)  <u>Chirurgie urologique : 3</u> Dont : 2 (Ajaccio) 1 (Furiani)  <u>Chirurgie digestive : 5</u> dont : 2 (Ajaccio) 2 (Bastia) 1 (Furiani)  <u>Chirurgie mammaire : 3</u> dont : 1 (Ajaccio) 2 (Bastia)	<b>16 dont :</b> <u>Chirurgie thoracique : 1</u> (Bastia)  <u>Chirurgie ORL : 2</u> dont : 1 (Ajaccio) 1 (Bastia)  <u>Chirurgie Gynécologique : 2</u> dont : 1 (Ajaccio)* 1 (Bastia)  <u>Chirurgie urologique : 3</u> Dont : 2 (Ajaccio) 1 (Furiani)  <u>Chirurgie digestive : 5</u> dont : 2 (Ajaccio) 2 (Bastia) 1 (Furiani)  <u>Chirurgie mammaire : 3</u> dont : 1 (Ajaccio) 2 (Bastia)	Non	*Suspension d'exercer l'activité de chirurgie gynécologique sur le site d'Ajaccio
Chimiothérapie		<b>3 dont :</b> Ajaccio (1) Bastia (2)	<b>3 dont :</b> Ajaccio (1) Bastia (2)	Non	
Radiothérapie		<b>2 dont :</b> Ajaccio (1) Bastia (1)	<b>2 dont :</b> Ajaccio (1) Bastia (1)	Non	

**13/ Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales**

<b>Activité de soins</b>  Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	<b>Territoire de Santé</b>	<b>Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)</b>  <b>Communes d'implantation</b>	<b>Nombre d'implantations autorisées</b>  <b>Communes d'implantation</b>	<b>Demandes recevables</b>	<b>Observations</b>
	Corse	0	0	Non	



**ANNEXE N°2**  
**Bilan de l'offre de soins**  
**pour les équipements matériels lourds :**

- Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- Scanographe à utilisation médicale ;
- Caisson hyperbare ;

Période de réception : du 01 septembre au 30 novembre 2016

1/ Pour les équipements matériels lourds : scanographes à utilisation médicale, tomographes à émission de positons, gamma caméra, caisson hyperbare, appareil d'imagerie ou de spectrométrie nucléaire à utilisation clinique

Equipement	Territoire de Santé	Objectifs quantifiés SROS-PRS 2012/2016 (Nombre d'implantations cibles)	Nombre d'implantions autorisées	Demandes recevables	Observations
		Communes d'implantation	Communes d'implantation		
Scanographe à utilisation médicale	Corse	7 dont : Ajaccio (2) Porto-Vecchio (1) Prunelli di Fiumorbo (1) Bastia (2) Calvi (1)	7 dont : Ajaccio (2) Porto-Vecchio (1) Prunelli di Fiumorbo (1) Bastia (2) Calvi (1)	Non	
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique		5 dont : Ajaccio (2) Porto-Vecchio (1) Bastia (2)	5 dont : Ajaccio (2) Porto-Vecchio (1) Bastia (2)	Non	
Gama camera		3 dont : Ajaccio (2) Bastia (1)	3 dont : Ajaccio (2) Bastia (1)	Non	
Caisson hyperbare		1 (Ajaccio)	1 (Ajaccio)	Non	

**Arrêté n°ARS/2016/402 du 26 juillet 2016 fixant le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2016 / 2020**

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé de Corse ;

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, modifié par la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 58, et L. 162-30-4 ;

Vu le décret du 1<sup>er</sup> mars 2012 portant nomination de M. Jean-Jacques COIPLLET, directeur général de l'agence régionale de santé de Corse ;

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, notamment son article R. 162-44.-I relatif au Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins ;

Vu l'avis de la commission régionale de gestion du risque, dans sa composition en formation plénière, du 29 juin 2016 ;

Vu l'avis de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins du 20 juillet 2016 ;

**ARRETE**

**Article 1er**

Le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins de la région Corse pour la période 2016-2020, est arrêté, tel que figurant en annexe du présent acte.

**Article 2**

Le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins restera en vigueur, au plus tard, jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2020.

**Article 3**

Le présent arrêté peut être contesté par voie de recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou par voie de recours contentieux devant le tribunal administratif de Bastia.



**Article 4**

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Corse est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la préfecture de la région Corse et notifié aux directeurs d'organismes et services d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

Fait à Ajaccio, le

Le Directeur Général de L'Agence  
Régionale de Santé de Corse

Jean-Jacques COIPLLET



**ANNEXE : Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2016 / 2020 Région CORSE (PAPRAPS)**

**Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des  
Soins 2016 / 2020**

**Région CORSE**

**(PAPRAPS)**

## SOMMAIRE

<b>PARTIE 1 - DEFINITION, CONTEXTE ET ORGANISATION REGIONALE</b>	<b>5</b>
I. Le contexte réglementaire	6
II. Définition et objectifs	7
2.1. Question : Qu'est-ce qu'une prise en charge pertinente ?	7
2.2. 2ème question : Quels en sont les objectifs ?	7
III. Organisation de la pertinence en région Corse	8
3.1. Le rôle de la commission régionale de gestion	8
3.2. L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins	8
3.3. Le rôle du DGARS	9
<b>PARTIE 2 - LE PAPRAPS CORSE</b>	<b>10</b>
I. Le diagnostic régional	11
1.1. Contexte	11
1.2. Mise à jour du diagnostic régional (Analyse des taux de recours MCO - ATIH 2014)	13
1.2.1. Un sur-recours régional MCO marqué par un sur-recours à la chirurgie	13
A-La chirurgie	14
B-La chirurgie ambulatoire	15
C-L'obstétrique	16
D-La médecine (séjours sans acte classant dont la 3ème lettre du GHM est M ou Z)	16
E-La médecine hospitalisation complète (HC)	17
F-La médecine hospitalisation partielle	17
G-Les séances	17
H-L'interventionnel (hors-cardiologie)	17
I-Les fuites	17
1.2.2. Des sur-recours identifiés sur plusieurs gestes	18
A-Bilan 2014	20
B-Focus endoscopies digestives - diagnostic 2013	20
a) Critères du choix	20
b) Les constats	22
c) Les actions	25
C-L'HAD	26
D-Le SSR	26
a) Analyse comparative des séjours de SSR réalisés en Corse en 2014 à partir de Scansante	27
b) Analyse des séjours de SSR réalisés en Corse en 2015	28
II. Les champs et domaines d'actions prioritaires	29
2.1. Les champs d'actions du PAPRAPS	29
2.2. Les domaines d'actions du PAPRAPS	30
III. Les actions menées par domaines d'actions	31
3.1. Les actions nationales	31
3.1.1. Virage ambulatoire	31
A-Chirurgie ambulatoire	32
B-Alternative au SSR	33
C-Hospitalisation de jour - forfaits SE	35
3.1.2. Le programme PRADO, priorité de l'Assurance Maladie	35
A-Les objectifs du programme	35
B-Les étapes de mise en place d'un volet PRADO au niveau local	36
C-Les thèmes en cours	37
D-Les thèmes à venir à partir de 2016	38
3.1.3. Pertinence des soins - actions d'accompagnement et MSAP	39
A- Chirurgie bariatrique (obésité) -	39
B- Canal carpien	41
C-Appendicectomie	41
D-Thyroïdectomie pour nodules thyroïdiens sans hyperthyroïdie	42
E-Cholécystectomie pour lithiase biliaire	43
3.2. Les actions régionales	44

<b>IV. Les critères de ciblage par action</b>	45
4.1. Procédure MSAP	45
4.2. Les critères de ciblage MSAP	46
4.2.1. Chirurgie ambulatoire	46
4.2.2. Hôpital de jour en médecine et forfaits SE	47
4.2.3. SSR	47
4.2.4. Chirurgie bariatrique	48
4.2.5. Canal carpien	49
4.2.6. Thyroïdectomie	50
4.2.7. Cholécystectomie	51
4.3. Les critères de ciblage relatifs à la contractualisation.	52
4.3.1. Les critères de ciblage avant la publication du décret CAQES	52
4.3.2. Les critères de ciblage après la publication du décret CAQES	52
<b>V. Les modalités de suivi, d'évaluation et de révision</b>	53
5.1. Les modalités de suivi, d'évaluation des MSAP et actions d'accompagnements menées par l'Assurance Maladie.	54
5.2. Les modalités de suivi, d'évaluation des actions de contractualisation	54
<b>VI. En conclusion</b>	55
Annexes	56
Annexe 1 - Les 55 gestes marqueurs	57
Annexe 2 - Questionnaire chirurgie de l'obésité	59
Annexe 3 - Questionnaire cholécystectomie	62
Annexe 4 - Questionnaire thyroïdectomie	64
Annexe 5 - Questionnaire Canal carpien	66
Annexe 6 - Questionnaire MSAP SSR	68
Annexe 7 - Questionnaire MSAP Chirurgie Ambulatoire	70

## Préambule

Descartes a dit « Le bon sens est la chose du monde la mieux partagée ». C'est dans cet esprit que l'on peut aborder collectivement le sujet de la pertinence des soins.

La définition la plus classique de la pertinence d'un soin est « le bon soin pour le bon patient, au bon moment ».

Cette définition synthétique ne traduit pas toutes les dimensions de la pertinence, ce que souligne la HAS qui « retient que l'analyse de la pertinence d'une intervention de santé comporte potentiellement plusieurs dimensions :

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



# **PARTIE 1 - DEFINITION, CONTEXTE ET ORGANISATION REGIONALE**

## I. Le contexte réglementaire

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (art.58) a inscrit dans notre droit la démarche de pertinence des soins. Celle-ci se définit très clairement<sup>1</sup> comme la délivrance de soins appropriés à chaque patient, en fonction de la pathologie qu'il présente.

La loi permet de donner une assise juridique aux démarches engagées antérieurement et de l'étendre à la totalité du champ des prestations, des prescriptions et des prises en charge, assortie de leviers d'actions gradués pour agir auprès des établissements de santé.

✓ L'article 58 relatif à la « promotion de la pertinence des prescriptions et des actes » modifie l'article L162-1-17 du CSS qui étend désormais les procédures MSAP, limitées auparavant aux prestations d'hospitalisation, aux actes et prescriptions délivrés par un établissement de santé.

✓ L'article 58 crée l'article L162-30-4 du CSS qui prévoit l'élaboration d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (s'intégrant au programme pluriannuel régional de gestion du risque) et le contrat d'amélioration de la pertinence des soins, conclu par le DG ARS avec les établissements de santé et l'organisme local d'assurance maladie.

✓ Le décret d'application n° 2015-1510 publié au JO le 19/11/15 précise le contenu du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ainsi que ses modalités d'élaboration et d'évaluation. Il crée à cet effet une **instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins**, consultée sur l'élaboration et les révisions du plan d'actions ainsi que sur son évaluation, afin d'associer étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins. En outre, le présent décret précise le contenu et la procédure 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. Il définit les modalités d'évaluation des objectifs fixés au contrat ainsi que la procédure de sanction applicable lorsque les objectifs fixés ne sont pas atteints ou lorsque l'établissement refuse de signer le contrat. L'article 3 du décret prévoit que par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2015, le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé peut arrêter le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, après avis de la seule commission régionale de gestion du risque siégeant en formation plénière. Ce plan demeure en vigueur jusqu'à l'adoption d'un nouveau plan et au plus tard jusqu'au 1er septembre 2016. Ce plan dérogatoire est constitué des seuls critères permettant d'identifier les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable prévue par l'article R162-44-3.

✓ L'article 81 simplifie et fusionne divers contrats tripartites conclus entre les établissements, l'ARS et l'assurance maladie par la création d'un contrat unique d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

Ce contrat comporte :

- un volet obligatoire (le contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBUMPP))
- des volets additionnels en application du PAPRAPS (contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES), contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), le contrat d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS).

<sup>1</sup> Cliquer sur le lien : [numéro spécial sur la pertinence des soins](#) de la revue ADSP de septembre 2015

## II. Définition et objectifs

On ne peut aborder le plan d'amélioration de la pertinence des soins sans se poser deux questions :

- Qu'est-ce qu'une prise en charge pertinente ?
- Quels sont ses objectifs ?

### 2.1. Question : Qu'est-ce qu'une prise en charge pertinente ?

Une prise en charge **pertinente** est la réalisation d'un soin en adéquation avec les besoins du patient, qu'elle relève d'une démarche :

- Diagnostique (imagerie, biologie ...),
- Thérapeutique (interventions chirurgicales, prescriptions médicamenteuses ...)
- Organisationnelle (type de séjours hospitaliers, parcours de soins ...).

Elle doit être conforme aux données actuelles de la science, aux recommandations de la HAS, des sociétés savantes et aux attentes des patients.

La pertinence renvoie à la qualité des soins, question complexe en raison du nombre important d'acteurs intervenant dans le système de santé.

Elle recouvre plusieurs sujets :

- Pertinence des **actes/des séjours**
- Pertinence des **modalités de prise en charge** (alternatives à l'hospitalisation conventionnelle à temps complet)
  - Travaux engagés sur la chirurgie ambulatoire et la dialyse hors centre notamment
- Pertinence **du parcours de soins** dans son ensemble
  - Articulation avec les prises en charge en ville (amélioration de la prévention, amélioration de l'orientation du patient, définir les substitutions possibles ville-hôpital)
  - Articulation avec les prises en charges en aval de l'hospitalisation

La pertinence des soins est une notion évolutive car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.

### 2.2. 2ème question : Quels en sont les objectifs ?

Deux objectifs très liés :

- Améliorer les pratiques professionnelles pour développer la qualité des soins ;
- Améliorer l'efficacité de la prise en charge pour éviter des traitements inadéquats et donc des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité.

L'amélioration des pratiques professionnelles passe par :

- La diffusion aux professionnels de santé de référentiels de pratique clinique et de données comparatives sur les pratiques (indicateurs de ciblage) ;
- Le partenariat avec les sociétés savantes et groupes de pairs ;
- Le développement de l'axe « pertinence des soins » dans les dispositifs de certification (EPP, profil de risque) et de développement professionnel continu (DPC) ;
- L'évaluation par les professionnels pour juger de l'opportunité des prises en charge (études de dossiers, grille de pertinence ...).

### III. Organisation de la pertinence en région Corse.

Le décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, prestations et des prescriptions de santé crée notamment les articles R162-44 à R162-44-5 du code de la sécurité sociale qui précise l'organisation mise en place en région pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

#### 3.1. Le rôle de la commission régionale de gestion.

La commission régionale de gestion du risque, présidée par le directeur général de l'ARS de Corse, est fixée par arrêté n°2015/685 du 25 novembre 2015.

Sont désignés par le Directeur Général de l'ARS de Corse pour siéger en formation plénière :

- Mme Marie-Madeleine GUILLOU, directrice coordonnatrice de la gestion du risque et directrice de la CPAM d'Ajaccio
- Mme Eléonore RONFLÉ, médecin conseil régional de la DRSM
- M. Sébastien GRIPPI, directeur adjoint de la MSA de Corse
- M. Serge QUIRICI, directeur du RSI Corse
- Mme Catherine PETRASZKO, directrice de la CPAM de Haute-Corse
- M. François SAVELLI, Directeur Général de la Mutuelle Générale de la Corse, représentant les organismes complémentaires d'Assurance Maladie désigné par l'UNOCAM.

Conformément à l'article R1434-12 du code de la santé publique, la commission est chargée en formation plénière :

- de préparer, suivre et évaluer le programme régional de gestion du risque ;
- d'émettre un avis sur le programme régional de gestion du risque arrêté par le DGARS ;
- de déployer le plan ONDAM en région ;
- d'organiser les conditions de coordination ARS - Assurance Maladie, le partage de données et d'informations utiles, et s'assurer de la cohérence et de la non redondance des actions ;
- de s'assurer de l'avancement des plans d'actions et de suivre leur impact en termes de résultats (tableau de bord du plan ONDAM).

Dans le cadre du décret du n°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, prestations et des prescriptions de santé, la commission régionale de gestion du risque en formation plénière est également chargée de préparer, suivre et évaluer le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

#### 3.2. L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins.

L'article R162-44-1 du code de la sécurité sociale définit le rôle et les missions confiées à l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des soins (IRAPS) :

- ✓ L'IRAPS contribue à l'amélioration de la pertinence des **prestations, des prescriptions et des actes** dans la région.
- ✓ Elle concourt à la **diffusion de la culture** de la pertinence des soins, à la **mobilisation des professionnels de santé** autour de cette démarche et à **l'implication des usagers**.
- ✓ 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 DGARS lui **communique** chaque année la liste des **établissements ciblés** ainsi qu'une synthèse de **l'évaluation de la réalisation des objectifs** du contrat (R162-44-2 du CSS).

Cette instance est composée de 15 membres désignés par le Directeur Général de l'ARS de Corse fixée par arrêté n° ARS/2016/401 du 25 juillet 2016.

Elle compte 11 membres de droit et 3 membres experts titulaires ainsi que des suppléants.

	MEMBRES OBLIGATOIRES	
	TITULAIRES	REPRESENTANTS
ARS	JJC COIPLLET	MP ANDREANI
RG	MM GUILLOU	C MILLIES LACROIX
MSA	P ROBIN	S GRIPPI
RSI	S QUIRICI	A SCARBONCHI
FHP	A CHARLES	A PONS
FHF	P FORCIOLI	P METAIS
FEHAP	F MUFRAGGI	
USAGERS	R COHEN	M LAFAY
PS PUBLIC	J HASSAM	ERIC MALLET
PS PRIVE	A CUCCHI	R FRANCOIS
URPS	F SAUCH	

	MEMBRES EXPERTS	
	TITULAIRES	REPRESENTANTS
CROM	Dr Michel MOZZICONACCI	Dr Jean CANARELLI
DRSM	Dr Jacques ALBIZATTI	Dr François ALBERTINI
RSI SERVICE MEDICAL	Dr Caroline SANSONNETTI	
MSA service médical	Dr Anne-Marie VERNE	

Suite à l'élection, lors de la 1<sup>ère</sup> séance d'installation de l'IRAPS le 12 mai 2016, la présidence de l'IRAPS est assurée par le **Dr Michel Mozziconacci**. Le fonctionnement de cette instance est fixé par un règlement intérieur qui a été adopté lors de la 1<sup>ère</sup> séance d'installation de l'IRAPS le 12 mai 2016.

### 3.3. Le rôle du DGARS

Le Directeur Général de l'ARS de Corse est chargé d'arrêter le PAPRAPS au plus tard avant le **1er septembre 2016** pour une durée de **4 ans** après avis de la CRGDR plénière et après avis de l'IRAPS.

Le Directeur Général communique chaque année aux membres de l'IRAPS la liste des établissements de santé ayant été ciblés dans le cadre des contrats d'amélioration de la pertinence des soins (art.R162-44-2) ainsi que dans le cadre des procédures de mises sous accord préalable (art.R162-44-3).

## **PARTIE 2 - LE PAPERAPS CORSE**

## I. Le diagnostic régional

### 1.1. Contexte

Les travaux liés à la pertinence ont démarré au sein de l'ARS de Corse en 2013 dans le cadre des travaux nationaux de gestion du risque pilotés régionalement par la commission régionale de gestion du risque suite à la parution de l'instruction N° DGOS/R5/2013/44 du 4 février 2013 relative au guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins.

Ce guide limitait dans un premier temps le domaine de la pertinence à 25 activités ciblées (correspondant à 27 racines de GHM) identifiées par l'ATIH et sélectionnées par le niveau central.<sup>2</sup> Plusieurs critères ont été pris en compte : la dispersion des taux de recours, la dynamique d'activité sur 2007-2010, le nombre de séjours concernés, le poids financier associé, 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.

L'analyse détaillée de ces 25 activités (soit au total 27 racines de GHM) a fait l'objet d'une publication sur le site de l'ATIH début 2013. Cette analyse initiale a permis d'identifier les priorités d'actions et de programmer la production d'outils d'amélioration des pratiques par la HAS.

Par ailleurs, dans le prolongement des études menées en 2009 par l'Assurance Maladie des disparités géographiques pour 20 gestes techniques (chirurgicaux ou interventionnels), un indicateur relatif aux taux de recours de la population domiciliée à ces gestes techniques a été intégré au CPOM Etat-ARS (indicateur 6.1).

Pour l'année 2013, ces deux approches sont regroupées, conduisant à l'identification de 32 activités prioritaires<sup>3</sup>. Les données de taux de recours relatives à ces activités ont été mises à disposition sur SNATIH à partir de début 2013.

La mise à disposition de ces données ATIH a permis l'initiation de la démarche régionale de pertinence des soins conformément au guide qui prévoyait 2 grandes étapes :

- I. Les activités choisies devaient être suffisamment fréquentes (plus de 20 000 séjours par an pour chacun des deux secteurs, public et privé) ;
- II. Ces activités devaient également présenter une évolution dynamique sur les trois dernières années (il s'agit d'activités dont l'évolution du volume contribue de manière significative à la croissance moyenne du volume de chaque secteur) ;

Pour chacune des activités, les taux de recours standardisés par âge et sexe et calculés par territoire de santé ont été analysés. La sélection a porté sur les activités dont la dispersion des taux de recours par territoire de santé est grande (dispersion mesurée par le coefficient de variation).

<sup>2</sup> Pour rappel, cette sélection a été établie en 2013 selon une méthode définie dans le guide

<sup>3</sup> Anévrisme de l'aorte abdominale, colectomie totale, hypertrophie bénigne de la prostate, hystérectomie, oesophagectomie, pancréatectomie, pontage coronaire, thyroïdectomie, valve aortique, varice, césariennes programmées à terme, endoscopie digestive diagnostique et anesthésie en ambulatoire, cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, affections des voies biliaires, interventions transurétrales ou par voie transcutanée, lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire, infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, prothèses de genou, prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, arthroscopies d'autres localisations, chirurgie de rachis, interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, bronchiolites, broncho-pneumopathies chroniques surinfectées, appendicectomies, ligamentoplasties du genou



## Diagnostic

### But

Identifier les enjeux régionaux d'amélioration de la pertinence des soins

### Méthodes et outils

- **Données quantitatives :**
  - Taux de recours aux soins hospitaliers disponibles sur SNATH
  - Matrices de consommation/productions disponibles sur SNATH
  - Indicateurs de comparaison des pratiques développés pour certaines thématiques dans le cadre de programmes nationaux d'accompagnement : césarienne programmée à terme (HAS/FFRSP/DGOS), appendicectomie et syndrome du canal carpien (CNAMTS), ...
- **Données qualitatives :**
  - Outils HAS : notes de problématique, recommandations, évaluations technologiques, outils d'amélioration des pratiques (cf. calendrier de mise à disposition des outils en annexe)
  - Outils des sociétés savantes

### Activités

- Analyser les données quantitatives disponibles : identifier des atypies et évaluer leur impact médico-économique
- Recenser les données qualitatives disponibles sur les thématiques identifiées
- Rechercher les causes des écarts
- **Impliquer les professionnels de santé** dans le diagnostic : mettre en place une concertation régionale
- Comprendre et analyser le fonctionnement de l'organisation régionale actuelle, recenser les contraintes et commencer à identifier les levier d'actions

### But

Mettre en place un plan d'amélioration régional de la pertinence des soins sur les thématiques identifiées lors du diagnostic

### Méthodes et outils

- **Programmes nationaux d'accompagnement :** 2 programmes sont initiés début 2013 (l'un sur la césarienne programmée à terme par HAS/FFRSP/DGOS et l'autre sur l'appendicectomie et le syndrome du canal carpien par la CNAMTS)
- **Share Point animé par la DGOS, initié début 2013**
- **Outils professionnels mis à disposition par la HAS, au-delà des programmes susmentionnés**
- **Guide méthodologique, récapitulant notamment des initiatives locales :**
  - organisation de missions d'accompagnement par d'autres professionnels de santé volontaires (ex : ARS Bretagne/chirurgie ambulatoire)
  - mise en place de registre de suivi d'activité (ex : ARS PACA/angioplasties coronaires)
  - création de groupes de pairs pour l'analyse de pratiques (ex : ARS Pays de la Loire)
  - mise en place de RCP hors oncologie pour les décisions d'indication complexes, ...

### Activités

- Choisir la stratégie d'action la plus adaptée, selon la thématique et les professionnels de santé concernés
- Inciter les ES à y participer : valoriser les actions mises en place en tant qu'EPP dans le plan d'actions de la certification des ES et en tant qu'action de DPC au niveau individuel, valoriser la cohérence du plan d'actions proposé avec les autres actions initiées dans la région : parcours de soins des personnes âgées (prévention des risques iatrogènes des médicaments/pertinence des prescriptions), promotion de la qualité et de la sécurité des soins (pertinence des actes...), MSAF (pertinence des modes de prise en charge)...
- Contractualiser la réalisation des actions dans une annexe du CPOM ARS ES



## Elaboration plan d'actions

Le présent diagnostic constitue une mise à jour du diagnostic régional réalisé en 2014 dans le cadre de ces travaux.



## 1.2. Mise à jour du diagnostic régional (Analyse des taux de recours MCO - ATIH 2014).

Pour comprendre le diagnostic il convient de définir :

- la consommation de soins ;
- la production de soins ;
- le recours brut et standardisé.

La **consommation de soins hospitaliers** correspond aux séjours réalisés pour les patients résidant en Corse quel que soit le lieu d'intervention, elle intègre donc les fuites de patients.

La **production de soins hospitaliers** correspond aux séjours produits par nos établissements insulaires quel que soit l'origine des patients, elle intègre l'attractivité des établissements.

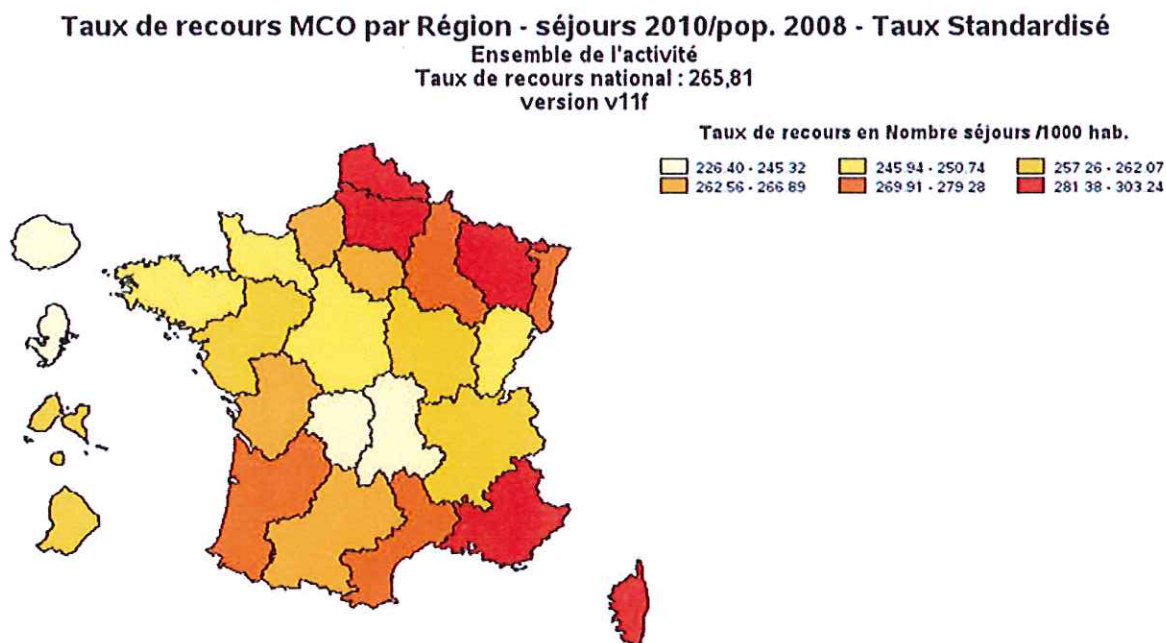
Les **taux de recours aux soins hospitaliers** sont une mesure de la consommation de soins hospitaliers d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone.

Le **taux de recours aux soins hospitaliers standardisé** est corrigé de l'effet structure de la population (âge et sexe). Il permet d'assurer les comparaisons nationales, régionales ou territoriales et de faire un repérage des atypies par activité.

### 1.2.1. *Un sur-recours régional MCO marqué par un sur-recours à la chirurgie.*

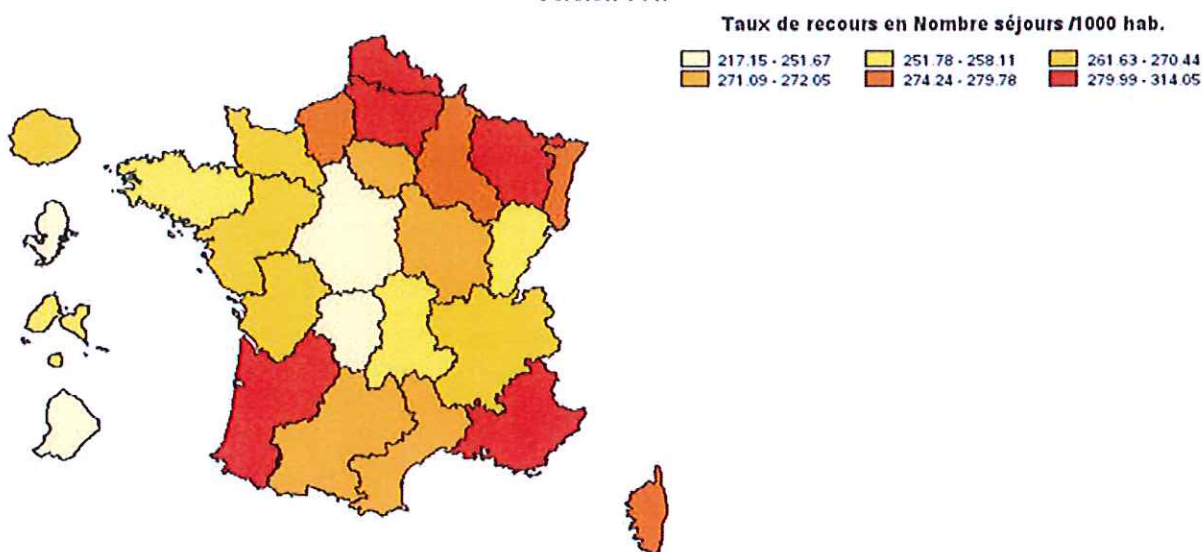
L'analyse du taux de recours global MCO montre un sur-recours en région Corse par rapport au taux national (respectivement 279,78 et 272,43 pour 1000 habitants), avec toutefois un écart qui tend à se resserrer.

L'évolution régionale sur les quatre dernières années est à la baisse avec un recul de -3 points de ce taux entre 2010 et 2014 ; tandis que le taux national progresse sur la même période de +6 points.



## Taux de recours MCO par Région - séjours 2014/pop. 2012 - Taux Standardisé

Ensemble de l'activité  
Taux de recours national : 272,43  
version v11f



### A- La chirurgie

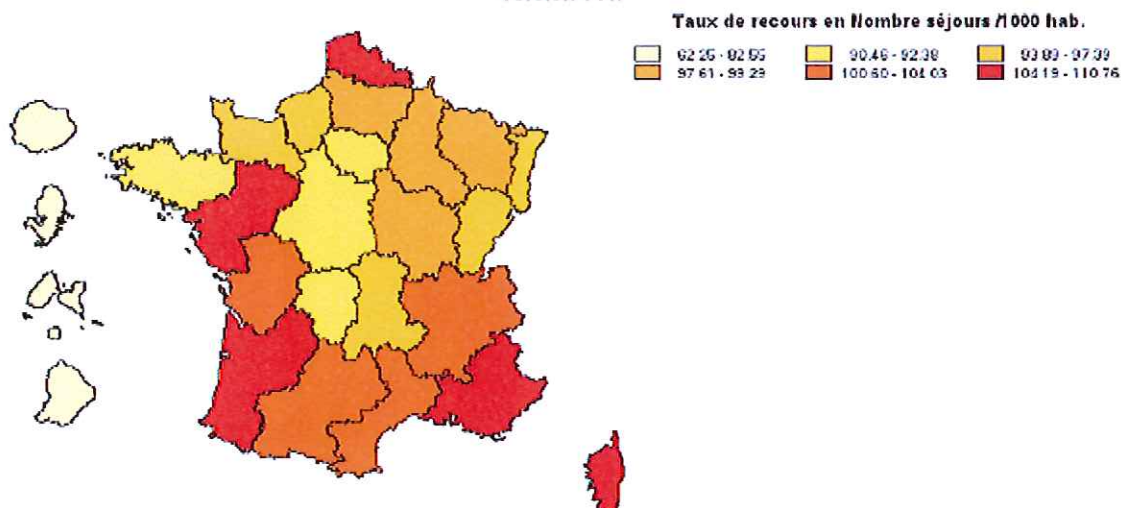
Il existe un sur-recours en région pour la chirurgie caractérisé par un taux de recours en 2014 de **104,77** contre **98,38** pour 1000 habitants au niveau national.

Si l'on observe l'évolution du taux de recours par année, la tendance en région sur 2011-2014 est plutôt à la baisse, plaçant ainsi la Corse au 3<sup>ème</sup> rang des régions françaises, derrière la région PACA (1<sup>ère</sup> position avec un taux de 110,76) et le Nord Pas-De-Calais (2<sup>ème</sup> position avec 107,76), alors qu'elle occupait le second rang jusqu'en 2012.

Parallèlement, la tendance nationale est à la hausse (+5 points entre 2010 et 2014).

## Taux de recours MCO par Région - séjours 2014/pop. 2012 - Taux Standardisé

Activité de soin - C : Chirurgie  
Taux de recours national : 98,38  
version v11f



### ➤ La chirurgie Hospitalisation Complète (HC)

Le taux de recours à la chirurgie sur la modalité « HC » est en baisse depuis 2012 en région ; la même tendance est observée au niveau national et ce depuis 2010.

On observe parallèlement une forte progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire (33,08 en 2010 à 39,61 en 2014) qui vient en substitution à la modalité « HC ».

## B- La chirurgie ambulatoire

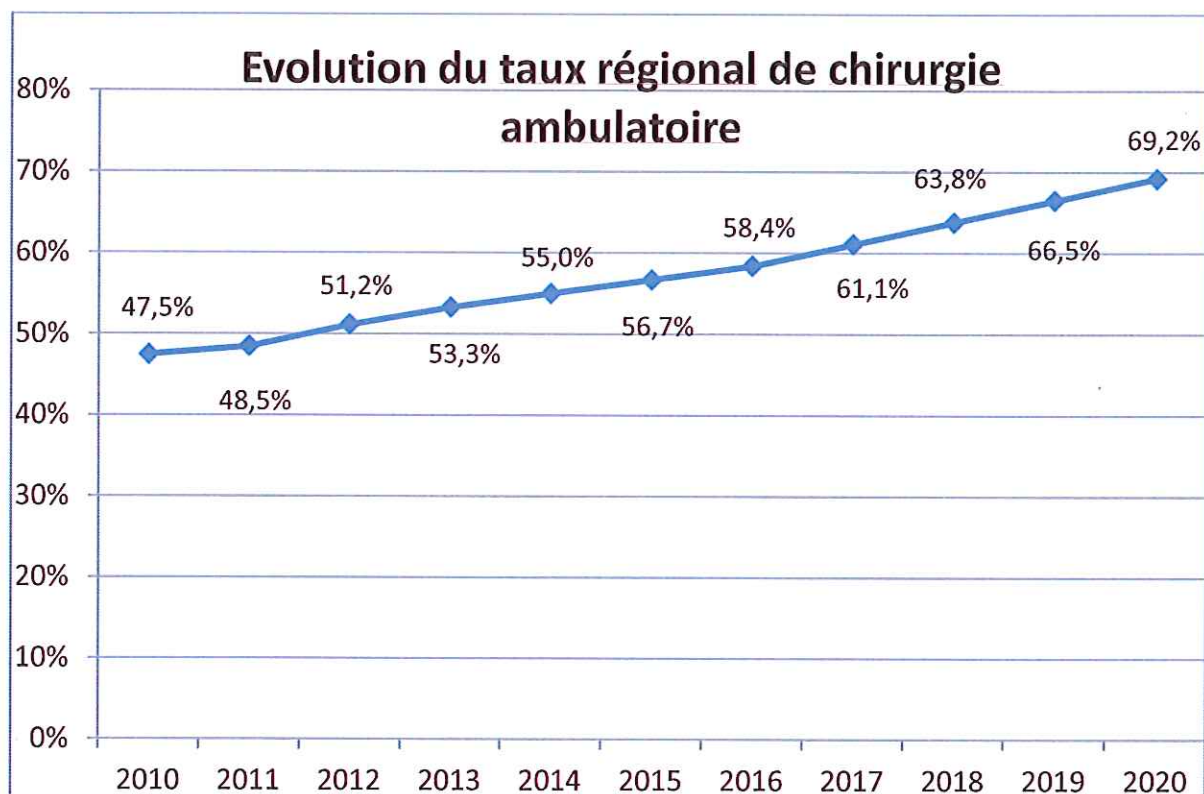
Le PRS de la région Corse a fait de la chirurgie ambulatoire un enjeu majeur. Le taux de chirurgie ambulatoire en 2013 s'établit à 48%, soit une progression de 6,3 points depuis 2010 liée à une prise de conscience des acteurs de santé publics et privés. Cette évolution est due en partie à la forte densité d'établissements privés qui en région, ont amorcé plus rapidement le redéploiement des séjours en hospitalisation complète. L'impulsion des directions d'établissements publics dans le cadre des orientations du COPERMO est également à considérer, sans oublier les restructurations de plateaux techniques dans le privé.

L'instruction DGOS du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015- 2020 a défini le taux cible national en 2020 à 66.2%.

Cet objectif, fondé sur une méthode unique de transférabilité des séjours d'hospitalisation est déterminé à partir des potentiels personnalisés de l'ensemble des établissements de santé, pour un nouveau périmètre incluant 7 nouvelles racines aux séjours en C :

- 03K02 (1à 4+J): Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires
- 05K14Z : Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours
- 11K07Z : Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire
- 12K06J : Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire
- 09Z02B : Chirurgie esthétique, avec complication significative
- 23Z03Z : Esthétique
- 14Z08Z : Interruption volontaire de grossesse.

Pour la région Corse, les perspectives d'évolution de la chirurgie ambulatoire sur la période 2015-2020 sont les suivantes.



Pour permettre l'atteinte de la cible, nous avons fait le choix de l'accompagnement des établissements en les aidant à poursuivre leur développement au regard de leur propre potentiel de transférabilité et de leur maturité dans le process modalité ambulatoire. La procédure MSAP a été également mobilisée pour permettre le développement de gestes marqueurs en retard pour la prise en charge en ambulatoire.

### C- L'obstétrique

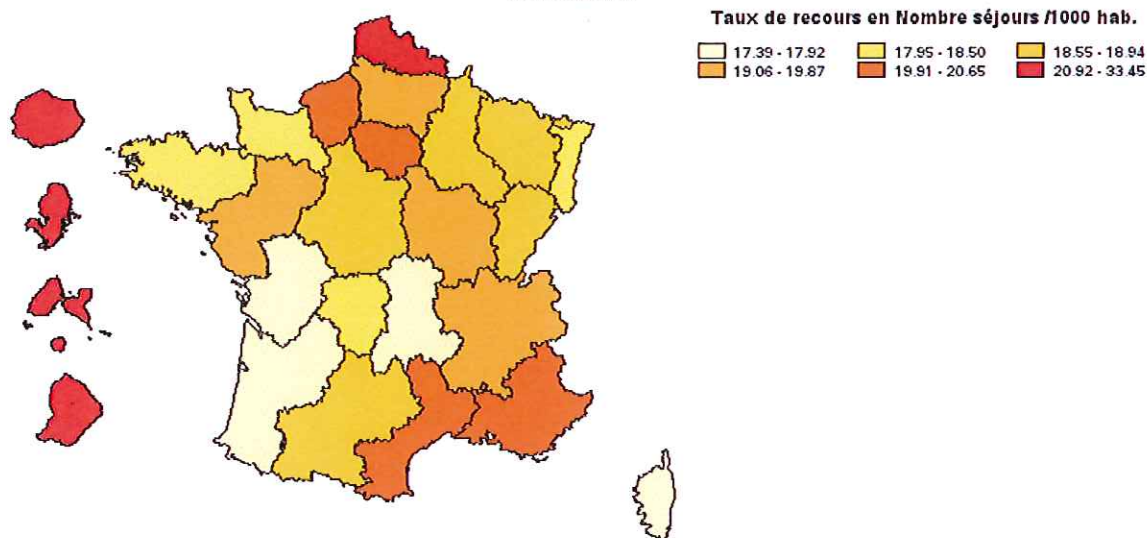
Le taux de recours en obstétrique est de 17,39 pour 1000 habitants versus 19,58 en France. La Corse est au dernier rang des régions françaises. Ce taux est à mettre en parallèle du taux brut de natalité. En 2014, ce dernier est de 9,2 pour 1000 habitants : la Corse avec la région Aquitaine Limousin Poitou a le taux le plus bas de toutes les régions françaises.

#### Taux de recours MCO par Région - séjours 2014/pop. 2012 - Taux Standardisé

Activité de soin - O : Obstétrique

Taux de recours national : 19,58

version v11f



### D- La médecine (séjours sans acte classant dont la 3<sup>ème</sup> lettre du GHM est M ou Z)

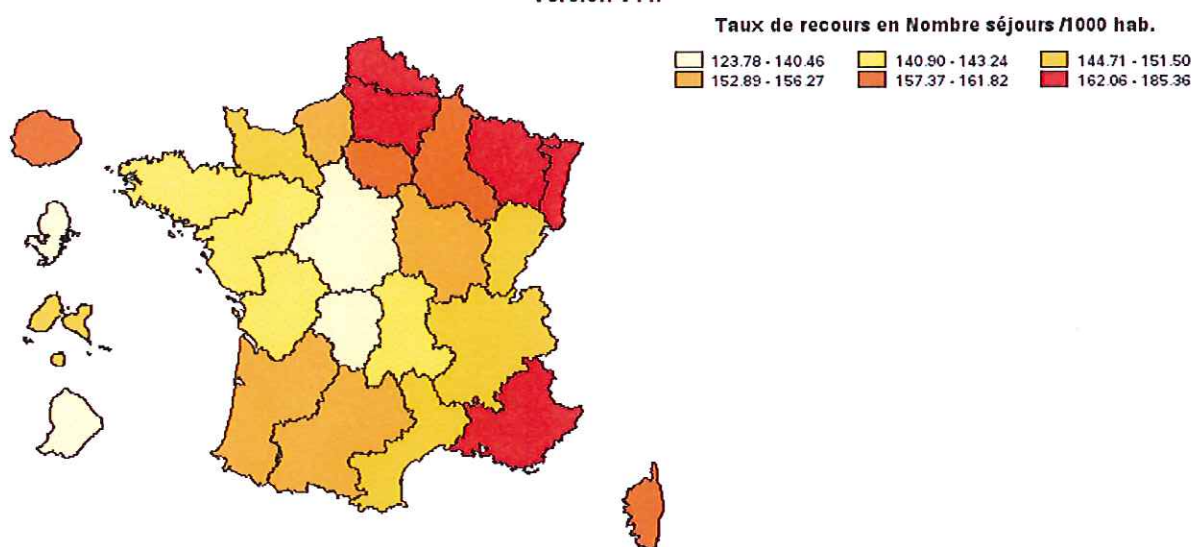
Le taux de recours en médecine est de 157,61 pour 1000 habitants contre 154,47 au niveau national. Sur les 26 régions françaises, la Corse est en 8<sup>ème</sup> position. (1<sup>ère</sup> : Nord Pas de Calais avec un taux de 185,36). Ce taux diminue en Corse depuis 2011 (- 5 points), alors que la tendance nationale est à la hausse (+3 points).

#### Taux de recours MCO par Région - séjours 2014/pop. 2012 - Taux Standardisé

Activité de soin - M : Médecine

Taux de recours national : 154,47

version v11f



#### E- La médecine hospitalisation complète (HC)

Pour les séjours d'au moins une nuit, le taux de recours en région est de 85,10 versus 82,31 pour 1000 habitants au niveau national, correspondant à un volume de 25 264 séjours produits par les établissements de la région.

Entre 2010 et 2014, ce taux diminue de -5 points en région, alors que la tendance nationale est stable.

#### F- La médecine hospitalisation partielle

Pour les séjours sans nuitée, le taux de recours est de 17,37 en Corse (-1 point depuis 2010) contre 27,75 pour 1000 habitants au niveau national avec un volume de 3 914 séjours. Malgré une offre peu présente, l'évolution du taux de recours régional est la même qu'au national.

#### G- Les séances<sup>4</sup>

Le taux de recours en région a fortement progressé depuis 2010. En 2014, il est passé de 123,17 à 139,46 pour 1000 habitants, soit un volume de 53 527 séances. Cette tendance à la hausse est également observée au niveau national : 140,10 en 2014 contre 117,8 en 2010.

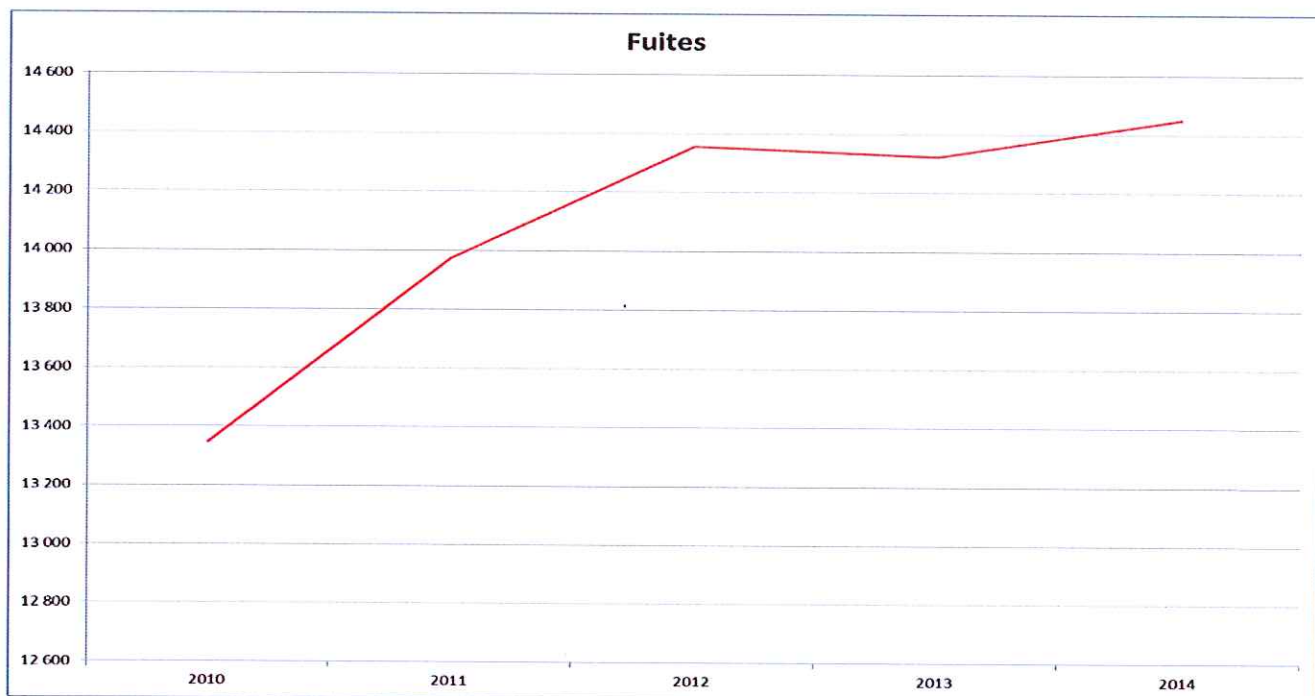
#### H- L'interventionnel (hors-cardiologie)

Le taux de recours est de 60 pour 1000 habitants en 2014 contre 46 au niveau national, soit un volume de 18 790 séjours produits par les établissements de la région. La Corse se place au-dessus du niveau national depuis 2010 : toutefois on notera une progression nationale, sur les 5 années observées, similaire à celle observée en région.

#### I- Les fuites

Entre 2010 et 2014, le nombre de séjours consommés dans des établissements continentaux progresse de +8% en volume, soit 1 102 séjours supplémentaires.

En parallèle, le nombre de séjours consommés dans les établissements de la région diminue sur la même période de 2% en volume, soit 1 608 séjours de moins.



<sup>4</sup> Au sens du PMSI, une séance est une venue dans un établissement de santé — «venue pour séance» — limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales) ou à une nuit en cas de séance nocturne (date de sortie supérieure de 1 à la date d'entrée), impliquant **habituellement** sa fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants à l'**exclusion de tout autre** : - épuration extrarénale, - chimiothérapie (pour tumeur ou pour affection non tumorale), - radiothérapie (préparation et irradiation), - transfusion sanguine, - oxygénothérapie hyperbare, - aphaérèse sanguine.

1.2.2. Des sur-recours identifiés sur plusieurs gestes

	Taux de recours régional 2014	Taux de recours national 2014	Evolution régionale en points 2010-2014	Evolution nationale en points 2010-2014	Existence d'un outil HAS (au 1er juin 2016)	Liste CNAMTS
Césarienne	2,31	2,34	-0,2	-0,16	Recommandations HAS, programme d'amélioration des pratiques : guide d'optimisation, 2 documents d'information, expérimentation, suivi du taux de césariennes	
Canal carpien	1,39	2,2	-0,26	-0,05	Evaluation technologique, programme d'amélioration des pratiques, validation du mémo CNAMTS	X
Appendicectomie	1,31	1,18	-0,31	-0,18	Evaluation technologique	X
Bronchiolite	0,56	0,68	0,09	0,05	Note de problématique	
BPC surinfectée	0,55	1,15	0,21	0,34	Fiche point-clé	
Amygdalectomie	0,86	1,01	-0,27	-0,05	Note de problématique / Validation mémo CNAMTS	X
Prothèse de genou	0,97	1,47	0,15	0,31	Evaluation technologique (Dispositifs médicaux-ligne générique revue)	
Prothèse totale de hanche	1,05	1,58	0,27	0,13	Evaluation technologique (Dispositifs médicaux-ligne générique revue)	
Infection et inflammation respiratoires (adultes)	0,38	0,64	0,16	0,16	Note de problématique	
Drain transtympanique	0,09	0,45	-0,08	-0,05	Note de problématique en cours	
Angioplastie coronaire	3,77	2,25	0,13	0,28	Guide parcours de soins maladies coronaires stables – HAS juillet 2014 Fiche pertinence angioplasties – HAS mai 2016	
Endoscopie digestive diagnostique	23,59	14,97	2,5	1,05	Note de problématique	
Coloscopie post polypectomie	28,57	20,7	0,83	0,41		
Cataracte	11,65	11,6	0,97	1,3	Note de problématique	
Intervention transurétrale ou par voie transcutanée	5,69	2,91	0,65	0,65		

	Taux de recours régional 2014	Taux de recours national 2014	Evolution régionale en points 2010-2014	Evolution nationale en points 2010-2014	Existence d'un outil HAS (au 1er juin 2016)	Liste CNAMTS
Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire	1,63	0,52	0,61	-0,07	Note de problématique pertinence en cours	
Affection de la bouche et des dents avec certaines extractions	6,18	4,73	0,77	0,44	Note de problématique : avulsion de la 3è molaire	
Arthroscopie autres localisations	0,52	0,25	0,17	0,13	Note de problématique sur arthroscopie de l'épaule	
Affection des voies biliaires	1,6	1,1	0,23	0,13		
Infection des reins et des voies urinaires	1,47	1,47	0,2	0,31	Note de problématique pertinence en cours	
Varice	1,46	1,73	-0,17	-0,14		
Anévrisme de l'aorte	0,06	0,05	-0,03	-0,01		
Colectomie totale	0,04	0,04	-0,02	0		
Hypertrophie bénigne de la prostate	0,87	1,07	0,06	0,12		
Hystérectomie	0,81	0,99	-0,1	-0,09		
Ligamentoplastie du genou	0,79	0,79	0,19	0,1		
Oesophagectomie	0	0,02	-0,02	0		
Pancréatectomie	0,06	0,06	0	0		
Pontage coronaire	0,31	0,3	0,1	0,01		
Thyroïdectomie	0,96	0,71	-0,08	-0,04	Validation HAS de mémo CNAMTS	X
Valve aortique	0,12	0,16	-0,02	-0,02		
Chirurgie du rachis	1,5	1,41	-0,05	0,18	Recommandations HAS	
Chirurgie bariatrique	1,3	0,72	0,85	0,31	Recommandations HAS / suivi d'indicateurs	X
Cholécystectomie (07C13)	0,63	0,5	-0,05	-0,08	Fiche point-clé pertinence	X
Cholécystectomie (07C14)	1,11	1,24	0,32	0,17		

## A- Bilan 2014

L'analyse des taux de recours des 33 gestes a été menée en considérant pour chaque geste :

- le comparatif du taux régional / national ;
- l'évolution régionale entre 2010 et 2014 au regard de l'évolution nationale ;
- l'existence d'un outil HAS ;
- la présence du geste sur la liste CNAMTS.

La Corse présente ainsi un sur-recours pour plusieurs gestes, dont 6 pour lesquelles elle figure au 1<sup>er</sup> rang des régions françaises :

- Endoscopies digestives diagnostiques : 23,67 (1ère région) - 7 842 séjours ;
- Coloscopies post polypectomies : 28,65 (1ère région) - 9 603 séjours ;
- Interventions transurétrales par voie transcutanée : 5,70 (1ère région) – 1 961 séjours ;
- LEC : 1,63 (1ère région) – 550 séjours ;
- Angioplasties coronaires : 3,78 (1ère région) – 1 317 séjours ;
- Chirurgie bariatrique : 1,3 (1ère région) – 345 séjours.

Pour les affections de la bouche /dents, le taux élevé (6,9) place la région au 4<sup>ème</sup> rang des régions françaises avec 1 771 séjours. Dans l'attente d'outils méthodologiques, notamment pour le bilan de la consommation en ville (données CNAMTS), ce geste ne fera pas pour l'instant l'objet d'analyse plus poussée en région.

Les endoscopies ont fait l'objet d'un diagnostic en 2013 dont la synthèse est présentée au paragraphe suivant.

## B- Focus endoscopies digestives – diagnostic 2013

L'étude a porté sur les données d'activités 2012 pour une population recensée en 2010. Les endoscopies digestives ont été choisies comme thème pertinence des actes en région Corse au regard du taux de recours standardisé pour l'interventionnel qui était de 51.93 en corse versus 40.50 en France.

### a) Critères du choix

Ce choix a été dicté par :

- un contexte régional mettant en exergue des taux de mortalité, d'incidence et de dépistage du cancer colorectal les plus bas de France.

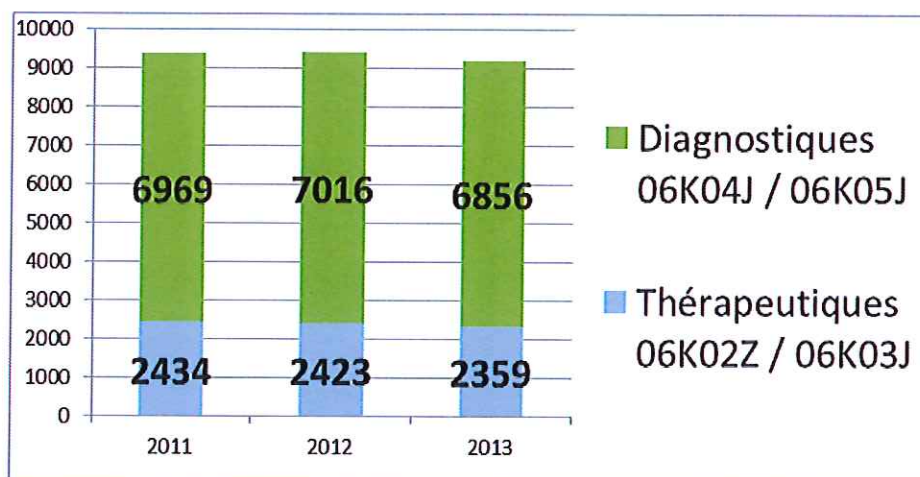
Taux standardisé Incidence : 32,1 pour les hommes et 23 pour les femmes en Corse versus 38.8 H et 23.9 F en France,

Taux standardisé Mortalité : avec 9,9 pour les hommes et 5,2 pour les femmes en Corse versus 14.1 H et 8.2 F en France,

Taux de participation dépistage organisé cancer colo rectal par test hémocult 7.1 (Sources : Institut de Veille Sanitaire - 1 Mars 2013).

- un fort poids des GHM endoscopies digestives en ambulatoire : Les GHM 06K04J, 06K05J, 06K02Z, et 06K03Z représentaient 69 % des séjours avec un acte de Fibro Oeso Gastro Duodénale ou de coloscopie. La part des GHM endoscopie digestive diagnostique était prédominante par rapport aux thérapeutiques, l'activité étant relativement stable sur les trois années 2011-2012-2013.





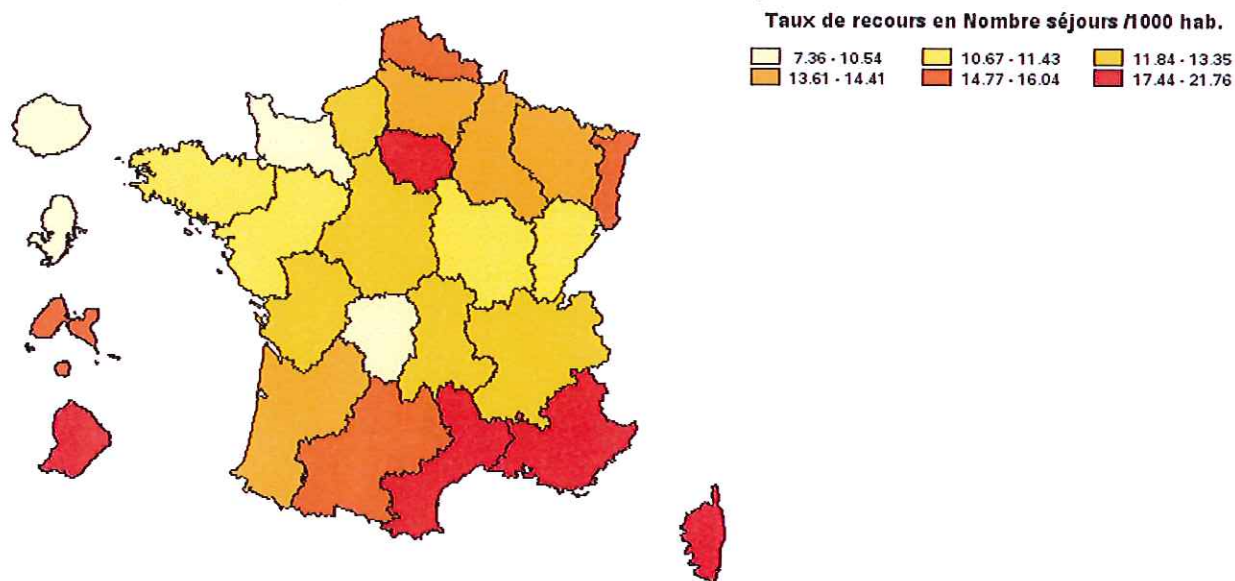
- Le taux de recours standardisé pour les GHM d'endoscopie digestive diagnostique 06K04J et 06K05J était de 21.76 pour 1000 habitants en Corse versus 14.67 France entière, plaçant la région en 1<sup>er</sup> place.

### Taux de recours MCO par Région - séjours 2012/pop. 2010 - Taux Standardisé

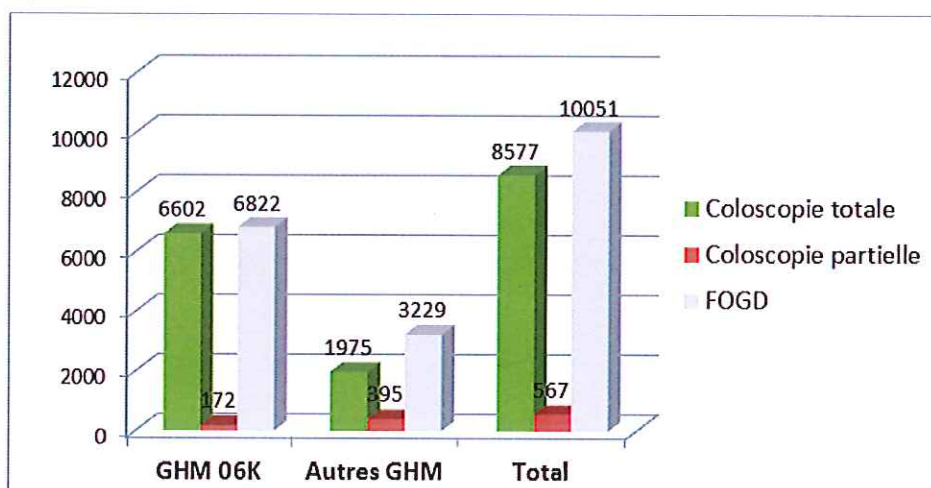
Indicateurs pertinences des soins : Endoscopie digestive diagnostique

Sélection par racine

Taux de recours national : 14,67



La répartition des actes diagnostiques ou thérapeutiques par type de GHM sur la région Corse réalisés pendant ces séjours était la suivante :



b) Les constats

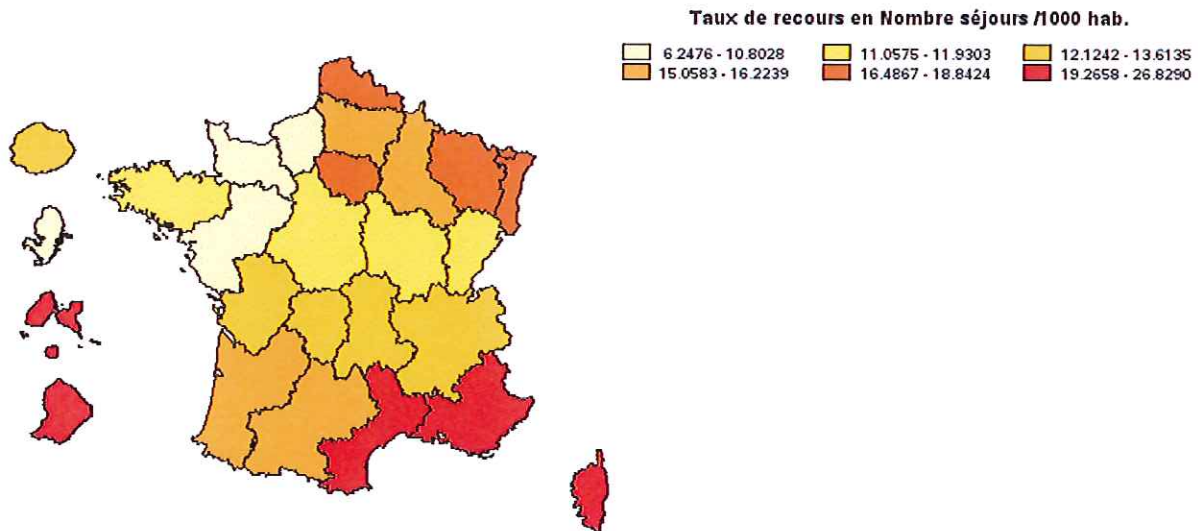
• Fibro Oeso Gastro Duodénoscopie FOGD

La FOGD sans test uréase représente 87.2 % des actes les plus fréquents d'endoscopie digestive haute. Les établissements privés réalisent 90% de ces actes, plaçant la région en 1ere position. A noter un taux de recours standardisé Corse : 26,8 versus national 15.6, 1<sup>er</sup> Rang sur 26 régions, les fuites représentent 6% des actes.

**Taux de recours MCO par Région - séjours 2012/pop. 2010 - Taux Standardisé**

Acte - HEQE002 : Endoscopie ½so-gastro-duodénale

Taux de recours national : 15,6467



Le détail des codes CCAM des Fibro Oeso Gastro Duodénoscopie est le suivant :

FOGD - Codes CCAM	Nombre d'actes	Poids	Dont ES Privés	Dont ES Publics
HEQE002 - ENDOS. O.G.D	8747	87,2%	90%	10%
HEQE005 - ENDOS. O.G.D +TEST À URÉASE APRÈS ÂGE 6ANS	1166	11,6%	100%	0%
HEFE002 - EXÉRÈSE 1À 3POLYPES <1CM T.DIG HT O-G-DSCOPIE	123	1,2%	98.4%	1,6%
Total général	10 036	100%	8 779	1 257

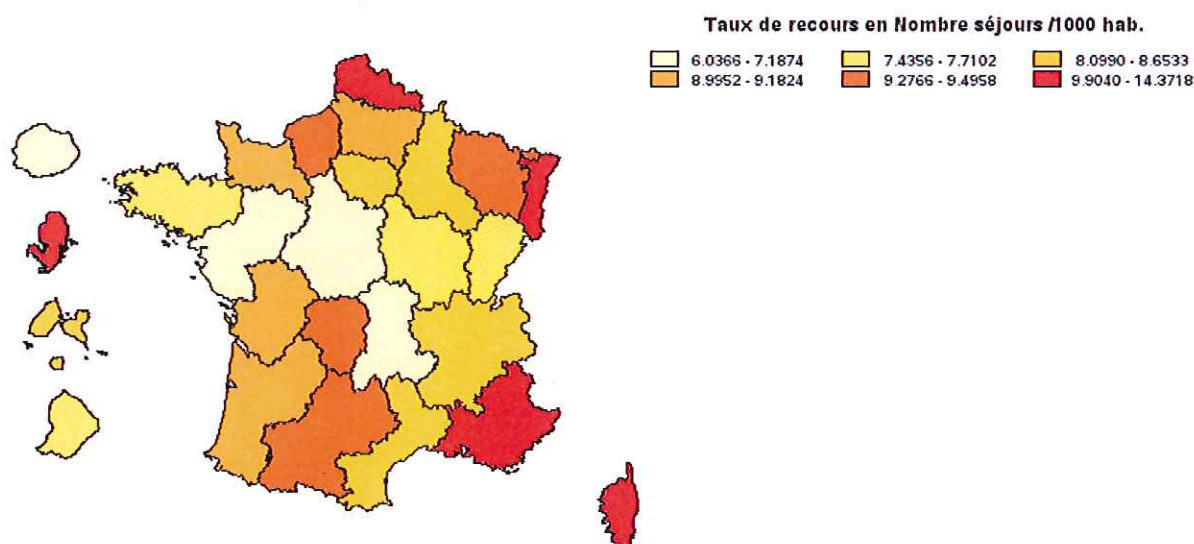
Dans nos départements, la ventilation est la suivante :

FOGD - Codes CCAM	2A	2B	Total
HEQE002 - ENDOS. O.G.D	3 144	5 603	8 747
HEQE005 - ENDOS. O.G.D +TEST À URÉASE APRÈS ÂGE 6ANS	1 160	6	1 166
TOTAL ENDOS O.G.D ( HEQE002+HEQE005)	<b>4304</b>	<b>5609</b>	<b>9913</b>
HEFE002 - EXÉRÈSE 1À 3POLYPES <1CM T.DIG HT O-G-DSCOPIE	61	62	123
Total volume	<b>4 365</b>	<b>5 671</b>	<b>10 036</b>
Poids	43%	57%	100%

- La coloscopie

La coloscopie totale sans franchissement iléo colique représente 56.1 % des actes les plus fréquents d'endoscopie digestive basse. Les établissements privés réalisent 91 % des actes plaçant la région en 1ere position pour le taux de recours.

**Taux de recours MCO par Région - séjours 2012/pop. 2010 - Taux Standardisé**  
 Acte - HHQE005 : Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cœcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique  
 Taux de recours national : 8,8993



A noter : un taux de recours standardisé Corse : 14.37 versus 8.89 en France, plaçant la région au 1<sup>er</sup> Rang sur 26 régions avec un taux de fuites de 4% des actes.

Le détail des codes CCAM des Coloscopies en région est le suivant :

Coloscopies totales - Codes CCAM	Nombre d'actes	Poids	Dont Privé	Dont Public
HHQE005 - COLO. TOT. +BAS-FOND CÆCAL SANS FRANCHISST ILÉOCOLIQUE	4789	56,1%	91%	9%
HHFE002 - EXÉRÈSE 1À 3POLYPES <1CM CÔLON +/- RECTUM COLO. TOT.	1991	23,3%	92%	8%
HHQE002 - COLO. TOT. +FRANCHISSEMENT ORIFICE ILÉOCOLIQUE	1163	13,6%	98%	2%
HHFE006 - SÉANCE MUCOSECTOMIE COLORECT. ENDOS.	446	5,2%	98%	2%
HHFE004 - EXÉRÈSE 1POLYPE >1CM/4POLYPES CÔLON +/- RECTUM COLO. TOT.	144	1,7%	96%	4%
<b>Total général</b>	<b>8533</b>	<b>100,0%</b>	<b>7907</b>	<b>626</b>

Dans nos départements, la ventilation est la suivante :

Coloscopies totales (codes CCAM)	2A	2B	Total
HHQE005 - COLO. TOT. +BAS-FOND CÆCAL SANS FRANCHISST ILÉOCOLIQUE	2184	2605	4789
HHFE002 - EXÉRÈSE 1À 3POLYPES <1CM CÔLON +/- RECTUM COLO. TOT.	851	1140	1991
HHQE002 - COLO. TOT. +FRANCHISSEMENT ORIFICE ILÉOCOLIQUE	563	600	1163
HHFE006 - SÉANCE MUCOSECTOMIE COLORECT. ENDOS.	267	179	446
HHFE004 - EXÉRÈSE 1POLYPE >1CM/4POLYPES CÔLON +/- RECTUM COLO. TOT.	59	85	144
Total volume	<b>3924</b>	<b>4609</b>	<b>8533</b>
Poids	<b>46%</b>	<b>54%</b>	<b>100%</b>

- Les doublons :

Une publication de la Société Française d'Endoscopie Digestive du 26 janvier 2013 a évalué sur les données d'activité 2011 pour la région Corse, le taux d'association coloscopie + FOGD/ Coloscopie à 59,5%, plaçant ainsi la Corse en seconde position après la Guadeloupe et pour une moyenne nationale à 35%.

Dans ce contexte nous avons souhaité analyser les doublons en région.

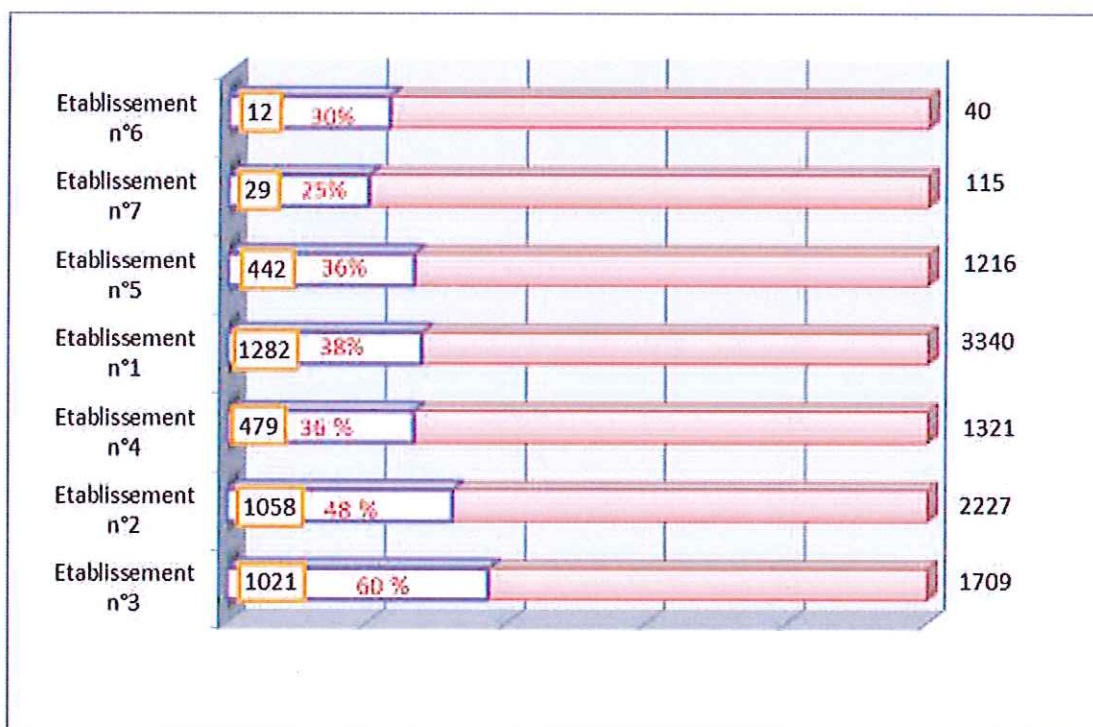
On appelle doublons les séjours durant lesquels on observe une coloscopie et une fibroscopie.

On note quatre possibilités :

- séjours avec FOGD + coloscopies diagnostiques totales ou partielles ;
- séjours avec coloscopies thérapeutiques + FOGD ;
- séjours avec fibroscopies thérapeutiques + coloscopies diagnostiques totales ou partielles ;
- séjours avec fibroscopies thérapeutiques + coloscopies thérapeutiques totales ou partielles.

La part des doublons par établissement anonymisé quel que soit le GHM de 0 jour est représentée par le graphe ci-dessous :

Nous constatons une pratique très variable d'un établissement à l'autre avec des extrêmes à 25% et 60%.



### *i. Les actions*

Le 17 décembre 2015, une présentation du diagnostic «Endoscopies » a été réalisée en Haute-Corse à la polyclinique R. Maynard en présence de l'ensemble des Hépatogastroentérologues libéraux de Haute-Corse, de la direction de l'établissement, du président de l'ARCODECA et médecin coordonnateur 3C et de l'ORS de Corse. Après cet échange avec les professionnels de santé un avenant au CPOM portant sur l'axe pertinence incluant la mise en œuvre de deux EPP sur cette thématique (suivi post polypectomies et doublons) a été signé avec la direction de l'établissement.

### 1.2.3. Analyse selon le mode de prise en charge

#### C- L'HAD

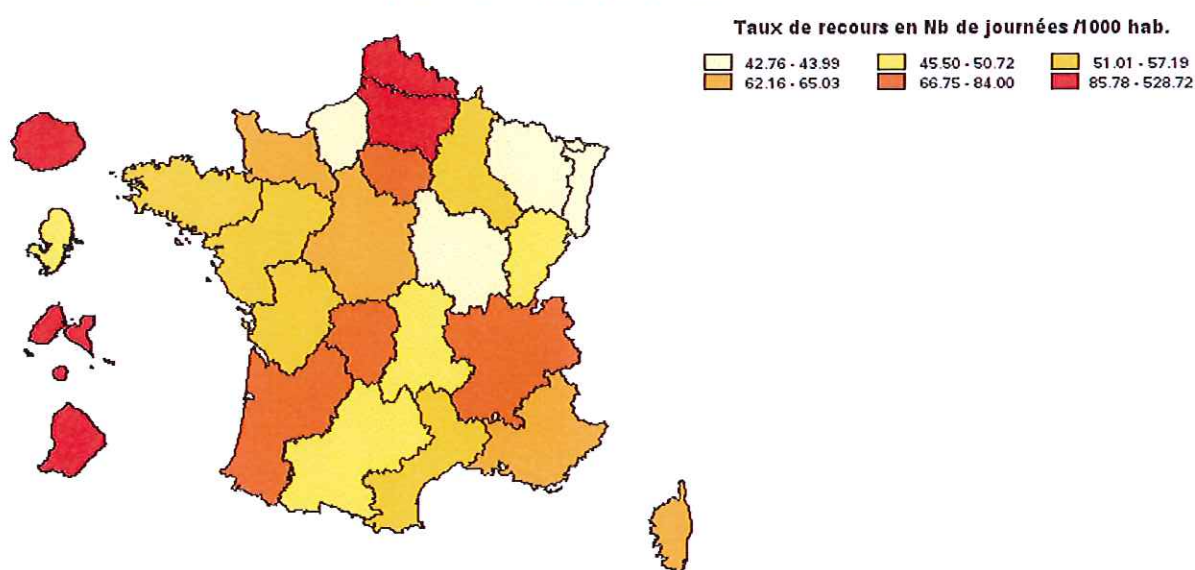
Le taux de recours HAD est de 65,03 pour 1000 habitants, soit 23 019 journées versus 67,51 pour 1000 au niveau national.

Sur les 26 régions françaises, la Corse est en 11ème position, les trois premières étant les DOM suivies de l'Île-de-France et le Nord-Pas-de-Calais.

L'analyse des taux de recours sur 2014 présente un biais du fait d'un codage PMSI non exhaustif sur l'année (absence de recueil PMSI pour une HAD).

#### Taux de recours HAD en Nb de journées par Région - Année = 2014 - Taux Standardisé

Ensemble de l'activité  
Taux de recours national : 67,51

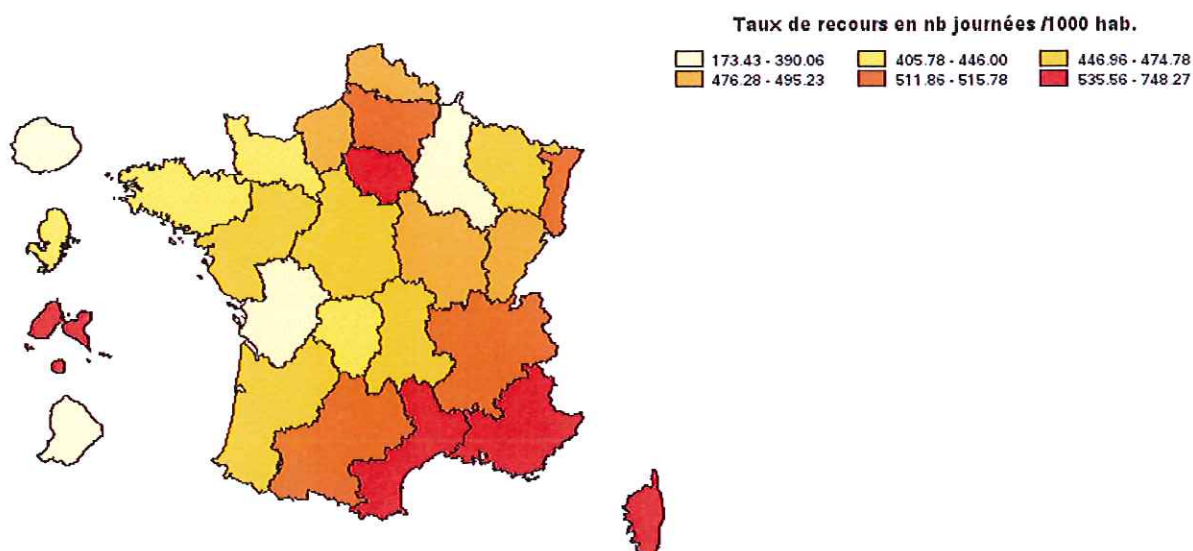


#### D- Le SSR

Un taux de recours SSR en hospitalisation complète de 591,65 pour 1000 habitants versus 514,51 France entière. Sur les 26 régions de France, la Corse est en 4ème position.

#### Taux de recours SSR par Région - Année = 2014 - Taux Standardisé

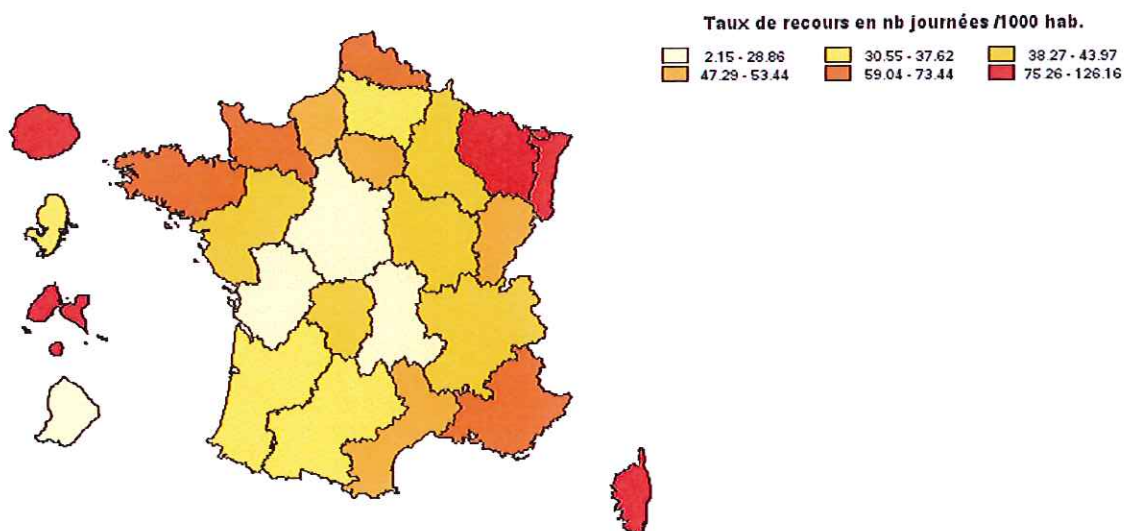
Hospitalisation Partielle/Complète - HC : Hospitalisation complète  
Taux de recours national : 514,51



Un taux de recours SSR – hospitalisation partielle de 81,88 pour 1000 habitants versus 52,06 France entière.

Sur les 26 régions de France, la Corse est en 2nde position derrière la Réunion.

**Taux de recours SSR par Région - Année = 2014 - Taux Standardisé**  
 Hospitalisation Partielle/Complète - HP : Hospitalisation partielle (jour,nuit,séances)  
 Taux de recours national : 52,06



Compte tenu des visites de conformité en cours sur 2015 et 2016 en lien avec l'octroi des mentions spécialisées, le SSR fera l'objet d'un diagnostic plus précis ; notamment sur l'évolution du volume des fuites en hospitalisation de jour.

a) Analyse comparative des séjours de SSR réalisés en Corse en 2014 à partir de Scansante

Il y a eu, en 2014, 1 393 405 séjours au niveau national dont 1 058 272 séjours en hospitalisation complète et 5 781 séjours en Corse dont 4 705 en hospitalisation complète.

La répartition par principales disciplines et par type d'autorisation de l'unité médicale est la suivante :

	<u>Corse</u>	<u>Base nationale</u>
Total séjours SSR :	5 781	1 393 405
Appareil locomoteur :	2 389 soit 41,3 %	246 727 soit 17,7 %
SSR indifférenciés ou polyvalents :	1 720 soit 29,8 %	517 779 soit 37,2 %
Dont		
Système digestif, métabolique et endocrinien :	890 soit 15,4 %	60 258 soit 4,3 %
Système nerveux :	417 soit 7,2 %	154 750 soit 11,1 %
Cardio-vasculaire :	309 soit 5,3 %	102 441 soit 7,4 %
Personnes âgées, polyopathologiques :	0	231 532 soit 16,6 %

On constate donc une nette différence de répartition des séjours pour affections de l'appareil locomoteur et pour affections digestives, métaboliques et endocriniennes qui sont 2 à 3 fois plus élevés en proportion par rapport au niveau national, et, à l'inverse, une absence de séjours pour personnes âgées polypathologiques qui représentent 16,6 % au niveau national.

#### **b) Analyse des séjours de SSR réalisés en Corse en 2015**

Une analyse a été faite à partir des données du PMSI disponibles en Mai 2016 sur le site e-PMSI pour la région Corse. Il s'agit de données portant sur le nombre de Suites Semestrielles de Résumés Hebdomadaires Anonymisés (SSRHA) pour l'année 2015 saisies par les médecins du Département d'Information Médicale (DIM) des établissements.

Elles concernent 6 établissements ex DG et 5 établissements ex OQN répartis comme suit :

- En Corse du Sud, 4 établissements ex DG et 4 établissements ex OQN
  - CH d'Ajaccio (HC)
  - HL de Sartène (HC)
  - HL de Bonifacio (HC)
  - CHS de Castelluccio (HC)
  - CRF et maison de repos Finosello (HC et HP)
  - Maison de convalescence Ile de Beauté (HC)
  - CRF Les Molini (HC et HP)
  - Maison de convalescence et régime Valicelli (HC)
- En Haute Corse, 2 établissements ex DG et 1 établissement ex OQN
  - CH Bastia (HC et HP)
  - CHI de Corté Tattonne
  - Maison de convalescence La Palmola

A noter, un 2ème établissement ex OQN sans donnée sur le PMSI 2015, la clinique Toga dont l'activité a démarré en janvier 2015.

En 2015, 11 506 SSRHA et 220 123 journées ont été produites en région.

La répartition est la suivante :

- 40 % des SSRHA ont été réalisées en hospitalisation complète (HC) et 60 % en hospitalisation de jour.
- 86 % des SSRHA et 80 % des journées ont été réalisées dans des établissements du 2A, que ce soit en hospitalisation complète ou partielle.
- **Les séjours pour affections et traumatismes du système ostéo-articulaire** représentent 61 % de l'ensemble des SSRHA et 36% des journées d'hospitalisation complète, au lieu de 34% au niveau national en journées.

Ils représentent 74 % des journées d'hospitalisation partielle, au lieu de 39% au niveau de la base nationale.



Ces journées d'hospitalisation partielle pour affections et traumatismes du système ostéo-articulaire sont réalisées à 80 % dans deux établissements ex OQN du 2A.

- Le deuxième motif d'hospitalisation en SSRHA en Corse sont **les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles** qui représentent 914 séjours et 29 460 journées, soit 13 % des journées, quasiment toutes en hospitalisation complète, au lieu de 3,6 % des journées au niveau de la base nationale. Ces séjours et journées sont concentrés dans un établissement ex OQN situé à proximité d'Ajaccio.

Au total, on constate des atypies au niveau de la Corse par rapport au niveau national, avec un sur-recours important en affections et traumatismes du système ostéo-articulaire en hospitalisation partielle et en affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, en hospitalisation complète, dans des établissements ex OQN de Corse du Sud.

### III. Les champs et domaines d'actions prioritaires

#### 3.1. Les champs d'actions du PAPRAPS

Le PAPRAPS doit fixer à l'issue du diagnostic régional les champs thématiques retenus ainsi que les domaines d'actions prioritaires.

Les champs thématiques de la pertinence se déclinent en 4 grandes familles :

- **La pertinence des actes** évoque en pratique les actes diagnostiques – biologie, imagerie médicale comme thérapeutiques – médicaments, actes chirurgicaux...) et pour ces derniers, les « 33 gestes » ciblés au niveau national, dont certains présentent de fortes atypies régionales.
- **La pertinence des prestations** renvoie aux différentes modalités de prise en charge (ambulatoire ou hospitalisation complète, hospitalisation de jour ou actes externes, SSR ou kinésithérapie de ville ...).
- **La pertinence des prescriptions** concerne aussi bien les ordonnances portant sur les produits de santé, (médicaments, dispositifs médicaux...), les actes de biologie, radiologie, kinésithérapie, transports...
- **La pertinence des parcours** c'est-à-dire la trajectoire des patients dans le système de soins, impliquant une décision d'orientation et une coordination entre plusieurs acteurs de santé. Ainsi les domaines d'action d'amélioration de la pertinence des soins peuvent aussi porter « sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement ». (R162-44 2°).

Le nombre des thématiques possibles qui peuvent être retenues exige une priorisation dans cette première année d'élaboration du PAPRAPS.

Cette priorisation a été établie en intégrant :

- les actions nationales qui revêtent un caractère obligatoire
- les actions régionales identifiées par le diagnostic régional ou déjà validées dans le cadre des travaux de gestion du risque sur la pertinence des soins.

Dans ce cadre, après validation de la CRGDR et avis favorable de l'IRAPS, il a été retenu le principe de limiter le champ de ce PAPRAPS première génération :

- au champ de la pertinence des actes, tels qu'ils sont identifiés dans le plan triennal régional, incluant les actes prioritaires de la CNAMTS et se limitant aux 33 actes de la liste ;
- au champ du virage ambulatoire, tel qu'identifié dans le plan triennal régional.

Le principe de réaliser ce premier PAPRAPS sur un champ limité correspond précisément à des actions en cours ou prévues dans le cadre du plan triennal négocié avec les établissements de santé.

Cette limitation tient compte également des contraintes régionales liées aux ressources et moyens disponibles. Ainsi, les champs du PAPRAPS pourront être étendus lors de sa prochaine révision en 2017.

Cette orientation aboutit à délimiter le PAPRAPS aux champs et domaines d'actions ci-après.

### 3.2. Les domaines d'actions du PAPRAPS.

Aux champs d'actions prioritaires fixés par le PAPRAPS, doivent être définis les domaines d'actions qui s'y rattachent.

Par domaines d'actions, plusieurs notions sont envisageables :

- la notion de « territoire d'action » (territoire de santé, département, région) ;
- les types d'actes ou prestations concernées (actes diagnostics, thérapeutiques...);
- les types de prescriptions (transport, médicament, imagerie, biologie ...).

Dans ce cadre, les domaines d'actions retenus dans le cadre de ce PAPRAPS sont les suivants :

- sur le champ relatif à la pertinence des actes : limitation aux 33 activités de pertinence conformément aux travaux initiés en 2012.
- sur le champ du virage ambulatoire : sélection des domaines retenus dans le cadre des plans nationaux menés par la CNAMTS dans le cadre du plan triennal ONDAM.

## IV. Les actions menées par domaines d'actions

### 4.1. Les actions nationales

Champs	Domaines	Actions MSAP	Autres actions	Actions Accompagnements AM
Virage ambulatoire	Chirurgie ambulatoire	x		
	Alternative au SSR	x		+ Prado
	Réduction de la durée de séjour (retour à domicile)			+ Prado maternité -maladies chroniques
	Hôpital de jour en médecine et forfaits SE	x		
Pertinence des soins	Chirurgie bariatrique	x		x
	Chirurgie du canal carpien	x		x
	Appendicectomie		x	x
	Thyroïdectomie	x		x
	Cholécystectomie	x		x

*\*Ainsi que les thèmes« amygdalectomie enfants » et Examens pré -anesthésiques » pour des actions d'accompagnements MMH annoncés pour 2016*

#### 3.1.1. Virage ambulatoire

Le virage ambulatoire était l'une des priorités de gestion du risque (GDR ARS), intégrée depuis 2010 dans le Plan Régional de GDR des ARS, mis en œuvre en lien avec l'Assurance Maladie.

Il est réaffirmé dans le plan triennal 2015-2017 : le développement de la chirurgie ambulatoire s'intègre à l'objectif « Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement et en ville ». L'enjeu est d'atteindre un taux national global de chirurgie ambulatoire de 57% en 2017 et une économie de 400 M€ à travers le développement de la chirurgie ambulatoire et l'optimisation des capacités.

Le bloc opérationnel « Virage ambulatoire et impact capacitaire » est un bloc commun co-piloté par l'ARS et l'Assurance Maladie au sein de la Commission Régionale de Gestion du Risque.

A travers la COG 2014-2017 signée avec l'état, la CNAMTS s'est engagée à « contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficacité du système de soins », en particulier par la promotion du développement et de la mise en œuvre de référentiels de bonnes pratiques médicales et paramédicales. La procédure du MSAP y garde toute sa place.

## A- Chirurgie ambulatoire

La procédure de mise sous accord préalable pour la chirurgie ambulatoire (MSAP CA) contribue avec d'autres actions (incitations tarifaires, accompagnement des établissements,...) à la progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire en France. Cette MSAP CA repose sur une liste de gestes établie avec les sociétés savantes. L'Assurance Maladie propose d'enrichir régulièrement cette liste avec un rythme de 5 nouveaux gestes en moyenne par an pour l'étendre à de nouvelles spécialités médicales (neurochirurgie,...) et sensibiliser davantage d'établissements et de professionnels à la chirurgie ambulatoire.

- La HAS et l'ANAP ont poursuivi leurs travaux conjoints sur les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire (« Eléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient /Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, ANAP/HAS, mai 2014 » [www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201407/tc\\_chir\\_ambu\\_axe2\\_vf.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201407/tc_chir_ambu_axe2_vf.pdf))

Les principaux points clés sont les suivants :

- la chirurgie ambulatoire est confirmée chirurgie de première intention : « Le plus important est de rechercher les éléments qui motiveraient une prise en charge en hospitalisation conventionnelle et non ce qui motive la prise en charge en ambulatoire » ;
- l'approche au cas par cas doit tenir compte du triptyque structure-acte-patient ;
- le patient participe à la prise de décision qui se fait en colloque singulier avec lui et/ou son représentant légal : « le refus du patient du mode de prise en charge en ambulatoire est un critère de non éligibilité sans que cela ait une conséquence sur sa prise en charge médicale ».

- La HAS a labellisé les recommandations AFU/SFAR/AFCA/ANAP relatives à la chirurgie ambulatoire en urologie.

<http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/basebibliographique/article/html/chirurgie-ambulatoire-en-urologie-argumentaire.html>

- La SFORL a formalisé en 2014 des recommandations sur la prise en charge en ambulatoire de 4 interventions (inscrites en 2012 sur la liste de la MSAP) : méatotomie moyenne par endoscopie (GBPE001), septoplastie (GAMA007) : réduction de fracture de l'os nasal par abord direct (LAEA007), réduction de fracture des os propres du nez, technique fermée (LAEP002) : (Consensus formalisé d'experts, 2014 ; [www.orlfrance.org/download.php?id=199](http://www.orlfrance.org/download.php?id=199))

- **Les gestes marqueurs :**

55 gestes marqueurs (+12 par rapport à 2013-2014)

Les sociétés savantes et/ou les Conseils Nationaux Professionnels ont de nouveau été rencontrés. De nouveaux actes regroupés en nouveaux gestes ont été intégrés à la liste avec leur accord (annexe 1).

Les 12 nouveaux gestes marqueurs et répartis en 4 spécialités sont :

- «chirurgie des sinus» et «chirurgie du tympan» en accord avec la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie (SFORL)
- «réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique», «gestes secondaires sur lambeau» et «plastie de lèvres » en accord avec la Société Française de Chirurgie Plastique et Reconstructrice (SOFCPRE) et la Société Française de Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie orale (SFSCMFCO)
- «exérèse de lésion de la bouche», «gestes sur les glandes salivaires», « fermeture de fistule buccale», en accord avec la Société Française de Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie orale (SFSCMFCO)
- «chirurgie du trou maculaire», «Chirurgie du glaucome», «vitrectomie avec pelage de membrane» et «vitrectomie postérieure isolée», en accord avec l'Académie Française d'Ophthalmologie (AFO-CNP)

➤ *Les outils disponibles :*

Le questionnaire médico-social a été modifié pour la campagne 2015-2016 afin de prendre en compte l'avis du patient.

Les indications de la prise en charge en chirurgie ambulatoire supposent un patient informé et consentant. L'information claire du patient doit favoriser sa mise en confiance et limiter les refus, en particulier pour convenance personnelle.

En mai 2014 un document conjoint HAS/ANAP (cf. chapitre « actualités ») recommande la prise en compte du choix du patient : « Le refus du patient du mode de prise en charge en ambulatoire est un critère de non éligibilité sans que cela ait une conséquence sur sa prise en charge médicale ».

## **B- Alternative au SSR**

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

Le dispositif légal de la MSAP SSR porte sur l'établissement prescripteur des soins de suite et de réadaptation.

L'ensemble des séjours en SSR prescrits par un professionnel d'un établissement MCO ayant une activité de soins de chirurgie quel que soit leur statut (public, ESPIC ou privé lucratif) est concerné, c'est-à-dire :

- transfert direct ou la mutation depuis le MCO après une intervention programmée ou en urgence,
- entrée en SSR programmée par le MCO après un retour au domicile.

### ➤ Objectifs de la MSAP SSR

Pour l'assurance maladie, les enjeux qualitatifs de l'amélioration de la pertinence des soins sont:

- 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) 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.

### ➤ Les gestes de chirurgie orthopédique visés :

Par définition, la MSAP ne concerne que les séjours sans complication ne nécessitant pas une hospitalisation en soins de suite au vu des référentiels HAS.

Les gestes de chirurgie orthopédique visés sont :

- ✓ Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou (PTG) en 1ère intention (recommandation HAS de 2008),
- ✓ Chirurgie réparatrice des ruptures de coiffe de l'épaule (recommandation HAS de 2008),
- ✓ Ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA) du genou (recommandation HAS de 2008),
- ✓ Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche (PTH) en 1ère intention hors fracture du col du fémur (recommandation HAS de 2006),
- ✓ Ostéosynthèse d'une fracture trochantérienne du fémur (Osteo\_femur) (recommandation HAS de 2006),
- ✓ Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur (hanche/fracture) (recommandation de 2006).

Ils ont été choisis en fonction :

- du taux de recours élevé, au niveau national, à une prise en charge en SSR pour ces mêmes actes ;
- des recommandations existantes portant sur les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR pour certains actes (recommandations de la HAS du 29 mars 2006 et publications de 2008 relatives aux critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR),

1- Recommandations de la Haute Autorité de santé, établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, 29 mars 2006

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Art29.pdf>

2- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après arthroplastie totale du genou, janvier et novembre 2008

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_639103/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-arthroplastie-totale-du-genou](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_639103/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-arthroplastie-totale-du-genou)

3- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties de l'épaule, janvier et novembre 2008

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_613749/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-chirurgie-des-ruptures-de-coiffe-et-arthroplasties-de-l-epaule](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_613749/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-chirurgie-des-ruptures-de-coiffe-et-arthroplasties-de-l-epaule)

- 4- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou, janvier 2008  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_639105/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-ligamentoplastie-du-croise-anterieur-du-genou](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_639105/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-ligamentoplastie-du-croise-anterieur-du-genou)
- 5- Prothèses totales de la hanche : évaluation des prothèses de hanches : définition des indications et des situations cliniques d'utilisation des différents types de prothèses existantes, description des caractéristiques techniques auxquelles doivent répondre les prothèses inscrites sur la LPPR, ainsi que leurs conditions de prise en charge... (2007)  
[http://www.has\\_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_evaluation\\_des\\_protheses\\_de\\_hanche.pdf](http://www.has_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_evaluation_des_protheses_de_hanche.pdf)

➤ **Les patients concernés :**

Les patients concernés sont les adultes à partir de l'âge de 18 ans affiliés au régime général y compris SLM ne présentant pas d'incompatibilité de maintien à domicile du fait :

- de complications locales, régionales ou générales,
- de pathologies associées,
- d'isolement social,
- d'une offre en kinésithérapie de ville insuffisante.

### **C- Hospitalisation de jour – forfaits SE**

Deux actions sur la problématique de l'environnement particulier dans le même esprit que la MSAP CA : hospitalisation de jour médecine et actes ouvrant droit à SE (forfait Sécurité Environnement) réalisés en hospitalisation de jour.

Ces deux actions ont été choisies du fait des anomalies découvertes dans l'utilisation du codage lors des contrôles T2A réalisés par les médecins conseils.

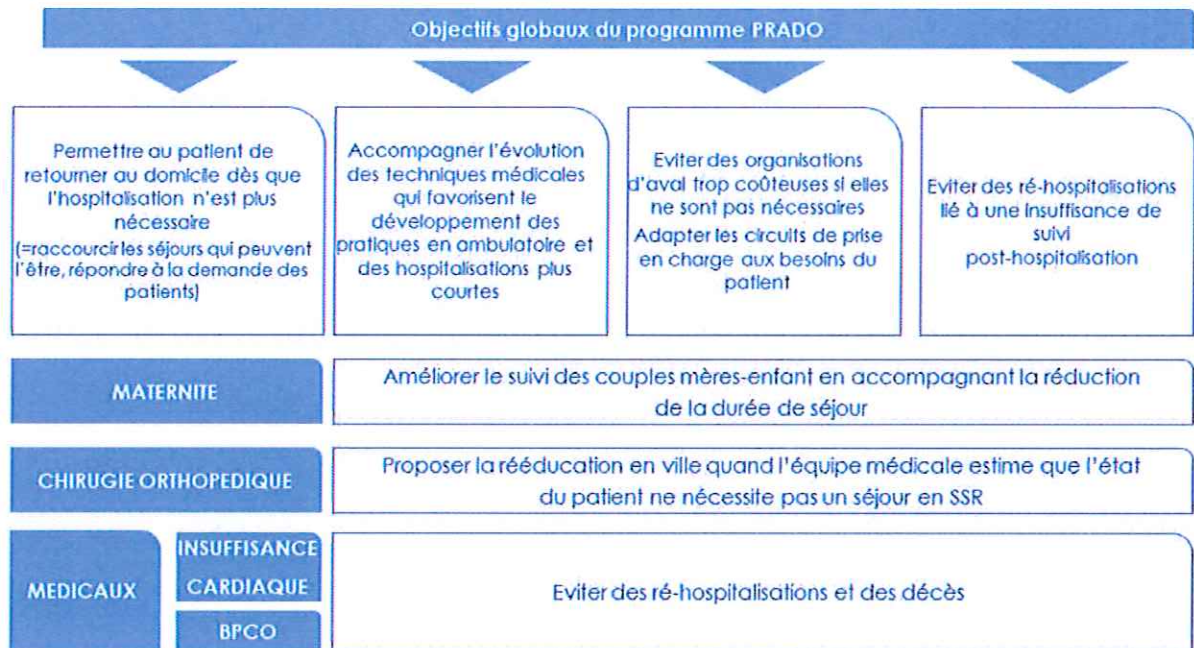
### **3.1.2. Le programme PRADO, priorité de l'Assurance Maladie**

#### **A- Les objectifs du programme**

L'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation est l'une des nouvelles offres de service de l'Assurance Maladie.

Son objectif :

- ✓ anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital – ville ;
- ✓ favoriser le retour à domicile des patients nécessitant temporairement un soutien à la vie quotidienne en participant au financement ;
- ✓ le conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) est un facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile.



Le conseiller de l'Assurance Maladie recueille l'adhésion du patient, le choix des professionnels de santé libéraux et organise les premiers rendez-vous à sa sortie et informe le médecin traitant.

L'Assurance Maladie peut proposer une participation financière pour les patients ayant besoin d'aide à la vie.

### B- Les étapes de mise en place d'un volet PRADO au niveau local





## C- Les thèmes en cours

### PRADO maternité

#### Principe :

Il répond à la demande des patientes qui souhaitent retourner rapidement à leur domicile et bénéficier d'une transition en douceur entre la maternité et la prise en charge seule de leur bébé. Il s'explique en outre par le besoin d'améliorer l'efficacité du système de soins hospitalier. En effet, aujourd'hui la France se situe en 23ème position sur les 25 pays de l'OCDE en termes de durée moyenne de séjour (4,3 jours contre 3,2).

Mise en relation de parturiente (ayant accouché par voie basse ou césarienne sans complications d'un enfant unique) avec la sage-femme libérale de son choix

#### Déploiement :

- Généralisation depuis 2012
- 2743 adhésions en région depuis la mise en place du dispositif
- 3 établissements adhérents

#### PRADO sorties précoces :

- Généralisation du dispositif pour l'ensemble des établissements concernés en 2016

#### Un outil ePRADO mis à disposition

- Application permettant la dématérialisation des différentes étapes du PRADO maternité

### PRADO chirurgie (orthopédique)

#### Principe :

Mise en relation du patient opéré d'une des 23 interventions de la liste HAS avec l'IDEL et/ou le MKL de son choix + possibilité de bénéficier d'une aide à la vie (portage de repas et/ou aide ménagère)

#### Déploiement :

- Généralisation en 2014
- 165 adhésions en région depuis la mise en place du dispositif
- 5 établissements adhérents

#### Evolutions prévues du programme

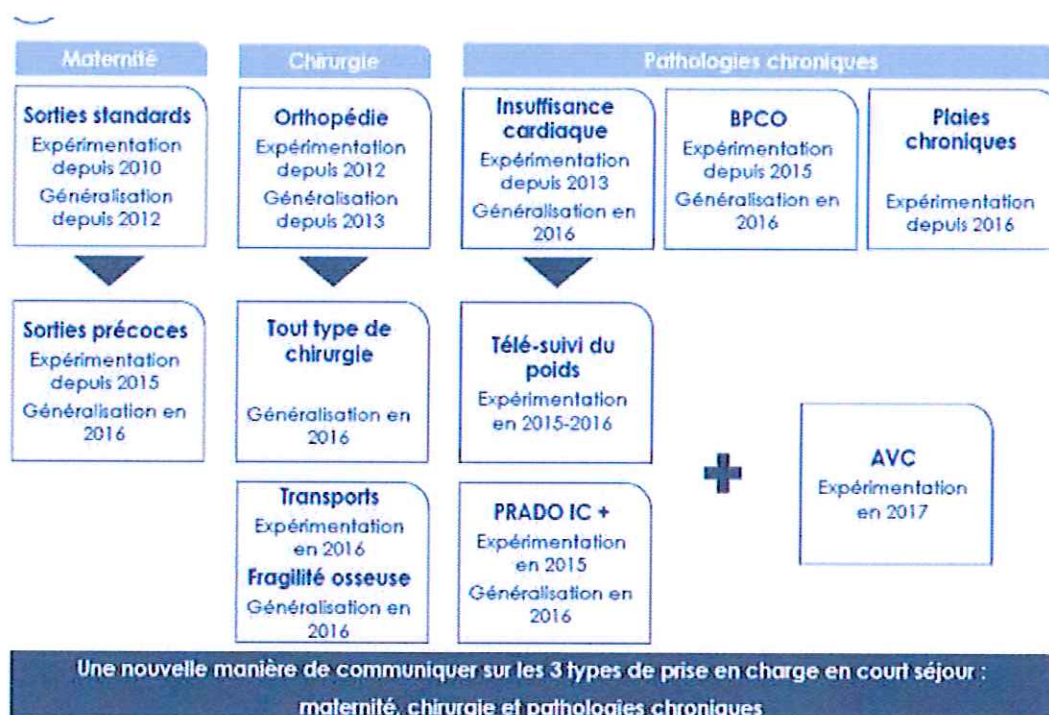
##### Fragilité osseuse

- Objectif : réduire les ré-hospitalisations pour fractures par fragilité osseuse
- Activité déployée à partir du début de l'année 2016

##### Extension à l'ensemble de la chirurgie

- Extension prévue sur les actes majeurs de chirurgie (majoritairement digestifs) nécessitant un accompagnement en sortie d'hospitalisation
- Une anticipation et organisation de cette prise en charge en ville par PRADO pourrait permettre de :
  - ➔ diminuer les durées de séjour en accompagnant la RAC
  - ➔ accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire

## D- Les thèmes à venir à partir de 2016



## PRADO médecine

### Insuffisance cardiaque

Ce programme est centré sur les besoins du patient, il est fondé sur trois piliers :

1. l'aide à la mise en place du suivi médical par les professionnels de santé désigné par le patient ;
2. l'accompagnement attentionné du patient par une IDEL (spécifiquement formée à l'insuffisance cardiaque), par son médecin traitant et par son cardiologue ;
3. l'initialisation d'une aide à la vie si cela s'avère nécessaire.

#### Principe :

- ✓ Mise en relation du patient ayant subi une décompensation cardiaque avec l'IDEL, le médecin traitant et le cardiologue de son choix
- ✓ Accompagnement jusqu'à 6 mois

#### Déploiement :

- Expérimentation au niveau national depuis 2013
- Ce dispositif sera proposé à l'ensemble des établissements concernés dès 2016.

## Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

### Principe :

Mise en relation du patient ayant subi une exacerbation de BPCO avec l'IDEL, le médecin traitant, le masseur-kinésithérapeute libéral et le pneumologue de son choix.

Accompagnement jusqu'à 6 mois.

### Déploiement :

- Expérimentation au niveau national depuis 2015
- Ce dispositif sera proposé à l'ensemble des établissements concernés dès 2016.

## Plaies chroniques

### Principe :

Mise en relation du patient souffrant d'un ulcère de jambe, escarres ou plaies du pied diabétique avec les professionnels de santé libéraux concernés.

### Déploiement :

- Expérimentation au niveau national à compter de 2016
- Ce dispositif sera proposé à l'ensemble des établissements concernés dès généralisation.

## AVC

### Déploiement :

- Expérimentation au niveau national à compter de 2017
- Ce dispositif sera proposé à l'ensemble des établissements concernés dès généralisation.

### 3.1.3. Pertinence des soins – actions d'accompagnement et MSAP

Les actions nationales retenues sur le champ de la pertinence des soins seront mises en œuvre selon deux modalités :

- des actions d'accompagnement ;
- des actions MSAP dont les critères de ciblage sont définies au 4.1.

#### A- Chirurgie bariatrique (obésité) -

L'obésité est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge globale, pluridisciplinaire et sur le long terme. Les conséquences sont nombreuses sur la santé selon son degré de sévérité : risque accru de décès prématuré à plusieurs maladies morbides ayant des effets indésirables sur la qualité de vie.

Objectifs du traitement de l'obésité : perte de poids et traitement des complications et des comorbidités.

- Traitement chirurgical : traitement de seconde intention
  - après échec du traitement médical bien conduit, chez des sujets avec un indice de masse corporelle (IMC) > 40 kg/m<sup>2</sup> ou avec un IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> associé à des comorbidités.
  - modifie l'anatomie du système digestif :
    - soit pour diminuer la quantité d'aliments consommés (restriction),
    - soit pour diminuer la quantité d'aliments et leur assimilation par l'organisme (restriction et malabsorption).

## Constats :

Le sujet de la pertinence de la chirurgie bariatrique renvoie à la fois de la santé publique, au parcours de soins et aux dépenses d'assurance maladie :

- chirurgie en pleine croissance dont la pertinence est un enjeu de santé publique,
- parcours de soins pré opératoire dont l'étude permet d'identifier des situations cliniques où les indications opératoires sont susceptibles d'être non pertinentes par rapport aux référentiels HAS de prise en charge de l'obésité,
- suivi insuffisant, coûts induits de la non pertinence : non seulement en termes de coût du geste et de l'hospitalisation, complications post opératoires, arrêt de travail .... mais aussi en termes de confort de vie pour les patients opérés indument.

## Messages du référentiel :

Améliorer la pertinence des actes de chirurgie bariatrique et réduire la survenue de complications par :

- une juste sélection (indications et contre-indications),
- une évaluation médico-chirurgicale préopératoire et une prise en charge « cadrée » du patient avant l'intervention,
- une concertation pluridisciplinaire avant la décision chirurgicale,
- une information et /préparation importante des patients,
- une prise en charge et un suivi médical du patient après son intervention et à long terme.

La chirurgie ne peut être envisagée que chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

## INDICATIONS :

- patients avec un IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> ou bien avec un IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie,
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois,
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids,
- patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires,
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme,
- avec un risque opératoire acceptable.

## CONTRE-INDICATIONS :

- les troubles cognitifs ou mentaux sévères,
- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaires,
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé,
- la dépendance à l'alcool ou à des substances psychoactives licites ou illicites,
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée,
- les maladies mettant en cause le pronostic vital à court ou moyen terme,
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

Référentiel HAS 2009 : « Obésité » - prise en charge chirurgicale de l'adulte

## B- Canal carpien

### Recommandations de la HAS et outils

Chirurgie du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente

- ✓ Note de cadrage, décembre 2011,
- ✓ Rapport d'évaluation technologique (textes long et court), septembre 2012.
- ✓ Référentiels de bonne pratique destinés aux Professionnels de santé
- ✓ Syndrome du canal carpien / Référentiel du parcours de soins, octobre 2013
- ✓ En collaboration avec la HAS, les outils CNAMTS / HAS :
  - <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/syndrome-du-canal-carprien.php>
  - Guides patient : Le syndrome du canal carpien. Vous ressentez des fourmillements dans la main ?
  - <http://www.ameli-sante.fr/syndrome-du-canal-carprien/definition-syndrome-du-canal-carprien.html>

### Objectifs de qualité pour la chirurgie du canal carpien :

- Essayer systématiquement un traitement médical avant la chirurgie, en l'absence de signe de gravité
- Réaliser un électroneuromyogramme dans les 3 à 6 mois précédant la chirurgie
- Faire participer le patient à la décision de chirurgien
- Analyse de la décision de traitement chirurgical :
  - la présence ou l'absence de signe de gravité est notée dans le dossier,
  - en l'absence de signe de gravité clinique (trouble objectif de la sensibilité, faiblesse ou amyotrophie des muscles thénariens externes) ou à l'électroneuromyogramme (perte axonale), un traitement par infiltration de corticoïdes a été tenté avant la chirurgie,
  - un électroneuromyogramme a été fait dans les 6 mois précédant la chirurgie,
  - l'électroneuromyogramme avant chirurgie est positif (vitesse de conduction nerveuse diminuée).

## C- Appendicectomie

### Recommandations de la HAS

Appendicectomie : Éléments décisionnels pour une indication pertinente

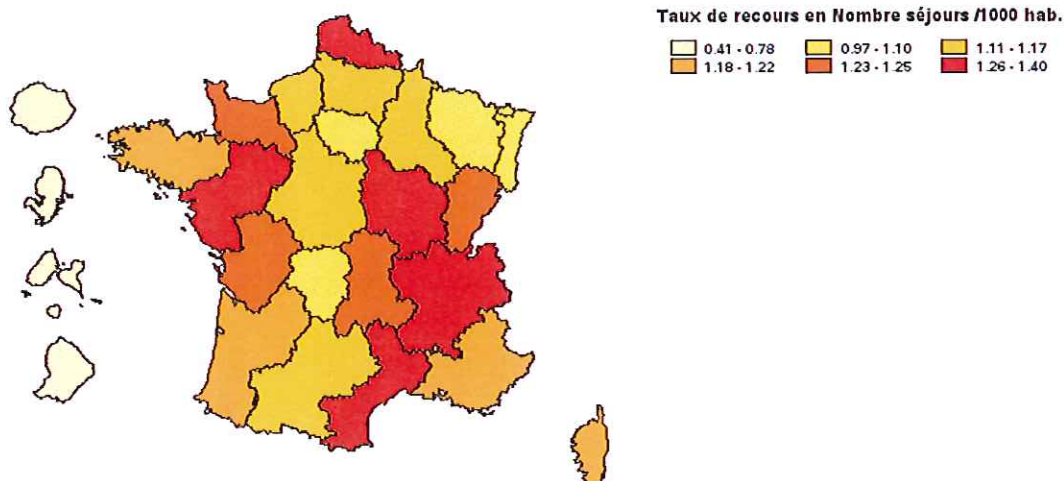
- Note de cadrage, 20/07/11,
- Rapport d'évaluation technologique (textes long et court), novembre 2012.

### Taux de recours MCO par Région - séjours 2014/pop. 2012 - Taux Brut

Indicateurs pertinences des soins : Appendicectomie

Sélection par geste

Taux de recours national : 1,18  
version v11f



Si le nombre global d'appendicectomies réalisées a considérablement diminué ces dernières années, la France se caractérise toujours par un taux d'interventions élevé par rapport à d'autres pays européens. En outre, des disparités géographiques importantes existent : le taux de recours à l'appendicectomie varie ainsi du simple au double entre les départements. Pour notre région le taux de recours 2014 est de 1.31 versus 1,18 au niveau national.

## D- Thyroïdectomie pour nodules thyroïdiens sans hyperthyroïdie

Le nodule thyroïdien est fréquent et le plus souvent bénin. Seul 5% des nodules détectés sont à risque cancéreux, ils font généralement l'objet d'un bon pronostic.

### Les constats :

- Un recours insuffisant/inadapté aux examens diagnostics préalables,
- Des disparités régionales de prise en charge,
- Des dosages T3 et T4 pratiqués dans plus du 1/3 des cas,
- Seulement 40% des patients opérés ont eu une cytoponction, et disparités régionales : de 6% à 51%,
- 66% des patients thyroïdectomisés pour nodule bénin n'ont pas eu de cytoponction,
- Une faiblesse du ratio malin/bénin dans certaines régions et fortes disparités régionales
- Un ratio allant de 0,6 à 2,7 selon les régions.

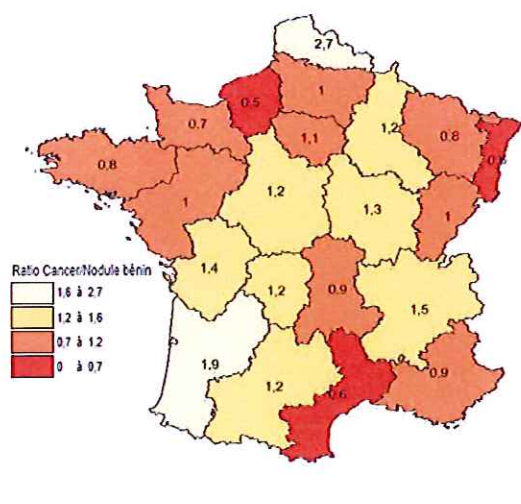
Pour les 2/3 des patients thyroïdectomisés, le parcours n'a pas été optimal.

### Les objectifs du programme d'accompagnement :

- Détecter les nodules à risque de malignité,
- Éviter les interventions inutiles et améliorer la qualité du diagnostic,
- Améliorer l'information des patients,
- Optimiser le parcours de soins,
- Augmenter le taux de recours aux examens diagnostiques préalables (dosage TSH / échographie thyroïdienne, cytoponction),
- Diminuer le recours aux dosages associés T3L et T4L,
- Diminuer le recours à la scintigraphie,
- Augmenter le ratio nodules malins/bénins opérés.

## Nodule thyroïdien : Constats

Les ratios malin/bénin faibles et leur variation régionale conduisent à s'interroger sur la pertinence des actes



Ratio = groupe 1 / groupe 2

### Matériel et méthodes de l'analyse des thyroïdectomies

- Champ : régime général de l'assurance maladie (strict) soit 77% de la population française, France, 2010
- Critère d'inclusion : actes de thyroïdectomie selon les codes CCAM spécifiques
- 4 groupes constitués en fonction de la thyroïdectomie :
  - ✓ Groupe 1 : thyroïdectomies avec diagnostic de cancer thyroïdien
    - Codes CIM10 C73, D09.3 (in situ), D44.0 (évolution imprévisible), E07.0 (hypersécrétion de calcitonine), D44.8 (NFMS) lors du séjour pour thyroïdectomie
    - Codes CIM10 de l'affection de longue durée en 2009-2011.
    - IRA thérapeut sans diagnostic d'hyperthyroïdie
    - Curage ganglionnaire
  - ✓ Groupe 2 : thyroïdectomies avec diagnostic de nodule bénin
    - Codes CIM10 E04.1 (nodule simple), D34 (tumeur bénigne) ; D35.7 ; D35.8 ; D35.9 (tumeur bénigne des glandes endocrines, autres et non précitées)
  - ✓ Groupe 3 : thyroïdectomies avec diagnostic de goitre ou nodules multiples
    - E04.0 (goitre diffus non toxique), E04.2 (goitre multinodulaire non toxique), E04.8 (autres goitres non toxiques), E04.9 (goitre non toxique sans précision), E03.0 (goitre diffus), E07.1 (Goitre dû à un trouble de l'hormonothérapie), E01.0, E01.1, E01.2 (Affections thyroïdiennes et apparentées liées à une carence en iode avec goitre)
  - ✓ Groupe 4 : chirurgie avec un autre diagnostic (hyperthyroïdie, cancer ORL ... non analysé dans ce cadre)

Sollicitation d'experts pour valider la classification : I. Brunaud, B. Camolle, J. Kaimowitz, J.C. Laffont, F. Menegou, E. Muralet, C. Tresallet, F. Vignon

**Messages du mémo CNAMTS « surveillance et traitement du nodule thyroïdien sans hyperthyroïdie » validé par la HAS :**

- Evaluer le risque de malignité au moyen des examens recommandés,
- Promouvoir la surveillance du patient dont le risque de malignité du nodule a été écarté ou est jugé faible,
- Faciliter la coordination de la prise en charge :
  - Identification du contexte à risque + examen clinique,
  - Examens préalables à combiner : dosage TSH + échographie,
  - Dosages non recommandés en phase diagnostic : T3L et T4L, dosage thyroglobuline,
  - Scintigraphie thyroïdienne non recommandée, hors cas particuliers,
  - Cytoponction, examen clé pour déterminer l'orientation opératoire.

**E- Cholécystectomie pour lithiase biliaire**

**CONSTATS :**

- Enjeu majeur en termes de santé publique en raison de la prévalence élevée de la lithiase biliaire (10 à 15% des personnes âgées de 20 à 60 ans). La cholécystectomie est l'une des interventions les plus réalisées en France (112 000 actes réalisés en France en 2013),
- Conséquences de la non pertinence de la décision importantes : coût du geste et de l'hospitalisation, complications post opératoires (complications pariétales, abcès sous phrénique, fistule biliaire), arrêts de travail ....
- Existence de référentiels récents sur la lithiase biliaire, permettant d'identifier des situations cliniques où les indications sont susceptibles d'être non pertinentes :
  - Recommandations professionnelles élaborées en 2009 (SNFGE),
  - Rappel des points clés et une note de problématique concernant la pertinence des cholécystectomies par la HAS, en lien avec la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, le Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie et le Collège de Médecine Générale (Points clés et solutions).
  - *Pertinence des soins : quand faut-il faire une cholécystectomie ? HAS, janvier 2013*

### Messages du référentiel HAS

- La lithiase peut être découverte de façon fortuite lors d'un examen d'imagerie,
- Dans 80% des cas, la lithiase restera asymptomatique,
- Nécessité d'améliorer le diagnostic :
  - Rappel de la douleur typique de colique hépatique (\*)  
« La douleur biliaire typique (« colique hépatique ») survient par crises d'apparition rapidement progressive dans l'épigastre ou dans l'hypochondre droit parfois associée à des nausées ou vomissements. D'intensité constante, elle dure d'une trentaine de minutes à quelques heures et peut être suffisamment intense pour obliger le patient à interrompre son activité ou le réveiller. Elle peut irradier en héli-ceinture droite ou en bretelle ».

Diffusions des dernières recommandations de la HAS sur la pertinence de l'acte (\*)

« En cas de lithiase vésiculaire asymptomatique, la cholécystectomie n'est pas réalisée de principe »

En l'état actuel des connaissances, aucune recommandation ne peut être faite en matière de cholécystectomie prophylactique :

- lors de la chirurgie bariatrique,
- en cas de calculs de taille supérieure à 3 cm.

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

## 4.2. Les actions régionales.

Champs	Domaines	Actions régionales
Virage ambulatoire	SSR	Diagnostic régional et plan d'actions
Pertinence des soins	Angioplasties et pontages coronariens	Diagnostic régional et plan d'actions
	Filière bariatrique	Diagnostic régional et plan d'actions

Dans le contexte régional, les actions prioritaires sont :

✚ Etablir un diagnostic sur le secteur des soins de suite et de réadaptation, notamment en terme de recours aux différentes modalités de prise en charge, d'analyser le taux d'HDJ au regard des différentes spécialités. A partir du partage de ce diagnostic un plan d'actions spécifiques pourra être établi.

✚ Sur le volet pertinence ; deux thèmes ont été retenus en région ;



- **Angioplastie – pontage, un groupe ad hoc** médico chirurgical pourra être mis en place pour élaborer le diagnostic régional avec la participation du Pr Collard de l'AP HM et proposer un plan d'action.

- **La filière bariatrique** ; dans une région ne disposant pas d'un centre spécialisé obésité, l'objectif de l'ARS est d'organiser la filière de soins, en optimisant les coordinations sur le territoire de santé et adapter les équipements dans un but de :

- d'accessibilité ;
- de lisibilité ;
- de gradation des soins incluant à sa juste place : le médecin traitant, les spécialistes, les établissements de santé qu'ils assurent une activité de soins médicale, chirurgicale, ou de soins de suite et de réadaptation et le transport.

L'organisation de la filière répondra aux enjeux d'efficience, le rôle de coordination des soins et d'éducation thérapeutique sont aussi prépondérant pour décloisonner les parcours et permettre aux patients d'être acteurs de leur santé.

**Sur ce même volet pertinence, poursuite de la présentation du diagnostic « endoscopie digestive »** aux professionnels et établissements de santé privés de Corse du sud, afin de partager ce dernier et d'établir un plan d'action comme cela a été réalisé en 2015 en Haute Corse.

## V. Les critères de ciblage par action

### 5.1. Procédure MSAP

La LFSS pour 2015 dans son article 58 sur la « promotion de la pertinence des prescriptions et des actes » (loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014) a modifié l'article L.162-1-17 relatif à la procédure de MSAP :

*« En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en oeuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical placé près de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé.*

*La procédure contradictoire est mise en oeuvre dans des conditions prévues par décret.*

*La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :*

*1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;*

*2° 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 ;*

*3° 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 ;*

*4° 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.*

*Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de*

santé, le non-respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 162-30-4.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précitées. »

La procédure contradictoire est prévue dans le Décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 et codifiée à l'article R 162-44-3 du code de la sécurité sociale :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé notifie à l'établissement ciblé en application des critères mentionnés au b du 4° du I de l'article R. 162-44, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, la liste des actes, prestations ou prescriptions pour lesquels il envisage la mise en œuvre de la procédure de mise sous accord préalable.

Le représentant légal de l'établissement peut présenter ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la notification.

A l'expiration de ce délai et après avis de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, sa décision. La décision est motivée. Elle précise au représentant légal de l'établissement, qui en informe dans les meilleurs délais les professionnels concernés, la date effective d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, les actes, prestations ou prescriptions concernés, la procédure applicable ainsi que les voies et délais de recours.

Le directeur général de l'agence régionale de santé fait connaître, simultanément, sa décision au directeur de l'organisme local d'assurance maladie et au service du contrôle médical placé auprès de ce dernier. »

## 5.2. Les critères de ciblage MSAP.

Les critères de ciblage définis dans le présent document feront l'objet si nécessaire d'une actualisation chaque année par voie d'avenant au PAPRAPAS.

### 4.2.1. Chirurgie ambulatoire

La procédure de mise sous accord préalable initiée par la CNAMTS en 2008 a été appliquée en région sur les gestes marqueurs retenus par cette dernière. Elle s'est poursuivie au fil des ans avec un élargissement du nombre de gestes marqueurs s'étendant à 43 gestes en 2013-2014 puis à 55 gestes en 2015.

**Les gestes marqueurs retenus sont les gestes pour lesquels nous constatons, en région, un faible taux de prise en charge en ambulatoire.**

### Les critères de ciblage MSAP chirurgie ambulatoire

Les établissements seront ciblés :

- sur les gestes marqueurs retenus pour leur faible taux de chirurgie ambulatoire en région
- pour chacun de ces gestes marqueurs les critères de ciblage porteront sur :
  - 1) un taux de chirurgie ambulatoire inférieur à la moyenne régionale
  - 2) un volume d'activité à forte marge de progression : au minimum 20 séjours (HC+CA)

#### 4.2.2. Hôpital de jour en médecine et forfaits SE.

##### Les critères de ciblage MSAP HDJ / forfaits SE

- Etablissements ayant déjà fait l'objet d'un contrôle T2A ayant mis en évidence des anomalies :
  - Soit sur la facturation des séjours d'HDJ en médecine au lieu de soins externes ayant donné lieu à récupération d'indus.
  - Soit sur la facturation de séjours en chirurgie ambulatoire au lieu de forfaits SE ayant donné lieu à récupération d'indus.
- Si l'analyse des données du PMSI montre dans ces établissements que le même type d'anomalie perdure, une procédure de mise sous accord préalable pourra être engagée.

#### 4.2.3. SSR

Sont concernés, les établissements « prescripteurs » pour des prestations d'hospitalisation complète et de jour en SSR. Le taux d'orientation en SSR est calculé sur la base du nombre de séjours MCO ayant donné suite à une orientation vers un SSR soit par mutation ou transfert soit après sortie à domicile (dans les 60 jours).

##### Les critères de ciblage MSAP SSR

###### 3 groupes de séjours

- Groupe 1 : prothèse totale de hanche hors traumatisme ou Prothèse totale de genou
- Groupe 2 : chirurgie de la coiffe des rotateurs ou Ligamentoplastie du croisé antérieur (LCA)
- Groupe 3 : Fracture du Trochanter ou Prothèse totale de hanche post traumatique

###### Critères par groupe

- Groupe 1 : Pour chacun des deux gestes
  - Nb de séjours par geste > 20
  - Ecart entre le taux d'orientation en SSR par transfert ou mutation et la moyenne régionale > 10 %
- Groupe 2 : Pour chacun des deux gestes
  - Nb de séjours par geste > 20
  - Ecart entre le taux d'orientation en SSR par transfert ou mutation et la moyenne régionale > 8 %
- Groupe 3 : Pour chacun des deux gestes
  - Nb de séjours par geste > 20
  - Ecart entre le taux d'orientation en SSR par transfert ou mutation et la moyenne régionale > 12 %

###### Autres critères

- Exclusion des établissements ayant adhéré à PRADO, pour lesquels le nombre de propositions d'adhésions faites par les médecins de l'établissement seront au moins égales à la moitié des séjours potentiellement éligibles au vu du PMSI.

#### 4.2.4. Chirurgie bariatrique

##### Recommandations HAS

HAS 2009 : « Obésité » - Prise en charge chirurgicale de l'adulte

Indicateurs IPAQSS 2015 OBE, via la plateforme QUALAS mise en place par l'HAS.

##### Les indicateurs de comparaison :

- Part des 18-20 ans
- Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006
- Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois
- Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale
- Part du groupe d'intervention le plus fréquent
- Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale.

##### La méthode de ciblage :

La méthode retenue pour effectuer le ciblage sera nommée "la méthode des quartiles". Elle est réalisée à partir d'indicateurs de comparaison de pratiques élaborés avec l'aide du conseil scientifique de la CNAMTS, des professionnels, de la HAS. Pour chaque indicateur sélectionné, les établissements sont triés de la façon suivante :

- Les 25% d'établissements les moins élevés (1er quartile) auront une note de 1,
- Les 25% d'établissements suivants (2nd quartile) auront une note de 2,
- Les 25% d'établissements suivants (3ème quartile) auront une note de 3,
- Les 25% d'établissements les plus élevés (4ème quartile) auront une note de 4.

L'ensemble des notes sera ensuite pondéré afin de calculer un score moyen. C'est sur ce score moyen que se fera le ciblage des établissements ayant les notes les plus importantes. A noter que le seuil des 10% les plus atypiques est à 3.17 pour 2014.

**En 2014, en Corse, 2 établissements ont pratiqué au moins 30 interventions pour chirurgie de l'obésité.**

Aucun de ces établissements n'a été classé dans les 10% les plus atypiques, d'après la requête et l'arbre de décision définis par la CNAMTS.

#### Les critères de ciblage

- Au moins 30 interventions de chirurgie bariatrique dans l'année
- Classé dans les 10% les plus atypiques selon la méthodologie CNAMTS
- Etablissement ayant bénéficié d'un accompagnement lors de l'exercice antérieur\*

*\*En l'absence d'accompagnement l'année antérieure et en cas d'une atypie majeure constatée lors de ciblage réalisée par la CNAMTS, les établissements concernés pourront être éligibles au dispositif.*

#### 4.2.5. Canal carpien

##### Recommandations HAS

Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) : Chirurgie du canal carpien / approche multidimensionnelle pour une décision pertinente (Note de cadrage - décembre 2011, Rapport d'évaluation technologique (textes long et court) - septembre 2012, Analyse et amélioration des pratiques / Optimiser la pertinence du parcours patient - février 2013).

##### Les indicateurs

- ✓ Taux d'évolution du nombre d'intervention pour un SCC sur les 5 dernières années.
- ✓ Part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC.
- ✓ Part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie.
- ✓ Part des patients ayant réalisé un EMG dans les 12 mois avant l'intervention.
- ✓ Part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois).
- ✓ Part relative de patients avec attelles avant intervention (12 mois).

Source : SNIIRAM : PMSI - SNIIRAM

##### La méthode de ciblage

- ✓ Taux d'évolution du nombre d'intervention pour un SCC sur les 5 dernières années > 95ème percentile
- ✓ Part relative des patients de 65 ans et plus opérés pour un SCC > 95ème percentile
- ✓ Part relative des interventions pour SCC dans l'activité d'orthopédie > 95ème percentile
- ✓ Part des patients ayant réalisé un EMG dans les 12 mois avant l'intervention < 5ème percentile
- ✓ Part relative des patients avec infiltrations avant intervention (12 mois) < 5ème percentile
- ✓ Part relative de patients avec attelles avant intervention (12 mois) < 5ème percentile

##### Segmentation du ciblage :

A : les établissements n'ayant aucun indicateur d'atypie ;

B : les établissements n'ayant qu'un seul indicateur d'atypie ;

C : les établissements ayant au moins 2 indicateurs d'atypie.

*Sont considérés comme atypiques les établissements ayant au moins 2 indicateurs de ciblage suivant la règle de décision suivante.*

##### Les critères de ciblage

- Au moins 30 interventions de chirurgie SCC dans l'année
- Etablissement classé en C selon la méthodologie CNAMTS
- Etablissement ayant bénéficié d'un accompagnement lors de l'exercice antérieur\*

*\*En l'absence d'accompagnement l'année antérieure et en cas d'une atypie majeure constatée lors de ciblage réalisée par la CNAMTS, les établissements concernés pourront être éligibles au dispositif.*

#### 4.2.6. Thyroïdectomie

##### Recommandations HAS

Recommandations de la Société Française d'Endocrinologie traduite par la CNAMTS dans un référentiel de bonne pratique validé par la HAS.

##### Les indicateurs

N°	Libellé indicateur	Sens de non pertinence	Poids
1	Part des patients opérés pour nodule thyroïdien non toxique ayant eu une cytoponction préopératoire ou une biopsie (dans les 12 mois précédents le geste)	Valeur basse	1.5
2	Part des patients opérés d'une thyroïdectomie pour cancer / tous les patients opérés d'une thyroïdectomie pour nodule (bénin ou malin)	Valeur basse	1.5
3	Taux d'évolution du nombre d'interventions pour l'ensemble des thyroïdectomies (totales et partielles)	Valeur élevée	1
4	Part des patients ayant eu une échographie préopératoire thyroïdienne dans les 12 mois précédent	Valeur basse	1.5
5	Part des hommes	Valeur élevée	1

##### La méthode de ciblage

La méthode statistique utilisée est celle des rangs en quartile : le positionnement de l'ES est apprécié de façon globale en prenant en compte l'ensemble des critères.

Définition d'un seuil d'activité annuel minimum  $\geq 30$ .

Pour chaque ES retenu, affectation d'une note par indicateur de la façon suivante :

- Les 25% d'établissements les moins élevés (1er quartile) auront une note de 1,
- Les 25% d'établissements suivants (2nd quartile) auront une note de 2,
- Les 25% d'établissements suivants (3ème quartile) auront une note de 3,
- Les 25% d'établissements les plus élevés (4ème quartile) auront une note de 4.

Calcul d'un score global = somme des notes précédentes pondérées.

Calcul du score final (de 1 à 4) : division du score global par la somme des pondérations des indicateurs pour chaque établissement.

Ciblage d'un nombre d'établissements ciblé prédéfini (10%)

##### Les critères de ciblage

- Au moins 30 interventions dans l'année
- Classé dans les 10% les plus atypiques selon la méthodologie CNAMTS
- Etablissement ayant bénéficié d'un accompagnement lors de l'exercice antérieur\*

*\*En l'absence d'accompagnement l'année antérieure et en cas d'une atypie majeure constatée lors de ciblage réalisée par la CNAMTS, les établissements concernés pourront être éligibles au dispositif.*

#### 4.2.7. Cholécystectomie

##### Recommandations HAS

Recommandations de la Société Française d'Endocrinologie traduite par la CNAMTS dans un référentiel de bonne pratique validé par la HAS

##### Les indicateurs

N°	Libellé indicateur	Sens de non pertinence	Poids
1	Evolution du nombre de cholécystectomie sur 3 ans	Valeur élevée	1.5
2	Evolution du nombre de cholécystectomies hors infection aiguë par rapport aux cholécystectomies avec infection aiguë, sur 3 ans	Valeur élevée	1.25
3	Part des cholécystectomies dans l'activité de chirurgie digestive	Valeur élevée	1.5
4	Part des cholécystectomies hors aiguë sans exploration de la VBP de niveau de sévérité 1 par rapport à tous les niveaux de sévérité	Valeur élevée	1.
5	Part des sujets âgés de moins de 75 ans	Valeur basse	1
6	Part des patients opérés d'une cholécystectomie ayant eu dans les 6 mois précédent une échographie abdominale	Valeur basse	1

##### La méthode de ciblage

La méthode statistique utilisée est celle des rangs en quartile : le positionnement de l'ES est apprécié de façon globale en prenant en compte l'ensemble des critères.

Définition d'un seuil d'activité annuel minimum  $\geq 30$ .

Pour chaque ES retenu, affectation d'une note par indicateur de la façon suivante :

- Les 25% d'établissements les moins élevés (1er quartile) auront une note de 1,
- Les 25% d'établissements suivants (2nd quartile) auront une note de 2,
- Les 25% d'établissements suivants (3ème quartile) auront une note de 3,
- Les 25% d'établissements les plus élevés (4ème quartile) auront une note de 4.

Calcul d'un score global = somme des notes précédentes pondérées.

Calcul du score final (de 1 à 4) : division du score global par la somme des pondérations des indicateurs pour chaque établissement.

Ciblage d'un nombre d'établissements ciblé prédéfini (10%).

##### Les critères de ciblage

- Au moins 30 interventions dans l'année
- Classé dans les 10% les plus atypiques selon la méthodologie CNAMTS
- Etablissement ayant bénéficié d'un accompagnement lors de l'exercice antérieur\*

*\*En l'absence d'accompagnement l'année antérieure et en cas d'une atypie majeure constatée lors de ciblage réalisée par la CNAMTS, les établissements concernés pourront être éligibles au dispositif.*

### 5.3. Les critères de ciblage relatifs à la contractualisation.

#### 4.3.1. Les critères de ciblage avant la publication du décret CAQES

- **Les critères de ciblage des établissements à la signature d'un avenant CPOM**

Dans le cadre des thématiques prioritaires régionales identifiées dans le cadre de ce 1<sup>er</sup> PAPRAPS, les actions régionales retenues visent :

- la poursuite de l'action relative aux endoscopies digestives
- la réalisation d'un diagnostic régional et d'un plan d'actions sur les thématiques « cardiologie interventionnelle / chirurgie cardiaque », chirurgie bariatrique.

✓ S'agissant de la thématique « endoscopies digestives » démarrée en 2014 dans le cadre des travaux de la commission régionale de gestion du risque, les deux établissements privés concernés par les résultats de l'étude feront l'objet d'une présentation du diagnostic régional ainsi que d'une proposition d'avenant à leur CPOM.

Cet avenant intègre les objectifs opérationnels suivants :

- Partage du diagnostic régional
  - Amélioration des pratiques professionnelles : suivi du référentiel « protocole de surveillance post polypectomies produit par l'HAS en partenariat avec CNPHGE et FSMAD »
  - Analyser par des EPP la pertinence des doublons FOGD / COLOSCOPIE
- S'agissant de thématiques « cardiologie interventionnelle / chirurgie cardiaque » et « chirurgie bariatrique », les plans d'actions issus des diagnostics régionaux pourront être déclinés pour l'ensemble des établissements concernés par l'activité à travers un avenant au CPOM en cas d'absence de publication :

- du décret relatif au contrat unique d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) prévu par l'article 81 de la LFSS pour 2016

- de l'arrêté fixant le contrat type d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS).

#### 4.3.2. Les critères de ciblage après la publication du décret CAQES

- **Les critères de ciblage des établissements à la signature d'un contrat d'amélioration de la pertinence des soins.**

Le décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 prévoit que le PAPRAPS fixe les critères de ciblage des établissements devant faire l'objet d'une proposition de contrat d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS).

Par ailleurs, l'article 81 de la LFSS pour 2016 simplifie et fusionne divers contrats tripartites conclus entre les établissements, l'ARS et l'assurance maladie par la création d'un contrat unique d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

Ce contrat CAQES comporte :

- ✓ un volet obligatoire (le contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBUMPP))



✓ des volets additionnels en application du PAPRAPS (contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES), contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), le contrat d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS)).

Dans ce cadre, la mise en œuvre de ce nouveau dispositif contractuel est sous tendu à la publication des textes suivants :

- un décret d'application relatif au contrat unique d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)
- un arrêté fixant le contrat type d'amélioration de la pertinence des soins.

S'agissant du CAQES, l'ensemble des établissements de santé MCO et HAD seront signataires du socle obligatoire constitué par le CBUMPP.

S'agissant des volets additionnels, une priorisation sera établie afin de privilégier le volet additionnel le plus adapté aux priorités à mettre en œuvre par les établissements de santé à savoir :

- la qualité et la sécurité des soins,
- la pertinence des prescriptions de transport ou médicaments délivrés en ville,
- la pertinence des prestations / parcours / actes.

Pour les établissements dont la priorisation sur le volet additionnel concernera le contrat d'amélioration de la pertinence des soins, les critères de ciblage seront fixés par la CRGDR, après avis de l'IRAPS compte tenu des éléments issus du diagnostic régional qui aura été réalisé sur la thématique régionale concernée.

Seront éligibles, selon la thématique, les établissements assurant une production significative des actes concernés.

Si un établissement était amené à être ciblé au titre d'une contractualisation CAPS sur plusieurs thématiques de pertinence, une thématique prioritaire sera fixée par le contrat, les autres thématiques revêtant un caractère optionnel.

Les thématiques complémentaires inscrites au CAPS revêtant un caractère optionnel seront prises en compte dans le cadre de l'évaluation de l'atteinte des objectifs sur la thématique prioritaire par une dimension de modulation de l'intéressement / reversement.

## **VI. Les modalités de suivi, d'évaluation et de révision**

Le suivi et l'évaluation du PAPRAPS répondent à la même logique en termes de répartition des missions et des compétences entre les différents acteurs que son élaboration.

La CRGDR est en charge du suivi et l'évaluation annuelle qui sera soumise pour avis à l'IRAPS.

Sous réserve de l'avis de l'IRAPS, la CRGDR proposera au DGARS une révision annuelle du PAPRAPS.

Le suivi et l'évaluation du PAPRAPS se focaliseront sur chacune des actions définies au point III du présent document à savoir :

- Les actions de mise sous accord préalable
- Les actions de contractualisation.

## 6.1. Les modalités de suivi, d'évaluation des MSAP et actions d'accompagnements menées par l'Assurance Maladie.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique chaque année la liste des établissements de santé ayant été ciblés dans le cadre des procédures MSAP à l'IRAPS.

Un contrôle a posteriori du respect de la procédure de MSAP par l'établissement est réalisé.

Il a pour objectif de rechercher deux types d'anomalies :

- l'absence de demande d'accord préalable sur la thématique MSAP concernée
- la réalisation de l'acte / séjour / prescription alors que sa réalisation avait fait l'objet d'un avis défavorable (d'ordre administratif ou médical).

Les suites données au contrôle sont définies en concertation avec l'ARS au sein de la CRGDR.

En cas de constat de non-respect du dispositif MSAP, une procédure contradictoire sera engagée avec la direction de l'établissement pouvant déboucher sur un constat d'indus.

Le principe du contrôle a posteriori du respect de la procédure MSAP fera l'objet d'une refonte dans le courant de l'automne 2016 suite à la LFSS 2015.

## 6.2. Les modalités de suivi, d'évaluation des actions de contractualisation

✓ S'agissant du suivi des actions de contractualisation comme pour la MSAP, chaque année le DGARS communique à l'IRAPS la liste des établissements ayant fait l'objet d'un ciblage au titre d'un contrat d'amélioration de la pertinence des soins.

✓ S'agissant de l'évaluation de la réalisation des objectifs du contrat d'amélioration de la pertinence des soins, un rapport annuel d'évaluation sera effectué annuellement par la CPAM et l'ARS.

Ce rapport pourra être accompagné d'une auto-évaluation réalisée par l'établissement. Cette auto-évaluation pourra donner lieu si nécessaire à un retour aux dossiers médicaux en présence d'un professionnel de santé désigné par la CME de l'établissement.

A l'issue de l'évaluation, le directeur général de l'agence régionale de santé transmet au représentant légal de l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, un rapport d'évaluation établi conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie mentionnant la période, l'objet et les résultats de l'évaluation et, le cas échéant, la non-réalisation par l'établissement de santé des objectifs et les sanctions encourues. Le directeur de l'établissement assure la diffusion de ce rapport auprès des professionnels de santé concernés au sein de l'établissement et dispose d'un délai de trente jours à compter de sa réception pour faire connaître, le cas échéant, ses observations.

A l'expiration de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie:

- soit engager une procédure de mise sous accord préalable, dans les conditions prévues par l'article R. 162-44-3, au titre du champ thématique concerné par les manquements constatés;
- soit prononcer une sanction pécuniaire dans les conditions prévues au II de l'article L. 162-30-4, auquel cas il en informe la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1, qui procède au recouvrement des sommes dues.

## VII. En conclusion

Le premier PAPRAPS avait précisé les critères de ciblage des établissements de santé pour la procédure de MSAP. Une évaluation de l'ensemble de ces actions a été présentée à l'IRAPS en séance du 12 mai 2016.

Ce deuxième PAPRAPS présente un diagnostic régional concernant l'ensemble des champs MCO, HAD et SSR.

Ce travail s'inscrit dans une logique de réponse aux besoins de la population en approchant les taux de recours de séjours ou actes pour une population domiciliée en région, et en tenant compte des recommandations actualisées des sociétés savantes.

Ces taux de recours standardisés permettent une comparaison nationale et une analyse de certains segments d'activité afin de comprendre les variations très fortes de notre région que les indicateurs démographiques ou sanitaires ne suffisent pas à expliquer.

A l'issue de ce travail deux groupes d'actions sont envisagées ; les actions nationales et les actions régionales.

Le PAPRAPS pourra être révisé au fil des années en fonction de l'avancement des travaux en région sur l'axe pertinence et des évolutions réglementaires.

Il permettra une appropriation par l'ensemble des acteurs concernés de la « culture pertinence » et assurera une transparence et une co-construction des actions pour les acteurs de santé sur cette thématique.

## Annexes

## Annexe 1 – Les 55 gestes marqueurs

### Définition

Un geste marqueur est "un geste habituellement réalisable en chirurgie ambulatoire chez un patient standard"

### Evolution de la liste des gestes marqueurs

La liste des gestes marqueurs a été modifiée pour 2015.

Toutes les modifications ont été validées par les sociétés savantes concernées et/ou les conseils nationaux professionnels.

### Codes couleurs utilisés

en noir : Les 17 gestes marqueurs (depuis 2009)

en bleu : Modifications 2012 (38 gestes marqueurs)

en marron : Modifications 2013 (43 gestes marqueurs)

en vert : Modifications 2015 (55 gestes marqueurs)

### Accès vasculaire

Adénoïdectomies

Angioplasties du membre supérieur

Angioplasties périphériques

Arthroscopie de la cheville

Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties

Avulsion dentaire

Chirurgie anale

Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)

Chirurgie de la main

Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren

Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons

Chirurgie de l'avant pied

Chirurgie de l'épaule

Chirurgie de l'utérus

Chirurgie des bourses

Chirurgie des bourses de l'enfant

Chirurgie des hernies abdominales

Chirurgie des hernies de l'enfant

Chirurgie des hernies inguinales

Chirurgie des maxillaires

Chirurgie des sinus

Chirurgie des varices

Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)

Chirurgie du col utérin, vulve, vagin

Chirurgie du cristallin

Chirurgie du glaucome

Chirurgie du nez

Chirurgie du pied

Chirurgie du poignet

Chirurgie du sein/tumorectomie  
Chirurgie du trou maculaire  
Chirurgie du tympan  
Chirurgie pour strabisme  
Cholécystectomie  
Cure de paraphimosis  
Exérèse de kystes synoviaux  
Exérèse de lésions cutanées  
Exérèse de lésions de la bouche  
Exérèse de lésions sous-cutanées  
Fermeture de fistule buccale  
Fistules artérioveineuses  
Geste secondaire sur lambeau  
Geste sur la vessie  
Geste sur les glandes salivaires  
Geste sur l'uretère  
Geste sur l'urètre  
Interruption tubaire  
LEC  
Plastie de lèvres  
Prélèvement d'ovocyte  
Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique  
Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique  
Vitrectomie avec pelage de membrane  
Vitrectomie postérieure isolée

## Annexe 2 – Questionnaire chirurgie de l'obésité

### CHIRURGIE DE L'OBESITE

Service Médical - Echelon local de

Téléphone Assurance Maladie :

Fax :

Date de la demande :

Etablissement (raison sociale) :

Identification de l'établissement (FINESS géographique) :

Nom du praticien :

Téléphone :

Adresse Email de l'établissement :

Assuré NIR :

Nom patronymique – Prénom :

Nom marital :

Bénéficiaire des soins :

Nom patronymique – Prénom :

Nom marital :

Date de naissance :

- régime 1 = RG, 2 = MSA, 3 = RSI, 4 = Autres (dont SLM)


#### Techniques chirurgicales

- anneau de gastroplastie ajustable
- gastroplastie verticale calibrée (Mason)
- gastric by pass
- dérivation bilio-pancréatique
- autres

1 = oui 2 = non

S'agit-il d'une première intervention chirurgicale de l'obésité

Si oui s'agit-il d'une intervention en deuxième intention après échec d'un traitement médical nutritionnel diététique et psychothérapique bien conduit pendant 6 à 12 mois

Si non s'agit-il d'une ré-intervention pour démontage

#### Décision collégiale : concertation pluri-disciplinaire

Chirurgien

Médecins spécialistes de l'obésité

(nutritionniste, endocrinologue ou interniste)

Anesthésiste

Diététicienne

Psychiatre ou psychologue

Coordonnateur identifié et référent

### Information du patient par le chirurgien

la réponse oui correspond au respect du référentiel HAS

« Le patient doit être informé à toutes les phases de la prise en charge dans le cadre de la chirurgie bariatrique. L'information doit porter principalement sur :

- les différentes techniques chirurgicales : leur principe, leurs bénéfices respectifs, leurs risques et inconvénients respectifs, les limites de la chirurgie ;
  - la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie (nécessité d'une activité physique régulière) avant et après l'intervention ;
  - la nécessité d'un suivi médico-chirurgical la vie durant et les conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi ;
  - la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice après la chirurgie bariatrique.
- Il est nécessaire de s'assurer que le patient a bien compris cette information. »

### Décision prise en accord avec le médecin traitant

#### I.M.C. (Indice de Masse Corporelle)

I.M.C. maximal documenté (Kg/m<sup>2</sup>)

 , 

Caractéristiques du patient à la date de la demande :

Poids (en Kgs)

Taille  ,

#### Comorbidité susceptible d'être améliorée après chirurgie

1 = oui

2 = non

- syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères
- maladie cardiovasculaire dont hta
- maladie ostéo-articulaire invalidante (genou, hanche...)
- désordres métaboliques sévères (diabète type 2, dyslipémie...)
- stéatohépatite non alcoolique

#### Intervention en l'absence de perte de poids suffisante ou absence du maintien de la perte de poids

#### Existence de pathologie pouvant contre-indiquer la chirurgie de l'obésité

1 = oui

2 = non

- troubles cognitifs ou mentaux sévères
- troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire
- incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé
- dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives (licites et illicites)
- absence de prise en charge médicale préalable identifiée
- maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme
- contre-indications à l'anesthésie générale

L'avis donné prendra en considération les éléments issus des recommandations de bonnes pratiques :

- les critères d'opportunité liés à l'IMC et l'existence de comorbidité pour les 1<sup>ères</sup> interventions liées à l'échec de la chirurgie ou le dysfonctionnement du montage en cas de réintervention,
- l'absence de contre indication,
- l'échec d'un traitement médical bien conduit,
- l'information préalable et la décision collégiale pluridisciplinaire.

Des éléments écrits peuvent être demandés.



## Liste des actes ciblés pour la chirurgie de l'obésité

HFCC003	Court-circuit [Bypass] gastrique pour obésité morbide, par cœlioscopie
HFCA001	Court-circuit [Bypass] gastrique pour obésité morbide, par laparotomie
HFCC004	Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par cœlioscopie
HFCA001	Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie
HFMC006	Gastroplastie verticale calibrée pour obésité morbide, par cœlioscopie
HFMA010	Gastroplastie verticale calibrée pour obésité morbide, par laparotomie
HFMC007	Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par cœlioscopie
HFMA009	Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par laparotomie

## Annexe 3 – Questionnaire cholécystectomie

MSAP Etablissement

FICHE QUESTIONNAIRE

### PERTINENCE DES ACTES CHOLECYSTECTOMIE

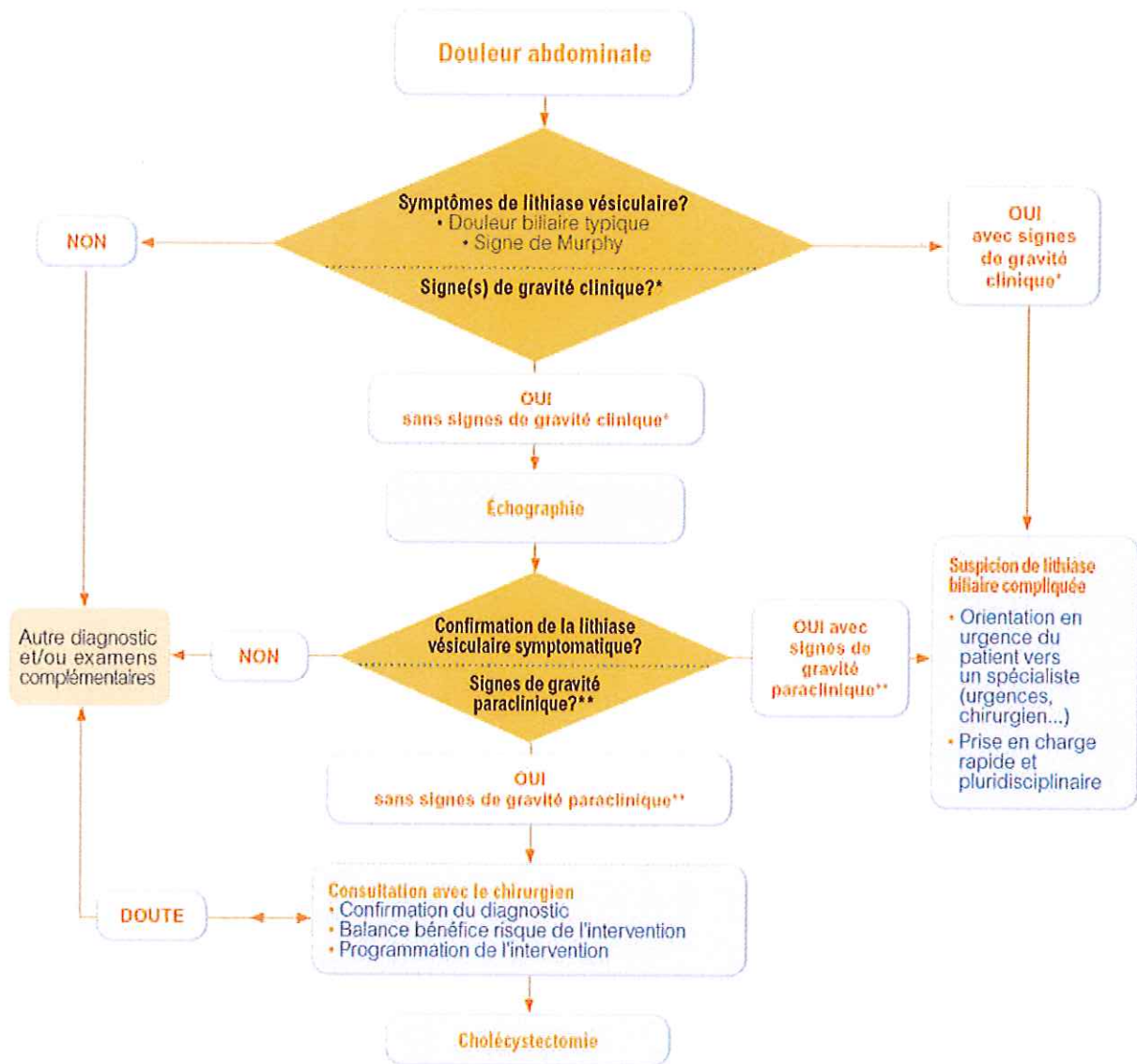
Date de la demande : .....

<b>➤ 1. ETABLISSEMENT</b>		T E C H N I C I E N
Nom de l'établissement		
Nom du chirurgien		
Téléphone		
Date prévue du geste chirurgical		
<b>➤ 2. ASSURE</b>		
Nom et prénom de l'assuré		
NIR		
Caisse d'affiliation		
<b>➤ 3. BENEFICIAIRE DES SOINS</b>		
Nom du bénéficiaire des soins		
Prénom		
Sexe		
Qualité (conjoint, ayant droit)		
Date de naissance		
Adresse complète		
<b>➤ 4. PERTINENCE DE L'ACTE*</b>		
<b>Indication de la cholécystectomie :</b>		
- <b>Tumeur maligne de la vésicule biliaire</b> (« adénocarcinome » ou autre)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- <b>Lithiase biliaire compliquée</b> (cholécystite aiguë, pancréatite aiguë, angiocholite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <b>Polype de taille supérieure à 10 mm</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <b>Vésicule dite « porcelaine »</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lithiase biliaire avec signes de gravité clinique</b> : durée des signes cliniques > 72 heures, fièvre, ictère, masse palpable dans l'hypochondre droit, défense abdominale, défaillance viscérale.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Lithiase biliaire avec signes de gravité paraclinique (biologique et échographique)</b> : épaissement des parois vésiculaires, épanchement péri vésiculaire, dilatation des voies biliaires, retentissement pancréatique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Lithiase biliaire symptomatique non compliquée</b> : « OUI » si signe de Murphy et/ou douleur caractéristique d'après le chirurgien (à partir d'un seul épisode) ; « NON » si forme asymptomatique (ex : découverte fortuite lors d'une échographie)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Autres arguments pour l'intervention à préciser par le MC</b> (ex : cholécystectomie prophylactique)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>➤ 5. AVIS DU SERVICE MEDICAL</b> : Date : ...../...../.....		
■ Avis Favorable Médical (une réponse « oui »)	<input type="checkbox"/>	M E D I C I N  A V I S
■ Avis Défavorable Médical (aucune réponse « oui »)	<input type="checkbox"/>	
■ Avis Défavorable Administratif (pour manque de renseignement)	<input type="checkbox"/>	

Mémo CNAMTS validé par la HAS (extrait) :  
 Pertinence des soins / Lithiase biliaire : quand réaliser une cholécystectomie ? février 2015



En cas de découverte fortuite de calculs biliaires lors d'un acte d'imagerie et en l'absence de douleur biliaire l'abstention thérapeutique est recommandée.



HAS. Points clés et solutions pertinence des soins (extrait)  
 Quand faut-il faire une cholécystectomie? janvier 2013

5. LES INDICATIONS DE CHOLÉCYSTECTOMIES EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES BILIAIRES

La cholécystectomie est indiquée, en raison du risque de cancer et en tenant compte de la balance bénéfices-risques, en cas de :

- polype de taille supérieure à 10mm ;
- vésicule dite « porcelaine ».

En l'état actuel des connaissances, aucune recommandation ne peut être faite en matière de cholécystectomie prophylactique :

- lors de la chirurgie bariatrique ;
- en cas de calculs de taille supérieure à 3cm.

## Annexe 4 – Questionnaire thyroïdectomie

MSAP Etablissement

FICHE QUESTIONNAIRE

### PERTINENCE DES ACTES

#### THYROÏDECTOMIE POUR NODULE SANS HYPERTHYROÏDIE

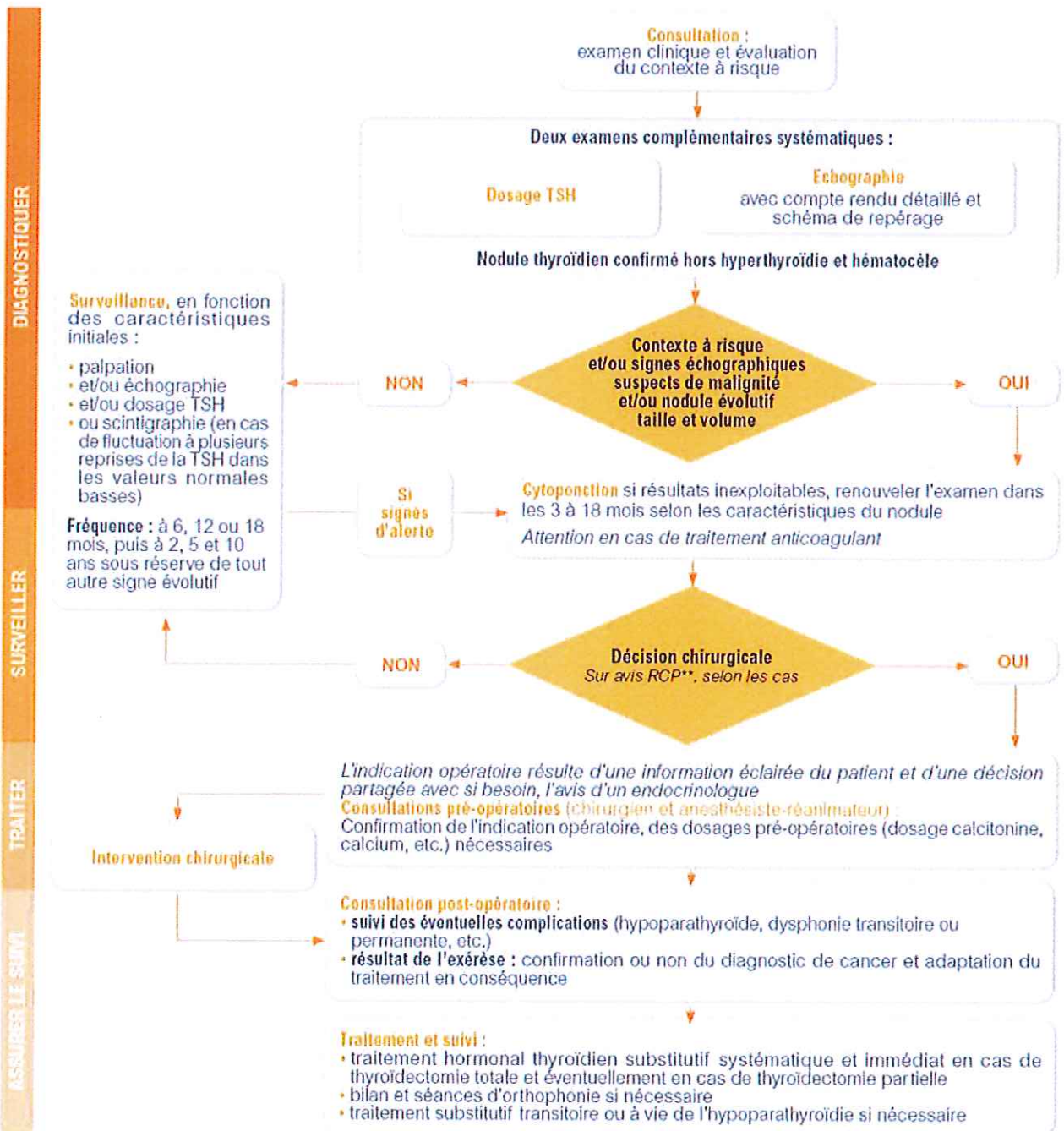
Date de la demande : .....

➤ 1. ETABLISSEMENT			T E C H N I C I E N
Nom de l'établissement Nom du chirurgien Téléphone Date prévue du geste chirurgical			
➤ 2. ASSURE			
Nom et prénom de l'assuré			
NIR			
Caisse d'affiliation			
➤ 3. BENEFICIAIRE DES SOINS			
Nom du bénéficiaire des soins Prénom Sexe Qualité (conjoint, ayant droit) Date de naissance Adresse complète			
➤ 4. PERTINENCE DE L'ACTE*			
<b>Indication de la thyroïdectomie :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
- Chez un enfant (<18 ans) ou une femme enceinte (hors sujet du référentiel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Pour une pathologie autre que « nodule thyroïdien » (hors sujet du référentiel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- En urgence : programmation nécessaire dans les 10 jours (compression trachéale, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nodule malin ou suspect de malignité : sur les données de la ponction cytologique et après décision prise en RCP</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pas de résultat exploitable après deux cytoponctions répétées</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Autres arguments pour l'intervention à préciser par le MC (ex : gêne provoquée par le nodule)</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
➤ 5. AVIS DU SERVICE MEDICAL : Date : ...../...../.....			M E D E C I N
■ Avis Favorable Médical (une réponse « oui »)	<input type="checkbox"/>		
■ Avis Défavorable Médical (aucune réponse « oui »)	<input type="checkbox"/>		
■ Avis Défavorable Administratif (pour manque de renseignement)	<input type="checkbox"/>		
			A V I S

**Mémo CNAMTS validé par la HAS (extrait) :  
Référentiel du parcours de soins / Nodule thyroïdien sans hyperthyroïdie, novembre 2014**

**Logigramme**

Ce parcours de soins s'applique aux cas les plus courants de nodules thyroïdiens, hors femmes enceintes et enfants.



## Annexe 5 – Questionnaire Canal carpien

MSAP Etablissement

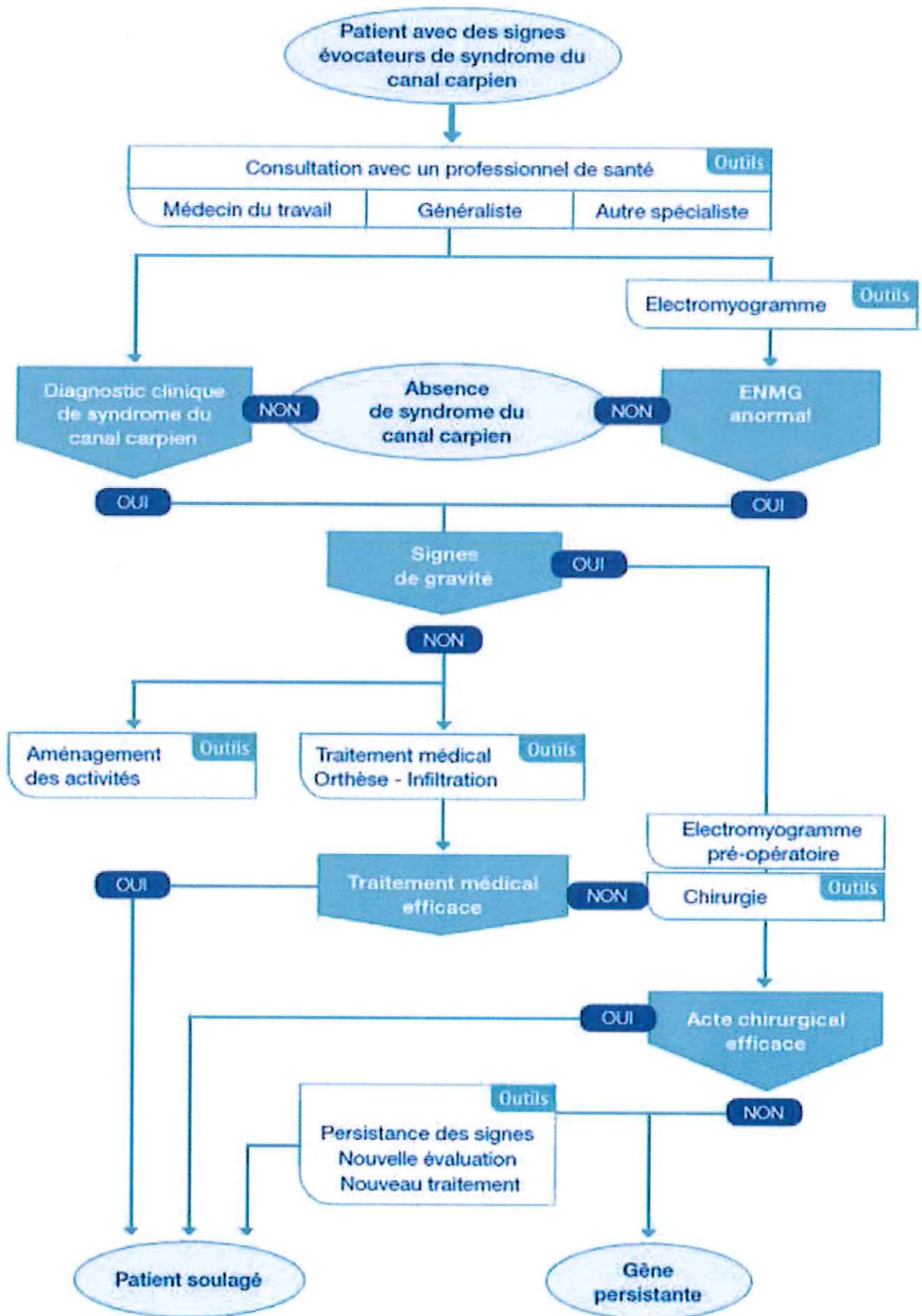
FICHE QUESTIONNAIRE

### PERTINENCE DES ACTES

#### CHIRURGIE DU SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Date de la demande : .....

➤ 1. ETABLISSEMENT		T E C H N I C I E N
Nom de l'établissement		
Nom du chirurgien		
Téléphone		
Date prévue du geste chirurgical		
➤ 2. ASSURE		
Nom et prénom de l'assuré		
NIR		
CPAM de l'assuré		
➤ 3. BENEFICIAIRE DES SOINS		
Nom du bénéficiaire des soins		
Prénom		
Sexe		
Qualité (conjoint, ayant droit)		
Date de naissance		
Adresse complète		
➤ 4. PERTINENCE DE L'ACTE <i>selon HAS</i>		
Il s'agit d'une urgence chirurgicale pour le chirurgien : <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>		
Signes de gravité clinique : signes déficitaires systématisés dans le territoire du nerf médian sensitif (hypo ou anesthésie) et/ou moteur (déficit de l'opposition pouce-index et/ou amyotrophie de la loge thénar) <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>		
Signes de gravité à l'électroneuromyogramme (perte axonale) : lésions axonales sensitives et/ou motrices, diminution d'amplitude franche des potentiels sensitifs distaux (en premier lieu) et/ou moteurs (en second lieu)/vitesses de conduction nerveuse motrice et sensitive diminuées ; signe de dégénérescence fibrillation – toute réponse motrice disparaissant dans les formes extrêmes <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>		
Echec du traitement médical conservateur par orthèse (pendant 3 mois consécutifs) ou infiltrations de corticoïdes (2 en 6 mois) : pas d'effet ou récurrence <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>		
Refus du traitement médical conservateur par le patient <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>		
➤ 5. AVIS DU SERVICE MEDICAL : Date : ...../...../.....		
■ Avis Favorable Médical (une réponse « oui »)	<input type="checkbox"/>	
■ Avis Défavorable Médical (aucune réponse « oui »)	<input type="checkbox"/>	
■ Avis Défavorable Administratif (pour manque de renseignement)	<input type="checkbox"/>	



## Annexe 6 – Questionnaire MSAP SSR

Echelon local du service médical de :

Téléphone :

Date de la demande :

ETABLISSEMENT MCO : Dénomination : _____ FINESS : _____		Chirurgien : _____ Téléphone : _____
<b>MEDECIN TRAITANT :</b>		
ASSURE(E) : _____  NIR : _____ Date de naissance : _____ Nom (si mariée de jeune fille): _____ Prénom : _____ Adresse : _____	<b>LE BENEFICIAIRE DES SOINS (s'il n'est pas l'assuré(e))</b>  Qualité (conjoint, ayant droit..) : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Age : _____	
Patient affilié au régime général ou à une section local mutualiste <input type="checkbox"/>		
<b>ACTE CHIRURGICAL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE D'ADMISSION</b>		
<input type="checkbox"/> Prothèse totale de hanche hors fracture (1 <sup>ère</sup> intention) <input type="checkbox"/> Prothèse totale de genou (1 <sup>ère</sup> intention) <input type="checkbox"/> Ligamentoplastie LCA <input type="checkbox"/> Chirurgie des ruptures de la coiffe des rotateurs <input type="checkbox"/> Ostéosynthèse sur fracture du trochanter <input type="checkbox"/> Prothèse totale de hanche pour fracture du col du fémur		
<b>CETTE DEMANDE D'ADMISSION CONCERNE UNE INTERVENTION</b>		
<b>Intervention programmée, non encore effectuée</b>  date prévue de l'intervention : _____  date prévue de l'admission en SSR : _____	<b>Intervention déjà effectuée</b> date de l'intervention : _____  date prévue de l'admission en SSR : _____  Mode de prise en charge du patient : HC <input type="checkbox"/> HJ <input type="checkbox"/>  provenance du patient    Chirurgie <input type="checkbox"/> autre service <input type="checkbox"/> précisez : _____	
<b>CETTE DEMANDE D'ADMISSION EST MOTIVEE PAR</b>		
<b>se rendre au(x) pavé(s) correspondant(s) à la motivation de l'admission</b>		
1° la situation environnementale ou de l'état médical du patient avant l'intervention <input type="checkbox"/> 2° un besoin spécifique de rééducation liée au type d'intervention ou à l'activité du patient <input type="checkbox"/> 3° des complications post opératoires <input type="checkbox"/> 4° une prise en charge inadaptée après retour à domicile <input type="checkbox"/>		
<b>1°) ENVIRONNEMENT ET ETAT MEDICAL AVANT L'INTERVENTION</b>		
<b>Retour au domicile</b>		
Absence d'un entourage humain proche et accessible qui pourra, au retour au domicile, prendre en charge les actes de la vie quotidienne et domestique <input type="checkbox"/>		
<b>Etat psychique</b>		
N'est pas capable de prendre en compte les situations à risque avant cicatrisation (mouvements interdits, prévention des risques...) <input type="checkbox"/>		
<b>Autonomie du patient à son domicile, avant d'être opéré</b>		
Ne peut se lever, se coucher et s'asseoir seul <input type="checkbox"/>		
Ne peut marcher à l'intérieur du domicile sans tierce personne (avec ou sans aide de marche) et, selon les besoins du domicile, ne peut monter et descendre les marches d'escalier <input type="checkbox"/>		
<b>Comorbidités</b>		
Niveau ASA (consultation pré anesthésique) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >= 3 <input type="checkbox"/> non déterminé <input type="checkbox"/>		
Si existence de co-morbidité (s) ou d'une altération de l'état général pouvant avoir un retentissement sur la capacité d'une prise en charge à domicile après l'intervention, préciser		
<b>Cas particulier pour la prothèse totale de genou</b>		
secteur d'amplitude active du genou inférieur à 80 <input type="checkbox"/>		
<b>Autres observations faites par le médecin responsable de la demande d'admission</b>		



**2°) BESOIN SPECIFIQUE DE REEDUCATION LIEE AU TYPE D'INTERVENTION OU A L'ACTIVITE DU PATIENT**  
*(ex : geste chirurgical complexe, profession particulière...)*

**3°) COMPLICATIONS POST OPERATOIRES**

**critères cliniques et fonctionnels**

	PTH	PTG	LCA	Coiffe	Trochanter
Douleur au repos > à 5 (EVA), avec ou sans traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secteur d'amplitude active du genou de moins de 70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ne peut pas se lever, se coucher, s'asseoir seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Impossibilité de marche sur une distance minimum de 30 mètres avec ou sans aides de marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Montée et descente des marches d'escalier au domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**critères médicaux généraux**

Syndrome fébrile (en rapport avec l'articulation ou autres causes) nécessitant surveillance et soins continus	<input type="checkbox"/>
Anémie sévère avec transfusion	<input type="checkbox"/>
Problèmes thrombo-emboliques avec risque évolutif	<input type="checkbox"/>
Co-morbidité préexistante nécessitant une surveillance	<input type="checkbox"/>
Infection au niveau de la cicatrice, écoulement, nécessitant surveillance et soins continus	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cutanés (hématome, escarre...) nécessitant surveillance et soins continus	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement ou syndrome de glissement	<input type="checkbox"/>

**autres observations faites par le médecin responsable de la demande d'admission**  
*(ex : luxation ou sub luxation de l'articulation, radiculalgie...)*

**4°) APRES RETOUR A DOMICILE, PRISE EN CHARGE INADAPTEE (PRECISIONS)**

**4°) AVIS DU SERVICE MEDICAL**

Date :

- Avis favorable
- Avis défavorable médical
- Avis défavorable administratif = avis technique impossible

## Annexe 7 – Questionnaire MSAP Chirurgie Ambulatoire

### Service Médical - Echelon local de XXXX

Ce document est à remplir conjointement par le chirurgien et l'anesthésiste lorsqu'un acte ciblé implique une hospitalisation avec au moins une nuit.

Le praticien sollicite l'avis du Service Médical par téléphone pour obtenir une réponse immédiate ou différée de 24 heures maximum (hors WE et jours fériés)

Téléphone Assurance Maladie : XXXX

Date de la demande :

#### Etablissement

Identification de l'établissement :

Nom du chirurgien :

Téléphone :

Adresse Email de l'établissement :

Nom de l'anesthésiste :

Téléphone :

#### Assuré            NIR :

Nom patronymique – Prénom :

Nom marital :

#### Bénéficiaire des soins :

Nom patronymique – Prénom :

Nom marital :

Sexe :

Date de naissance :

Qualité (conjoint, ayant droit...) :

Adresse complète :

A.L.D. :  Oui  Non

ALD connue par l'établissement :  Oui  Non

**Acte chirurgical prévu** : permettant de retourner au libellé ou code CCAM du geste

**Date de l'intervention** :

**Critères médicaux** : (Niveau ASA 1 à 5)

5

4

3

2

1

**Critères sociaux pour le patient** (pour la famille ou le représentant légal pour un enfant) :

• **Accès à un téléphone en post-opératoire :**

Non

Oui

Inconnu

• **Le patient aura-t-il un accompagnant à la sortie et au domicile en post-opératoire :**

Non

Oui

Inconnu

• **La continuité des soins peut être assurée après la sortie au domicile post-opératoire :**

Non

Oui par la structure

Oui par convention  
en proximité

indiquer les raisons :

• **La compréhension du patient** (de la famille ou du représentant légal pour un enfant) lors de la consultation a été (concernant l'acte, ses complications et les consignes post opératoires) :

Mauvaise

Bonne

• **Le refus du patient** (du représentant légal pour un enfant) malgré une information claire :

Oui

Non

**Autres remarques** (médicales, sociales...) :

**Réponse du service Médical** : Date :

Accord hospitalisation > 24 h

Refus pour raisons médico-sociales

Refus hospitalisation pour raisons administratives



**Arrêté n°ARS/2016/405 du 5 août 2016 modifiant l'arrêté n°ARS/2016/203 du 17 mai 2016  
Fixant les produits de l'hospitalisation relatifs aux dotations et forfaits annuels pris en charge par  
l'assurance maladie et versés au Centre Hospitalier d'Ajaccio au titre de l'année 2016**

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Corse,

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

Vu la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

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

Vu le décret du 1<sup>er</sup> mars 2012 portant nomination de M. Jean-Jacques COIPIET en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Corse ;

Vu le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé ;

Vu l'arrêté du 29 octobre 2008 modifié, fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 14 février 2014 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L.162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 26 février 2016 portant détermination pour 2016 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 4 mars 2016 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 12 mai 2016 fixant pour l'année 2016 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et à l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 5 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 mai 2016 modifié fixant, pour l'année 2016, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et à l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n°ARS/2016/03 du 5 janvier 2016 fixant le montant des douzièmes provisoires versés en 2016 sur la base des produits de l'hospitalisation relatifs aux dotations et forfaits annuels pris en charge par l'assurance maladie et versés au Centre Hospitalier d'Ajaccio au titre de l'exercice 2015 ;

Vu l'arrêté n°ARS/2016/203 du 17 mai 2016 fixant les produits de l'hospitalisation relatifs aux dotations et forfaits annuels pris en charge par l'assurance maladie et versés au Centre Hospitalier d'Ajaccio au titre de l'année 2016 ;

Vu la première circulaire du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé ;

ARRETE

**Article 1 :** le montant des produits de l'hospitalisation relatifs aux dotations et forfaits annuels pris en charge par l'assurance maladie et versés au centre hospitalier d'Ajaccio pour l'exercice 2016 est fixé à :

**37 003 775€ (trente-sept millions trois mille sept cent soixante-quinze euros)** et se décompose comme suit :

Forfait annuel urgences	1 968 030€
Forfait annuel prélèvements d'organes	81 000€
Dotation de financement des MIGAC	22 398 912€
Dotation MIG	11 480 184€
Dotation AC	10 918 728€
<i>dont aide exceptionnelle en trésorerie (cf. arrêté n°ARS/2016/203 du 17 mai 2016)</i>	10 000 000€
Dotation annuelle de financement (DAF SSR)	10 586 809€
<i>dont aide exceptionnelle en trésorerie</i>	<u>7 000 000€</u>
Dotation de soins (USLD)	1 969 024€

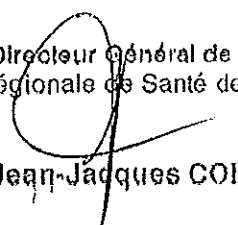
**Article 2 :** une aide exceptionnelle en trésorerie de 7 000 000€ est allouée en DAF par le présent arrêté et fera l'objet d'un paiement en un seul tenant.

Le total de la base de calcul des douzièmes 2016 est fixé à 20 003 775€ (vingt millions trois mille sept cent soixante-quinze euros), déduction faite des 17 000 000€ d'aide exceptionnelle en trésorerie (10 000 000€ versés dans le cadre de l'arrêté n°ARS/2016/203 du 17 mai 2016 et 7 000 000€ versés dans le cadre du présent arrêté).

**Article 3 :** le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale – immeuble Le Saxe, avenue du maréchal de Saxe – 69418 Lyon dans le délai franc de un mois à compter de sa publication ou de sa notification pour les personnes concernées.

**Article 4 :** la Directrice de l'Organisation et de la Qualité de l'Offre de Santé de l'ARS de Corse, le Directeur du Centre Hospitalier d'Ajaccio et la Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Corse du Sud sont chargées de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Corse du Sud et de la préfecture de Corse.

Le Directeur Général de L'Agence  
Régionale de Santé de Corse

  
Jean-Jacques COIPLLET



**Arrêté n°ARS/2016/407 du 5 août 2016 fixant les produits de l'hospitalisation relatifs aux dotations et forfaits annuels pris en charge par l'assurance maladie et versés au Centre Hospitalier de Castelluccio au titre de l'année 2016**

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Corse,

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

Vu la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

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

Vu le décret du 1<sup>er</sup> mars 2012 portant nomination de M. Jean-Jacques COIPILET en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Corse ;

Vu le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé ;

Vu l'arrêté du 29 octobre 2008 modifié, fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 14 février 2014 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L.162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 26 février 2016 portant détermination pour 2016 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 4 mars 2016 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 12 mai 2016 fixant pour l'année 2016 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et à l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 5 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 mai 2016 modifié fixant, pour l'année 2016, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et à l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n°ARS/2016/05 du 05 janvier 2016 fixant le montant des douzièmes provisoires versés en 2016 sur la base des produits de l'hospitalisation relatifs aux dotations et forfaits annuels pris en charge par l'assurance maladie et versés au Centre Hospitalier Départemental de Castelluccio au titre de l'exercice 2015 ;

Vu la première circulaire du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé ;

**ARRETE**

**Article 1 :** le montant des produits de l'hospitalisation relatifs aux dotations et forfaits annuels pris en charge par l'assurance maladie et versés au centre hospitalier de Castelluccio pour l'exercice 2016 est fixé à :

**42 256 108€** (quarante-deux millions deux cent cinquante-six mille cent huit euros) et se décompose comme suit :

Dotation de financement des MIGAC	1 075 266€
dont dotation MIG	390 994€
dont dotation AC	684 272€
Dotation annuelle de financement (DAF)	41 180 842€
dont dotation annuelle de financement (DAF PSY)	34 643 276€
dont dotation annuelle de financement (DAF SSR)	2 037 566€
dont aide exceptionnelle en trésorerie	<u>4 500 000€</u>

**Article 2 :** une aide exceptionnelle en trésorerie de 4 500 000€ est allouée en DAF par le présent arrêté et fera l'objet d'un paiement en un seul tenant.

Le total de la base de calcul des douzièmes 2016 est fixé à **37 756 108€** (trente-sept millions sept cent cinquante-six mille cent huit euros), déduction faite des 4 500 000€ d'aide exceptionnelle en trésorerie versés en DAF.

**Article 3 :** le recours éventuel contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale – immeuble Le Saxe, avenue du maréchal de Saxe – 69418 Lyon dans le délai franc de un mois à compter de sa publication ou de sa notification pour les personnes concernées.

**Article 4 :** la Directrice de l'Organisation et de la Qualité de l'Offre de Santé de l'ARS de Corse, le Directeur du Centre Hospitalier de Castelluccio et la Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Corse du Sud sont chargées de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Corse du Sud et de la préfecture de Corse.

Le Directeur Général de L'Agence  
Régionale de Santé de Corse

Jean-Jacques COIPLLET

**ARRETE N° ARS/2016/408 du 8 août 2016**

**Fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au  
Centre Hospitalier Général d'Ajaccio au titre de l'activité déclarée pour le mois de juin 2016**

**Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Corse**

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L 1432-2 issu de l'article 118 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

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

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de la défense ;

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

Vu le décret n°97-34 du 15 janvier 1997 relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles modifié ;

Vu le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;

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

Vu le décret du 1<sup>er</sup> mars 2012 portant nomination de M. Jean-Jacques COIPLÉ, directeur général de l'agence régionale de santé de Corse ;

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

Vu l'arrêté du 30 mars 2007, modifié, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 04 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

**Vu le relevé d'activité pour le mois de juin 2016 transmis le 04 août 2016 par le Centre Hospitalier Général d'Ajaccio ;**

**ARRETE**

**Article 1er** – La somme due par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Corse du Sud au Centre Hospitalier Général d'Ajaccio, n° FINESS : E.J. : 2A0000014 et E.T : 2A0000022 au titre du mois de juin 2016 est arrêtée à :

**4 773 237,15€ (quatre millions sept cent soixante-treize mille deux cent trente-sept euros et quinze centime) soit :**

<b>4 557 598,72€</b>	au titre de la part tarifée à l'activité,
<b>100 856,04€</b>	au titre des dispositifs médicaux implantables,
<b>40 874,62€</b>	au titre des produits pharmaceutiques,
<b>71 841,97€</b>	au titre des patients relevant de l'Aide médicale Etat,
<b>0,00€</b>	au titre des soins urgents,
<b>2 065,80€</b>	au titre des soins détenus.

**Article 2** – La Directrice de l'organisation et de la qualité de l'offre de santé de l'ARS de Corse, le Directeur du Centre Hospitalier d'Ajaccio et la Directrice de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de Corse du sud sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la préfecture de la Corse-du-Sud et de la préfecture de Corse.

Le Directeur Général de L'Agence  
Régionale de Santé de Corse

  
Jean-Jacques COIPLLET





**ARRETE N° ARS/2016/409 du 8 août 2016**

**Fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au  
Centre Hospitalier Spécialisé de Castelluccio au titre de l'activité déclarée  
pour le mois de juin 2016**

**Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Corse**

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L 1432-2 issu de l'article 118 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

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

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de la défense ;

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

Vu le décret n°97-34 du 15 janvier 1997 relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles modifié ;

Vu le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007 modifiant les dispositions transitoires du décret du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et du décret du 10 janvier 2007 portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles ;

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

Vu le décret du 1<sup>er</sup> mars 2012 portant nomination de M. Jean-Jacques COIPIET, directeur général de l'agence régionale de santé de Corse ;

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

Vu l'arrêté du 30 mars 2007, modifié, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009, modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 04 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

**Vu le relevé d'activité pour le mois de juin 2016 transmis le 29 juillet 2016 par le Centre Hospitalier Spécialisé de Castelluccio ;**

---

ARRETE

**Article 1er** – La somme due par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Corse du Sud au Centre Hospitalier Spécialisé de Castelluccio – n° FINESS EJ : 2A0000386, ET : 2A0000287 - au titre du mois de juin 2016 est arrêtée à :

766 789,14€ (*sept cent soixante-six mille sept cent quatre-vingt-neuf euros et quatorze centimes*) soit :

492 568,86€ au titre de la part tarifée à l'activité,  
274 220,28€ au titre des produits pharmaceutiques,

**Article 2** – La Directrice de l'organisation et de la qualité de l'offre de santé de l'ARS de Corse, la Directeur du Centre Hospitalier de Castelluccio et la Directrice de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de Corse-du-Sud sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la préfecture de la Corse-du-Sud et de la préfecture de Corse.

Le Directeur Général de l'Agence  
Régionale de Santé de Corse

Jean-Jacques COIPLAT



**ARRETE N° ARS/2016/410 du 8 août 2016**

**Fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier de Bonifacio (FINESS : 2A0000170) au titre de l'activité déclarée pour le mois de juin 2016**

**Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Corse**

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles R 162-42-7-2 à R 162-42-7-6 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R.6111-24 à R.6111-26 ;

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

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

Vu le décret du 1<sup>er</sup> mars 2012 portant nomination de M. Jean-Jacques COIPLÉ, directeur général de l'agence régionale de santé de Corse ;

Vu l'arrêté modifié du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ;

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

Vu l'arrêté du 04 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

Vu l'arrêté du 23 juin 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté n°349 du 8 juillet 2016 fixant pour l'année 2016 la dotation forfaitaire garantie du CH de Bonifacio ;

**Vu le relevé d'activité pour le mois de juin 2016 transmis le 25 juillet 2016 par le Centre Hospitalier de Bonifacio ;**

**ARRETE**

**Article 1**

Sur la base des éléments fixés en annexe, la somme à verser au titre de la dotation HPR due pour le mois de juin au centre hospitalier de Bonifacio, par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de Corse, est arrêtée à 107 778,83 €.

**Article 2**

Au titre de la part de ces recettes liées à l'activité déclarée pour le mois de juin, à l'exception de celles entrant dans le champ de la dotation HPR, la somme à verser par la MSA est arrêtée à 26 949,24€, soit :

- a. 25 493,01€ au titre des actes et consultations externes (ACE),
- b. 1 456,23€ au titre des forfaits de « petit matériel » (FFM).

**Article 3**

La Directrice de l'Organisation et de la Qualité de l'Offre de Santé de l'ARS de Corse, le Directeur du Centre Hospitalier de Bonifacio et le Directeur de la Mutualité Sociale Agricole de Corse sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la préfecture de la Corse-du-Sud et de la préfecture de Corse.

Le Directeur Général de l'Agence  
Régionale de Santé de Corse

Jean-Jacques COIPLLET

## ANNEXE

### I- Montants servant à la détermination de la dotation de la dotation HPR

Les montants calculés servant à la détermination du montant HPR en application du 1° à 3° de l'article 2 de l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité sont fixés à :

1° 193 749,50€ au titre du montant cumulé de l'activité de l'établissement, pour le mois de juin et le ou les mois précédents de l'exercice en cours, valorisée dans les conditions définies à l'article 4 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé, se décomposant ainsi :

- 193 749,50€ au titre des forfaits groupes homogènes de séjours (GHS) et de leurs éventuels suppléments ;
- 0 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale et des produits et prestations mentionnés au même article.

2° 646 673,00€ au titre du montant cumulé des douzièmes de la dotation forfaitaire garantie, notifiée à l'établissement en application du II de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale, pour le mois de juin et le ou les mois précédents de l'exercice en cours;

3° 538 894,17€ au titre du montant cumulé des montants de dotation HPR versés à l'établissement le ou les mois précédents de l'exercice en cours.

Le montant de la dotation HPR du mois de juin arrêté à l'article 1er est déterminé comme suit :

Montant dotation HPR (hors montant dû au titre de l'exercice antérieur) = 2°- 3° [dans le cas où activité cumulée < montant cumulé des 1/12e de DFG]

Solt, 107 778,83€.

### II- Régularisation de la DAF MCO versée durant les premiers mois de l'année 2016

En application de l'article 9 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité, la part des frais d'hospitalisation incluse dans la dotation annuelle de financement (DAF) de l'établissement versée entre le 20 janvier 2016 et le 20 juillet 2016 correspond à 1 012 759€.



**ARRETE N° ARS/2016/411 du 8 août 2016**

**Fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au Centre Hospitalier de Sartène  
(FINESS : 2A0002606) au titre de l'activité déclarée pour le mois de juin 2016**

**Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Corse**

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles R 162-42-7-2 à R 162-42-7-6 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R.6111-24 à R.6111-26 ;

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

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

Vu le décret du 1<sup>er</sup> mars 2012 portant nomination de M. Jean-Jacques COIPILET, directeur général de l'agence régionale de santé de Corse ;

Vu l'arrêté modifié du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ;

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

Vu l'arrêté du 04 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

Vu l'arrêté du 23 juin 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté n°351 du 8 juillet 2016 fixant pour l'année 2016 la dotation forfaitaire garantie du CH de Sartène ;

Vu le relevé d'activité MCO pour le mois de juin 2016 transmis le 4 août 2016 par le Centre Hospitalier de Sartène ;

Vu le relevé d'activité HAD pour le mois de juin 2016 transmis le 4 août 2016 par le Centre Hospitalier de Sartène ;

---

## ARRETE

### Article 1

Sur la base des éléments fixés en annexe, la somme à verser au titre de la dotation HPR due pour le mois de juin au centre hospitalier de Sartène, par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) d'Ajaccio, est arrêtée à 82 327,16€.

### Article 2

Au titre de la part de ces recettes liées à l'activité déclarée pour le mois de juin, à l'exception de celles entrant dans le champ de la dotation HPR, la somme à verser au centre hospitalier de Sartène par la CPAM est arrêtée à 18 904,61€ au titre des forfaits groupes homogènes de tarifs.

### Article 3

Au titre de la part de ces recettes liées à l'activité déclarée pour le mois de juin, à l'exception de celles entrant dans le champ de la dotation HPR, la somme à verser au centre hospitalier de Sartène par la CPAM est arrêtée à 95 454,51€ au titre des forfaits groupes homogènes de tarifs (GHT).

### Article 4

La Directrice de l'Organisation et de la Qualité de l'Offre de Santé de l'ARS de Corse, le Directeur par Intérim du Centre Hospitalier de Sartène et la Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Ajaccio sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la préfecture de la Corse-du-Sud et de la préfecture de Corse.

Le Directeur Général de L'Agence  
Régionale de Santé de Corse

Jean-Jacques COIPLLET

## ANNEXE

### I- Montants servant à la détermination de la dotation de la dotation HPR

Les montants calculés servant à la détermination du montant HPR en application du 1° à 3° de l'article 2 de l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité sont fixés à :

1° 510 964,53€ au titre du montant cumulé de l'activité de l'établissement, pour le mois de juin et le ou les mois précédents de l'exercice en cours, valorisée dans les conditions définies à l'article 4 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé, se décomposant ainsi :

- 510 964,53 € au titre des forfaits groupes homogènes de séjours (GHS) et de leurs éventuels suppléments ;
- 0 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale et des produits et prestations mentionnés au même article.

2° 491 583,50€ au titre du montant cumulé des douzièmes de la dotation forfaitaire garantie, notifiée à l'établissement en application du II de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale, pour le mois de juin et le ou les mois précédents de l'exercice en cours;

3° 428 637,37€ au titre du montant cumulé des montants de dotation HPR versés à l'établissement le ou les mois précédents de l'exercice en cours.

Le montant de la dotation HPR du mois de juin arrêté à l'article 1er est déterminé comme suit :

Montant dotation HPR (hors montant dû au titre de l'exercice antérieur) = 1°- 3° [dans le cas où activité cumulée > montant cumulé des 1/12e de DFG]

Soit, 82 327,16€.

### II- Régularisation de la DAF MCO versée durant les premiers mois de l'année 2016

En application de l'article 9 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité, la part des frais d'hospitalisation incluse dans la dotation annuelle de financement de l'établissement versée entre le 20 janvier et le 20 juillet correspond à 880 331,65 €.



Réf : DOS-0716-5145-0



**ARRETE INTERREGIONAL FIXANT LE BILAN DES OBJECTIFS QUANTIFIES POUR LES  
ACTIVITES DE SOINS DE CHIRURGIE CARDIAQUE, NEUROCHIRURGIE, ACTIVITES  
INTERVENTIONNELLES PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE, TRAITEMENT  
DES GRANDS BRULES, GREFFES D'ORGANES ET GREFFES DE CELLULES  
HEMATOPOIETIQUES**

Prévues par les articles R 6122-25 (8°, 9°, 10°, 12° et 13°) du code de la santé publique

AR. SIOS n° 2016 Bilan OQOS 1

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Corse ;

La directrice générale de l'agence régionale de santé de la région Languedoc-Roussillon Midi Pyrénées ;

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

VU le code de la santé publique notamment ses articles L 6122-1 et suivants, les articles R 6121-2 et R 6122-25, R 6122-29, et D 6121-11 ;

VU le code de la sécurité sociale ;

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

VU la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 susvisée ;

VU la loi n° 2009-41 du 28 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°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU le décret du 1<sup>er</sup> mars 2012 portant nomination de Monsieur Jean Jacques COIPLÉ en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Corse ;

VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique CAVALIER en qualité de directrice générale de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon Midi Pyrénées ;

VU l'arrêté du 11 décembre 2015 portant nomination de Monsieur Paul CASTEL en qualité de directeur général par intérim de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur à compter du 29 janvier 2016 ;

VU l'arrêté ministériel du 24 janvier 2006, fixant les groupes de régions prévus à l'article L 6121-4 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté ministériel du 11 septembre 2007, fixant la définition du périmètre de l'inter région Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

VU l'arrêté du 28 octobre 2013 des directeurs généraux des agences régionales de santé Corse, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur définissant les territoires composant l'interrégion sud méditerranée pour les activités relevant du schéma interrégional d'organisation des soins ;

VU l'arrêté n° 2014073-0001 des directeurs des agences régionales de santé de Corse, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur, en date du 4 avril 2014, fixant le schéma interrégional d'organisation des soins pour l'inter région Sud Méditerranée 2014-2018 ;

VU l'arrêté SIOS 2016 du 21 juillet 2016 des directeurs des agences régionales de santé de Corse, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur, fixant, pour l'année 2016, le calendrier et la période de dépôt des demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation pour les activités de soins de chirurgie cardiaque, neurochirurgie, et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, traitement des grands brûlés, greffes d'organe et greffes de cellules hématopoïétiques prévues par l'article R 6122-25 (8°, 9°, 10°, 12° et 13°) du code de la santé publique ;

CONSIDERANT que conformément à l'article R 6122-30 du code de la santé publique « Lorsque cette période (de dépôt) est commune à plusieurs régions, les directeurs généraux des agences régionales de santé ayant fixé le schéma interrégional arrêtent en commun le bilan relatif aux territoires de santé compris dans ce schéma. » ;

## ARRETENT

**ARTICLE 1<sup>ER</sup>** : Pour la 1<sup>ère</sup> période de dépôt de l'année 2016, ouverte du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 30 octobre 2016, le bilan des objectifs quantifiés exprimés en nombre d'implantations, est établi selon les tableaux ci-joints, figurant en annexe, pour l'activité de soins de :

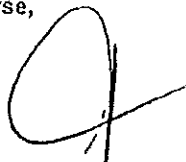
- Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie,
- Traitements des grands brûlés,
- Chirurgie cardiaque,
- Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques,
- Neurochirurgie.

**ARTICLE 2** : Un recours hiérarchique peut être exercé contre la présente décision auprès du ministre en charge de la santé, dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs.

**ARTICLE 3** : Le directeur de l'offre de soins et de l'autonomie de l'agence régionale de santé Languedoc-Roussillon Midi Pyrénées, le directeur par intérim de l'organisation des soins de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur ainsi que le directeur de l'organisation et de la qualité de l'offre de santé de l'agence régionale de santé de Corse sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes administratifs de la Préfecture des régions Languedoc-Roussillon Midi Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

Fait, le **04 AOUT 2016**

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Corse,



Jean Jacques COIPLLET

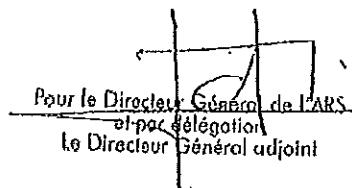
La directrice générale de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon Midi Pyrénées,



Monique CAVALIER

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur,

Paul CASTEL



Pour le Directeur Général de l'ARS  
et par délégation  
Le Directeur Général adjoint

Norbert NABET

**Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie**

<b>Bilan de l'offre de soins</b>			
<b>Inter région Sud Méditerranée</b>	<b>Sites et nombre d'implantations d'activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie</b>		
	<b>SIOS</b>	<b>bilan sites autorisés</b>	<b>Nouvelles demandes recevables oui / non</b>
<b>Corse</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>non</b>
<b>Languedoc-Roussillon</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>non</b>
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>non</b>

**Activité de soins « Traitement des Grands Brulés »**

<b>Bilan de l'offre de soins</b>			
<b>Inter région Sud Méditerranée</b>	<b>Sites et nombre d'implantations d'activités « Traitement des Grands Brulés »</b>		
	<b>SIOS</b>	<b>bilan sites autorisés</b>	<b>Nouvelles demandes recevables</b>  oui / non
<b>Corse</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>non</b>
<b>Languedoc-Roussillon</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>non</b>
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>2*</b>	<b>2*</b>	<b>non</b>

- Dont hôpital d'instruction des armées

Activités « Chirurgie cardiaque »

Inter région Sud Méditerranée	Chirurgie cardiaque de l'adulte			Chirurgie cardiaque pédiatrique		
	SIOS	bilan sites autorisés	Nouvelles demandes recevables	SIOS	bilan sites autorisés	Nouvelles demandes recevables
			oui /non			oui /non
Inter région	7	8		1	1	
Corse	0	0	non	0	0	non
Languedoc - Roussillon	3	4	non	0	0	non
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4	4	non	1	1	non

Activité de soins de greffes d'organes

Greffes rénales adultes			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	1	1	Non
PACA	2	2	Non
Total Interrégion	3	3	/

Greffes rénales enfant			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	1	1	Non
PACA	2	2	Non
Total Interrégion	3	3	/

Greffes rein pancréas			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	1	1	Non
PACA	0	0	Non
Total Interrégion	1	1	/

Greffes cardiaques			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	1	1	Non
PACA	2	2	Non
Total Interrégion	3	3	/

Greffes cardio-pulmonaires			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	0	0	Non
PACA	2	2	Non
Total Interrégion	2	2	/

Greffes pulmonales			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	0	0	Non
PACA	2	2	Non
Total Interrégion	2	2	/

Greffes hépatiques adultes			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	1	1	Non
PACA	2	2	Non
Total Interrégion	3	3	/

Greffes hépatiques enfants			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	0	0	Non
PACA	1	1	Non
Total Interrégion	1	1	/

Greffes intestinale			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	0	0	Non
PACA	1	1	Non
Total Interrégion	1	1	/



Greffes de cellules souches hématopoïétiques

Activité	Adultes		Nouvelles demandes recevables oui / non	Enfants		Nouvelles demandes recevables oui / non
	SIOS	bilan sites autorisés		SIOS	bilan sites autorisés	
Territoire de santé						
Corse	0	0	NON	0	0	NON
Languedoc Roussillon	1	1	NON	1	1	NON
PACA	2	2	NON	1	2	NON
Total interrégion	3	3	NON	3	3	NON

Activité de soins de Neurochirurgie

Activité de neurochirurgie			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	1	1	Non
Languedoc Roussillon	4	4	Non
PACA	5	5	Non
Total Interrégion	10	10	/

Activité de neurochirurgie fonctionnelle cérébrale			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	2	2	Non
PACA	2	2	Non
Total Interrégion	4	4	/

Activité de radio chirurgie intracrânienne et extra-crânienne en conditions stéréotaxiques			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	2	2	Non
PACA	3	3	Non
Total Interrégion	5	5	/

Activité de neurochirurgie pédiatrique			
Territoire de santé	Implantations SIOS	Implantations autorisées	Site disponible
Corse	0	0	Non
Languedoc Roussillon	1	1	Non
PACA	2	2	Non
Total Interrégion	3	3	/



Toulon, le 24 août 2016

DIVISION « ACTION DE L'ETAT EN MER »

**ARRETE PREFECTORAL N° 199 /2016**  
**PORTANT AGREMENT D'UNE ZONE**  
**POUR L'UTILISATION D'UNE HELISURFACE EN MER**  
**« M/Y LIONHEART »**

Le vice-amiral d'escadre Charles-Henri de la Faverie du Ché  
préfet maritime de la Méditerranée

- VU le code de l'aviation civile,
- VU le code des douanes,
- VU le code des transports et notamment ses articles L. 5242-1, L. 5242-2, L. 6142-1,
- VU le code pénal et notamment ses articles 131-13 et R. 610-5,
- VU le décret n° 77-778 du 7 juillet 1977 relatif au règlement pour prévenir les abordages en mer (COLREG 1972),
- VU le décret n° 91-660 du 11 juillet 1991 modifié relatif aux règles de l'air et aux services de la circulation aérienne,
- VU le décret n° 2004-112 du 6 février 2004 modifié relatif à l'organisation de l'action de l'Etat en mer,
- VU l'arrêté interministériel du 10 octobre 1957 modifié relatif au survol des agglomérations et des rassemblements de personnes ou d'animaux,
- VU l'arrêté interministériel du 17 novembre 1958 modifié relatif à la réglementation de la circulation aérienne des hélicoptères,
- VU l'arrêté interministériel du 22 février 1971 portant réglementation de l'utilisation d'hélicoptères aux abords des aérodromes,
- VU l'arrêté interministériel du 24 juillet 1991 modifié relatif aux conditions d'utilisation des aéronefs civils en aviation générale,
- VU l'arrêté interministériel du 13 mars 1992 relatif aux procédures de rédaction et de communication des plans de vol déposés (FPL) et plans de vol répétitifs (RPL),
- VU l'arrêté interministériel du 6 mai 1995 modifié sur les aérodromes et autres emplacements utilisés par les hélicoptères,
- VU l'arrêté interministériel du 20 avril 1998 modifié portant ouverture des aérodromes au trafic aérien international,
- VU la demande présentée par la société Monacair, reçue le 24 juillet 2016,
- VU les avis des administrations consultées,

# ARRETE

## ARTICLE 1

A compter de la date de publication du présent arrêté préfectoral et jusqu'au 31 décembre 2016, l'hélicoptère du navire « *M/Y Lionheart* » (OMI : 1012323) pourra être utilisée, dans les eaux intérieures et la mer territoriale sous souveraineté française en Méditerranée, pour effectuer des vols au bénéfice du propriétaire du navire.

L'hélicoptère est utilisé sous la responsabilité du pilote commandant de bord ou de l'exploitant de l'hélicoptère.

## ARTICLE 2

L'hélicoptère ne devra pas être utilisé lorsque le navire est à quai, ou dans la bande côtière de 300 mètres, mesurée à partir du rivage.

## ARTICLE 3

Aucun vol à destination ou en provenance directe de l'étranger, hors espace Schengen, n'aura lieu à partir de la plateforme.

Toutefois, dans les conditions fixées par l'arrêté interministériel du 20 avril 1998 modifié susvisé, l'hélicoptère est ouverte aux vols intérieurs au sens de l'article 1 de la convention d'application de l'accord de Schengen.

Toutes les formalités de douanes et de police devront être accomplies dans les aéroports ouverts à ces opérations.

Les formalités douanières concernant les personnes et les marchandises sous sujétion douanière susceptibles d'être transportées devront être accomplies auprès des services douaniers compétents. Les services de la douane pourront accéder librement aux installations.

## ARTICLE 4

Les dispositions des arrêtés interministériels du 22 février 1971 et du 6 mai 1995 susvisés qui régissent la création et l'utilisation d'une hélicoptère devront être strictement respectées.

Il est rappelé que les documents du pilote et de l'aéronef devront être conformes à la réglementation en vigueur, en cours de validité. A ce titre, le pilote de l'aéronef devra être titulaire d'une habilitation à utiliser les hélicoptères. Ces documents seront présentés à première réquisition des services chargés du contrôle.

L'aéronef ne procédera à aucun survol de rassemblement de personnes ou d'embarcations en dessous des hauteurs réglementaires.

Les trajectoires d'arrivée et de départ seront définies en mer dans des secteurs dégagés afin de ne pas constituer un danger pour la sécurité des personnes et des biens.

L'hélicoptère sera isolée par tous les moyens appropriés et ne sera accessible qu'au seul personnel strictement nécessaire au déroulement de l'opération.

## **ARTICLE 5**

### **5.1. Le présent arrêté n'emporte aucune dérogation aux règles de l'air et au règlement des transports aériens notamment**

- aux restrictions de l'espace aérien (décret n° 91-660 du 11 juillet 1991 modifié) ;
- au respect du statut des espaces aériens traversés et à l'obligation de contact radio avec les organismes gestionnaires ;
- aux règles de vol (arrêtés du 10 octobre 1957 et du 17 novembre 1958 modifié) ;
- aux équipements et documents réglementaires en particulier pour les survols maritimes (arrêté du 24 juillet 1991 modifié).

### **5.2. Rappels**

En application de l'article 15 de l'arrêté du 6 mai 1995 modifié susvisé, l'utilisation de l'hélicoptère aux abords des aérodromes est soumise à l'accord préalable de l'autorité aéronautique responsable.

**L'utilisation de l'hélicoptère est formellement interdite** lorsque celle-ci est située :

- à moins de 6 kilomètres des aérodromes de Béziers Vias – Cannes Mandelieu – Ghisonaccia Alzitone et Propriano Tavarica ;
- à moins de 8 kilomètres des aérodromes de Ajaccio Bonaparte – Bastia Poretta – Calvi Sainte Catherine – Figari Sud-Corse - Montpellier Méditerranée et Nice Côte d'Azur.

**5.3. Avant de pénétrer dans la zone d'entraînement en Méditerranée D. 54**, le pilote de l'hélicoptère prendra obligatoirement contact avec l'organisme gestionnaire de la zone (FANNY - fréquences : 127,975(P) / 118,5 (S) MHz).

**5.4. Pour tout vol au départ effectué dans les limites « CTR Nice 1 »**, le dépôt d'une intention de vol auprès du bureau d'information aéronautique de Nice (Tél. 04.93.17.21.18), est obligatoire au plus tard trente minutes avant le vol.

Cette intention de vol devra mentionner entre autres :

- l'indicatif de l'aéronef,
- le nom du navire,
- la position en radiale et distance de l'hélicoptère avant le décollage par rapport à la balise VOR/DME AZR (109,65 MHz),
- l'heure estimée de décollage,
- la destination,
- le premier point de report.

**De plus, 10 minutes avant son décollage, le pilote devra rappeler le responsable de la tour via le BRIA (04.93.17.20.75) pour confirmer son vol et la position du navire.**

**5.5. Pour tout vol au départ effectué dans les limites des « CTR d' Ajaccio, Bastia, Calvi ou Figari »**, le dépôt d'une intention de vol auprès du bureau d'information aéronautique d' Ajaccio (Tél. 04.95.22.61.85 / 04.95.23.59.80) est obligatoire au plus tard trente minutes avant le vol.

Cette intention de vol devra mentionner entre autres :

- l'indicatif de l'aéronef,
- le nom du navire,

- la position en radiale et distance de l'hélicoptère avant le décollage par rapport à la balise VOR/DME BTA (114,15 MHz) ou FGI (116,70 MHz) ou à l'ARP pour Ajaccio et Calvi,
- l'heure estimée de décollage,
- la destination,
- le premier point de report.

**De plus, 10 minutes avant son décollage, le pilote devra appeler le responsable de la tour pour Bastia (04.95.59.19.20) et pour Figari (04.95.71.10.81) pour confirmer son vol et la position du navire.**

Il est rappelé aux pilotes que le contact radio bilatéral est obligatoire avec l'organisme de contrôle avant l'envol de l'hélicoptère.

### **ARTICLE 6**

L'exploitation d'hélicoptères en transport public est soumise aux dispositions de l'arrêté du 25 février 1985 modifié relatif aux conditions d'utilisation des hélicoptères exploités par une entreprise de transport aérien, de l'arrêté du 23 septembre 1999 modifié relatif aux conditions techniques d'exploitation d'hélicoptères par une entreprise de transport aérien public (OPS 3) et de l'instruction du 23 avril 2004 modifiée, prise en application de ce même arrêté.

### **ARTICLE 7**

Tout incident ou accident devra être signalé à la brigade de la police aéronautique (Tél. 04.42.95.16.59) et à défaut, au centre d'information et de commandement de la direction zonale de la police aux frontières à Marseille (Tél. : 04.91.53.60.90), ainsi qu'au district aéronautique compétent.

### **ARTICLE 8**

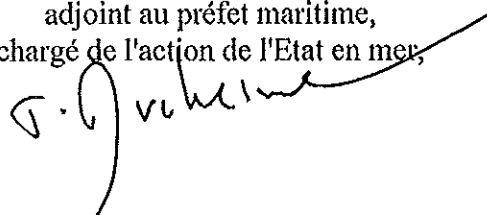
L'autorisation accordée est précaire et révoquée.

Les infractions au présent arrêté exposent leurs auteurs aux peines prévues par le code de l'aviation civile, par les articles L. 5242-1 et L. 5242-2 du code des transports et par les articles 131-13 et R. 610-5 du code pénal.

### **ARTICLE 9**

Les personnes énumérées à l'article L. 6142-1 du code des transports, les officiers et agents habilités en matière de police maritime sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Pour le préfet maritime de la Méditerranée et par délégation,  
le commissaire général Thierry Duchesne  
adjoint au préfet maritime,  
chargé de l'action de l'Etat en mer,



DESTINATAIRES :

- M. le préfet du département des Pyrénées-Orientales (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département de l'Aude (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département de l'Hérault (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département du Gard (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département des Bouches-du-Rhône (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département du Var (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département des Alpes-Maritimes (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département de Haute-Corse (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département de Corse du Sud (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le directeur interrégional de la mer Méditerranée
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer des Pyrénées Orientales / délégation à la mer et au littoral des Pyrénées Orientales
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer de l'Hérault / délégation à la mer et au littoral de l'Hérault
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer des Bouches-du-Rhône / délégation à la mer et au littoral des Bouches-du-Rhône
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer du Var / délégation à la mer et au littoral du Var
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer des Alpes Maritimes / délégation à la mer et au littoral des Alpes Maritimes
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer de Haute-Corse / délégation à la mer et au littoral de Haute-Corse
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer de Corse du Sud / délégation à la mer et au littoral de Corse du Sud
- M. le directeur du CROSS MED
- M. le chef du Sous-CROSS Corse
- M. l'administrateur des douanes, directeur régional garde-côtes de Méditerranée
- M. le contrôleur général, directeur zonal de la police aux frontières Sud
- M. le chef de la direction zonale des CRS Sud
- M. le général commandant la région de gendarmerie de Languedoc-Roussillon
- M. le général commandant la région de gendarmerie PACA
- M. le général commandant la région de gendarmerie Corse
- M. le commandant du groupement de gendarmerie des transports aériens Sud
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale des Pyrénées-Orientales
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale de l'Aude
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale de l'Hérault
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale du Gard
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale des Bouches-du-Rhône
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale du Var
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale des Alpes-Maritimes
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale de Haute-Corse
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale de Corse du Sud

- M. le commandant du groupement de gendarmerie maritime de la Méditerranée
- M. le procureur de la République, près le TGI de Perpignan
- M. le procureur de la République, près le TGI de Carcassonne
- M. le procureur de la République, près le TGI de Narbonne
- M. le procureur de la République, près le TGI de Béziers
- M. le procureur de la République, près le TGI de Montpellier
- M. le procureur de la République, près le TGI de Nîmes
- M. le procureur de la République, près le TGI de Tarascon
- M. le procureur de la République, près le TGI d'Aix-en-Provence
- M. le procureur de la République, près le TGI de Marseille
- M. le procureur de la République, près le TGI de Toulon
- M. le procureur de la République, près le TGI de Draguignan
- M. le procureur de la République, près le TGI de Grasse
- M. le procureur de la République, près le TGI de Nice
- M. le procureur de la République, près le TGI de Bastia
- M. le procureur de la République, près le TGI de Ajaccio
- M. le président du SDRCAM-Sud
- CCMAR MED (bureau aérocaé)
- BAN de Hyères
- M. le directeur de la DSAC Sud-Est - Subdivision aviation générale travail aérien
- M. le délégué à l'aviation civile de Côte d'Azur
- M. le délégué à l'aviation civile de Corse
- Société Monacair  
[3amtg@monacair.mc](mailto:3amtg@monacair.mc).

COPIES :

- CECMED/N3/N5/Approches maritimes
- TOUS SEMAPHORES
- PREMAR MED/AEM/PADEM/RM
- Archives.



Toulon, le 26 août 2016

DIVISION « ACTION DE L'ETAT EN MER »

**ARRETE PREFECTORAL N° 202/2016**  
**PORTANT AGREMENT D'UNE ZONE**  
**POUR L'UTILISATION D'UNE HELISURFACE EN MER**  
**« M/Y INTREPID »**

Le vice-amiral d'escadre Charles-Henri de La Faverie du Ché  
préfet maritime de la Méditerranée

- VU le code de l'aviation civile,
- VU le code des douanes,
- VU le code des transports et notamment ses articles L. 5242-1, L. 5242-2, L. 6142-1,
- VU le code pénal et notamment ses articles 131-13 et R. 610-5,
- VU le décret n° 77-778 du 7 juillet 1977 relatif au règlement pour prévenir les abordages en mer (COLREG 1972),
- VU le décret n° 91-660 du 11 juillet 1991 modifié relatif aux règles de l'air et aux services de la circulation aérienne,
- VU le décret n° 2004-112 du 6 février 2004 modifié relatif à l'organisation de l'action de l'Etat en mer,
- VU l'arrêté interministériel du 10 octobre 1957 modifié relatif au survol des agglomérations et des rassemblements de personnes ou d'animaux,
- VU l'arrêté interministériel du 17 novembre 1958 modifié relatif à la réglementation de la circulation aérienne des hélicoptères,
- VU l'arrêté interministériel du 22 février 1971 portant réglementation de l'utilisation d'hélicoptères aux abords des aérodromes,
- VU l'arrêté interministériel du 24 juillet 1991 modifié relatif aux conditions d'utilisation des aéronefs civils en aviation générale,
- VU l'arrêté interministériel du 13 mars 1992 relatif aux procédures de rédaction et de communication des plans de vol déposés (FPL) et plans de vol répétitifs (RPL),
- VU l'arrêté interministériel du 6 mai 1995 modifié sur les aérodromes et autres emplacements utilisés par les hélicoptères,
- VU l'arrêté interministériel du 20 avril 1998 modifié portant ouverture des aérodromes au trafic aérien international,
- VU la demande présentée par Monsieur Michael John Atkinson, capitaine du bateau, reçue le 30 juillet 2016,
- VU les avis des administrations consultées,

# ARRÊTE

## ARTICLE 1

A compter de la date de publication du présent arrêté préfectoral et jusqu'au 31 décembre 2016, l'hélicoptère du navire « *M/Y Intrepid* » (OMI : 9733583) pourra être utilisée, dans les eaux intérieures et la mer territoriale sous souveraineté française en Méditerranée, pour effectuer des vols au bénéfice du propriétaire du navire.

L'hélicoptère est utilisé sous la responsabilité du pilote commandant de bord ou de l'exploitant de l'hélicoptère.

## ARTICLE 2

L'hélicoptère ne devra pas être utilisé lorsque le navire est à quai, ou dans la bande côtière de 300 mètres, mesurée à partir du rivage.

## ARTICLE 3

Aucun vol à destination ou en provenance directe de l'étranger, hors espace Schengen, n'aura lieu à partir de la plateforme.

Toutefois, dans les conditions fixées par l'arrêté interministériel du 20 avril 1998 modifié susvisé, l'hélicoptère est ouverte aux vols intérieurs au sens de l'article 1 de la convention d'application de l'accord de Schengen.

Toutes les formalités de douanes et de police devront être accomplies dans les aéroports ouverts à ces opérations.

Les formalités douanières concernant les personnes et les marchandises sous sujétion douanière susceptibles d'être transportées devront être accomplies auprès des services douaniers compétents. Les services de la douane pourront accéder librement aux installations.

## ARTICLE 4

Les dispositions des arrêtés interministériels du 22 février 1971 et du 6 mai 1995 susvisés qui régissent la création et l'utilisation d'une hélicoptère devront être strictement respectées.

Il est rappelé que les documents du pilote et de l'aéronef devront être conformes à la réglementation en vigueur, en cours de validité. A ce titre, le pilote de l'aéronef devra être titulaire d'une habilitation à utiliser les hélicoptères. Ces documents seront présentés à première réquisition des services chargés du contrôle.

L'aéronef ne procédera à aucun survol de rassemblement de personnes ou d'embarcations en dessous des hauteurs réglementaires.

Les trajectoires d'arrivée et de départ seront définies en mer dans des secteurs dégagés afin de ne pas constituer un danger pour la sécurité des personnes et des biens.

L'hélicoptère sera isolée par tous les moyens appropriés et ne sera accessible qu'au seul personnel strictement nécessaire au déroulement de l'opération.

## **ARTICLE 5**

**5.1. Le présent arrêté n'emporte aucune dérogation aux règles de l'air et au règlement des transports aériens notamment**

- aux restrictions de l'espace aérien (décret n° 91-660 du 11 juillet 1991 modifié) ;
- au respect du statut des espaces aériens traversés et à l'obligation de contact radio avec les organismes gestionnaires ;
- aux règles de vol (arrêtés du 10 octobre 1957 et du 17 novembre 1958 modifié) ;
- aux équipements et documents réglementaires en particulier pour les survols maritimes (arrêté du 24 juillet 1991 modifié).

**5.2. Rappels**

En application de l'article 15 de l'arrêté du 6 mai 1995 modifié susvisé, l'utilisation de l'hélicoptère aux abords des aérodromes est soumise à l'accord préalable de l'autorité aéronautique responsable.

**L'utilisation de l'hélicoptère est formellement interdite lorsque celle-ci est située :**

- à moins de 6 kilomètres des aérodromes de Béziers Vias – Cannes Mandelieu – Ghisonaccia Alzitone et Propriano Tavarica ;
- à moins de 8 kilomètres des aérodromes de Ajaccio Bonaparte – Bastia Poretta – Calvi Sainte Catherine – Figari Sud-Corse – Montpellier Méditerranée et Nice Côte d'Azur.

**5.3. Avant de pénétrer dans la zone d'entraînement en Méditerranée D. 54, le pilote de l'hélicoptère prendra obligatoirement contact avec l'organisme gestionnaire de la zone (FANNY - fréquences : 127,975(P) / 118,5 (S) MHz).**

**5.4. Pour tout vol au départ effectué dans les limites « CTR Nice 1 », le dépôt d'une intention de vol auprès du bureau d'information aéronautique de Nice (Tél. 04.93.17.21.18), est obligatoire au plus tard trente minutes avant le vol.**

Cette intention de vol devra mentionner entre autres :

- l'indicatif de l'aéronef,
- le nom du navire,
- la position en radiale et distance de l'hélicoptère avant le décollage par rapport à la balise VOR/DME AZR (109,65 MHz),
- l'heure estimée de décollage,
- la destination,
- le premier point de report.

**De plus, 10 minutes avant son décollage, le pilote devra rappeler le responsable de la tour via le BRIA (04.93.17.20.75) pour confirmer son vol et la position du navire.**

**5.5. Pour tout vol au départ effectué dans les limites des « CTR d' Ajaccio, Bastia, Calvi ou Figari », le dépôt d'une intention de vol auprès du bureau d'information aéronautique d' Ajaccio (Tél. 04.95.22.61.85 / 04.95.23.59.80) est obligatoire au plus tard trente minutes avant le vol.**

Cette intention de vol devra mentionner entre autres :

- l'indicatif de l'aéronef,
- le nom du navire,

- la position en radiale et distance de l'hélicoptère avant le décollage par rapport à la balise VOR/DME BTA (114,15 MHz) ou FGI (116,70 MHz) ou à l'ARP pour Ajaccio et Calvi,
- l'heure estimée de décollage,
- la destination,
- le premier point de report.

De plus, 10 minutes avant son décollage, le pilote devra appeler le responsable de la tour pour Bastia (04.95.59.19.20) et pour Figari (04.95.71.10.81) pour confirmer son vol et la position du navire.

Il est rappelé aux pilotes que le contact radio bilatéral est obligatoire avec l'organisme de contrôle avant l'envol de l'hélicoptère.

### **ARTICLE 6**

L'exploitation d'hélicoptères en transport public est soumise aux dispositions de l'arrêté du 25 février 1985 modifié relatif aux conditions d'utilisation des hélicoptères exploités par une entreprise de transport aérien, de l'arrêté du 23 septembre 1999 modifié relatif aux conditions techniques d'exploitation d'hélicoptères par une entreprise de transport aérien public (OPS 3) et de l'instruction du 23 avril 2004 modifiée, prise en application de ce même arrêté.

### **ARTICLE 7**

Tout incident ou accident devra être signalé à la brigade de la police aéronautique (Tél. 04.42.95.16.59) et à défaut, au centre d'information et de commandement de la direction zonale de la police aux frontières à Marseille (Tél. : 04.91.53.60.90), ainsi qu'au district aéronautique compétent.

### **ARTICLE 8**

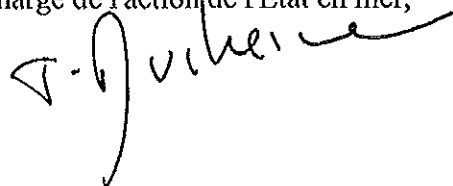
L'autorisation accordée est précaire et révocable.

Les infractions au présent arrêté exposent leurs auteurs aux peines prévues par le code de l'aviation civile, par les articles L. 5242-1 et L. 5242-2 du code des transports et par les articles 131-13 et R. 610-5 du code pénal.

### **ARTICLE 9**

Les personnes énumérées à l'article L. 6142-1 du code des transports, les officiers et agents habilités en matière de police maritime sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Pour le préfet maritime de la Méditerranée, par délégation  
le commissaire général Thierry Duchesne  
adjoint au préfet maritime,  
chargé de l'action de l'Etat en mer,



## DESTINATAIRES :

- M. le préfet du département des Pyrénées-Orientales (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département de l'Aude (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département de l'Hérault (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département du Gard (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département des Bouches-du-Rhône (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département du Var (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département des Alpes-Maritimes (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département de Haute-Corse (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le préfet du département de Corse du Sud (*pour insertion au R.A.A.*)
- M. le directeur interrégional de la mer Méditerranée
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer des Pyrénées Orientales /  
délégation à la mer et au littoral des Pyrénées Orientales
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer de l'Hérault / délégation à la mer  
et au littoral de l'Hérault
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer des Bouches-du-Rhône /  
délégation à la mer et au littoral des Bouches-du-Rhône
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer du Var / délégation à la mer et  
au littoral du Var
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer des Alpes Maritimes / délégation  
à la mer et au littoral des Alpes Maritimes
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer de Haute-Corse / délégation à la  
mer et au littoral de Haute-Corse
- M. le directeur départemental des territoires et de la mer de Corse du Sud / délégation à la  
mer et au littoral de Corse du Sud
- M. le directeur du CROSS MED
- M. le chef du Sous-CROSS Corse
- M. l'administrateur des douanes, directeur régional garde-côtes de Méditerranée
- M. le contrôleur général, directeur zonal de la police aux frontières Sud
- M. le chef de la direction zonale des CRS Sud
- M. le général commandant la région de gendarmerie de Languedoc-Roussillon
- M. le général commandant la région de gendarmerie PACA
- M. le général commandant la région de gendarmerie Corse
- M. le commandant du groupement de gendarmerie des transports aériens Sud
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale des Pyrénées-  
Orientales
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale de l'Aude
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale de l'Hérault
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale du Gard
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale des Bouches-du-  
Rhône
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale du Var
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale des Alpes-Maritimes
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale de Haute-Corse
- M. le commandant du groupement de gendarmerie départementale de Corse du Sud

- M. le commandant du groupement de gendarmerie maritime de la Méditerranée
- M. le procureur de la République, près le TGI de Perpignan
- M. le procureur de la République, près le TGI de Carcassonne
- M. le procureur de la République, près le TGI de Narbonne
- M. le procureur de la République, près le TGI de Béziers
- M. le procureur de la République, près le TGI de Montpellier
- M. le procureur de la République, près le TGI de Nîmes
- M. le procureur de la République, près le TGI de Tarascon
- M. le procureur de la République, près le TGI d'Aix-en-Provence
- M. le procureur de la République, près le TGI de Marseille
- M. le procureur de la République, près le TGI de Toulon
- M. le procureur de la République, près le TGI de Draguignan
- M. le procureur de la République, près le TGI de Grasse
- M. le procureur de la République, près le TGI de Nice
- M. le procureur de la République, près le TGI de Bastia
- M. le procureur de la République, près le TGI de Ajaccio
- M. le président du SDRCAM-Sud
- CCMAR MED (bureau aéroca)
- BAN de Hyères
- M. le directeur de la DSAC Sud-Est - Subdivision aviation générale travail aérien
- M. le délégué à l'aviation civile de Côte d'Azur
- M. le délégué à l'aviation civile de Corse
- Monsieur Michael John Atkinson  
[captain@my-intrepid.com](mailto:captain@my-intrepid.com)

COPIES

:

- CECMED/N3/N5/Approches maritimes
- TOUS SEMAPHORES
- PREMAR MED/AEM/PADEM/RM
- Archives.



**Arrêté n°ARS/2016/385 du 22 juillet 2016**  
**fixant à compter du 1<sup>er</sup> mars 2016, pour la région Corse, les principes de modulation des taux**  
**d'évolution des tarifs des prestations des activités de soins de suite ou de réadaptation et de**  
**psychiatrie des établissements de santé privés mentionnés au « d » de l'article L.162-22-6**  
**du code de la sécurité sociale**

**Le DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CORSE,**

**Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-1, L. 162-22-3, L. 162-22-4, L. 162-22-6, R. 162-31, R. 162-41-1 et R.162-41-3 ;**

**Vu l'arrêté du 25 février 2016 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux « d » et « e » de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code ;**

**Vu l'arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale ;**

**Vu la recommandation n°2015-55 du conseil de l'hospitalisation du 15 décembre 2015 ;**

**Vu l'arrêté du 25 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;**

**Vu l'instruction n°DGOS/R1/2016/154 du 17 mai 2016 relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire régionale des établissements de santé financés sous OQN ;**

**Considérant l'avis de la Fédération de l'Hospitalisation Privée du Sud-Est du 21 juillet 2016 ;**

**ARRETE**

**Article 1<sup>er</sup> :** Le taux d'évolution moyen national des tarifs des prestations de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, pour l'année 2016, mentionnées à l'article L.162-22-1 du code de la sécurité sociale est fixé à -2,65%.

**Article 2 :** Le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations pour la région corse est fixé à :

- -2,72% pour les soins de suite et de réadaptation ;
- -2,51% pour la psychiatrie.

---

**Article 3 :**

Le Directeur Général Adjoint et la Directrice de l'Organisation et de la Qualité de l'Offre de Santé sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs des Préfectures de Corse du Sud et de Haute Corse.

Fait à Ajaccio, le 22 juillet 2016

Le Directeur Général de L'Agence  
Régionale de Santé de Corse

Jean-Jacques COIPLÉ





**Arrêté n°ARS/2016/386 du 22 juillet 2016  
fixant les tarifs de prestations des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie  
des établissements de santé privés mentionnés au « d » de l'article L.162-22-6  
du Code de la Sécurité Sociale**

**Le DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CORSE,**

**Vu** le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-1, L.162-22-3, L.162-22-6, R.162-31 et R.162-41-1;

**Vu** l'arrêté du 25 février 2016 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux « d » et « e » de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code ;

**Vu** l'arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale ;

**Vu** l'arrêté du 25 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

**Vu** l'arrêté régional n°ARS/2016/385 du 22 juillet 2016 fixant à compter du 1<sup>er</sup> mars 2016, les principes de modulation des taux d'évolution des tarifs des prestations des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie des établissements de santé privés mentionnés au « d » de l'article L.162-22-6 du Code de la Sécurité Sociale ;

**ARRETE**

**Article 1<sup>er</sup>** : Les tarifs des prestations au 1<sup>er</sup> mars 2016 des établissements de santé privés de Corse pour les activités de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie sont fixés conformément aux tableaux annexés au présent arrêté.

**Article 2** : Le Directeur Général Adjoint et la Directrice de l'Organisation et de la Qualité de l'Offre de Santé sont chargés du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs des Préfectures de Corse du Sud et de Haute Corse.

Fait à Ajaccio, le 22 juillet 2016  
Le Directeur Général de L'Agence  
Régionale de Santé de Corse

  
Jean-Jacques COIPLLET

**Annexe n°1 :**  
**revalorisation au 1er mars 2016 des tarifs de prestations des établissements privés de soins de suite et de réadaptation de la région**  
**corse**

N° FINSS	Raison sociale	Mode de traitement	Discipline de prestation.	Nature de prestation	Taux	Tarifs au 1er mars 2016
2A0000030	CRF ET MAIS REP FINOSELLO	03	178	ENT	-2,72%	62,33 €
		03	178	PJ	-2,72%	176,50 €
		03	178	PMS	-2,72%	6,26 €
		04	178	PMS	-2,72%	6,26 €
		04	178	FS/SNS	-2,72%	112,34 €
		19	178	FS/SNS	-2,72%	72,61 €
		03	170	ENT	-2,72%	67,23 €
		03	170	PHJ	-2,72%	2,52 €
		03	170	PJ	-2,72%	94,97 €
		03	170	PMS	-2,72%	6,26 €
		03	170	SHO	-2,72%	23,41 €
		03	170	SSM	-2,72%	6,97 €
		03	182	ENT	-2,72%	62,29 €
		03	182	PJ	-2,72%	186,78 €
2A0000261	MAISON REP/CONV ILE DE BEAUTE	03	182	PMS	-2,72%	6,26 €
		03	185	ENT	-2,72%	66,13 €
		03	185	PHJ	-2,72%	2,10 €
		03	185	PJ	-2,72%	89,88 €
		03	185	PMS	-2,72%	6,66 €
		03	185	SHO	-2,72%	22,17 €
		03	185	SSM	-2,72%	7,11 €
		03	172	ENT	-2,72%	63,06 €
		03	172	PJ	-2,72%	181,86 €
		03	172	PMS	-2,72%	6,31 €
2A0000251	CRF MOLINI	03	172	SHO	-2,72%	19,58 €
		04	172	PMS	-2,72%	6,31 €
		04	172	FS/SNS	-2,72%	121,66 €
		04	172	FS/SNS	-2,72%	121,66 €

2A0022554	MAISON DE REGIME VALICELLI	03	171	ENT	-2,72%	65,38 €
		03	171	PHJ	-2,72%	2,11 €
		03	171	PJ	-2,72%	89,04 €
		03	171	PMS	-2,72%	6,49 €
		03	171	SHO	-2,72%	22,00 €
		03	171	SSM	-2,72%	7,04 €
		03	170	ENT	-2,72%	65,76 €
		03	960	ENT	-2,72%	84,92 €
2B0000400	MAIS CONV SPEC LA PALMOLA	03	170	PHJ	-2,72%	2,12 €
		03	960	PHJ	-2,72%	2,12 €
		03	170	PJ	-2,72%	89,55 €
		03	960	PJ	-2,72%	135,44 €
		03	170	PMS	-2,72%	6,47 €
		03	960	PMS	-2,72%	8,40 €
		03	170	SHO	-2,72%	22,04 €
		03	960	SHO	-2,72%	22,05 €
		03	170	SSM	-2,72%	7,02 €
		03	960	SSM	-2,72%	7,02 €
2B0005664	CLINIQUE DE TOGA	03	172	ENT	-2,72%	59,32 €
		03	172	PHJ	-2,72%	2,42 €
		03	172	PJ	-2,72%	190,59 €
		03	172	PMS	-2,72%	5,70 €
		03	172	SHO	-2,72%	10,79 €
		03	172	SSM	-2,72%	7,31 €
		03	172	SSM	-2,72%	7,31 €

Annexe n°2 :

revalorisation au 1er mars 2016 des tarifs de prestations des établissements privés de psychiatrie de la région corse

N° FINESS	Raison sociale	Mode de traitement	Discipline de prestation	Nature de prestation	Taux	Tarifs au 1er mars 2016
2B0003016	CLINIQUE DU CAP	03	230	ENT	-2,51%	63,52 €
		03	230	PHJ	-2,51%	3,62 €
		03	230	PJ	-2,51%	112,67 €
		03	230	SHO	-2,51%	27,63 €
2B0003917	CENTRE DE JOUR LA VILLA SAN ORNELLO	04	230	PY0	-2,51%	99,15 €
		04	230	PY1	-2,51%	289,57 €
		04	230	PY2	-2,51%	123,05 €
		04	230	PY3	-2,51%	433,16 €
		04	230	PY4	-2,51%	195,32 €
		04	230	PY5	-2,51%	571,05 €
		04	230	PY6	-2,51%	219,33 €
		04	230	PY7	-2,51%	708,90 €
		03	230	ENT	-2,51%	63,80 €
		03	236	ENT	-2,51%	63,09 €
2B0004113	CLINIQUE SAN ORNELLO	03	230	PHJ	-2,51%	3,56 €
		03	236	PHJ	-2,51%	3,52 €
		03	230	PJ	-2,51%	147,02 €
		03	236	PJ	-2,51%	375,42 €
		03	313	PJ	-2,51%	149,38 €
		03	230	PMS	-2,51%	4,14 €
		03	236	PMS	-2,51%	4,10 €
		03	230	SHO	-2,51%	35,55 €
		03	236	SHO	-2,51%	35,15 €