

Réforme des autorisations sanitaires

22 janvier 2024



— Sommaire

- 01.** **Le calendrier de mise en œuvre de la réforme**
Article 9 Loi Valletoux
- 02.** **Les grandes lignes de la réforme**
La gradation, les modes de prise en charge, les seuils, le tissu conventionnel et les titulaires d'autorisations sanitaire
- 03.** **Les points de vigilance**
Chirurgie oncologique, radiologie, chirurgie, soins critiques
- 04.** **La permanence des soins**
Articles 17 et 18 Loi Valletoux

01 |

**Le
calendrier
de mise en
œuvre de la
réforme**

C H A P I T R E 1

Le calendrier de mise en œuvre de la réforme

Article 9, I et III de la loi Valletoux

INTRODUCTION (1)

L'ambition initiale de la réforme des autorisations sanitaires tendait à la création et/ou révision des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement des actuelles activités de soins et d'équipements matériels lourds (EML) visées aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du code de la santé publique (CSP), et à la création de plusieurs activités de soins nouvelles (hospitalisation à domicile, médecine nucléaire, radiologie interventionnelle).

Ces processus de révisions et de créations imposaient, originellement tout du moins, à tous les titulaires actuels d'autorisation sanitaire, au même titre que d'éventuels *primo*-demandeurs, **de déposer un dossier de demande d'autorisation (dite de « ré-autorisation ») et non une demande de renouvellement.**

Force est de constater que le poids de cette réforme pour les agences régionales de santé (ARS) et les problématiques rencontrées pour sa mise en œuvre ont progressivement eu raison de cette volonté originelle de « ré-autorisation » générale.

Le gouvernement a décidé de **réduire le nombre des autorisations qui feront effectivement l'objet d'une procédure de ré-autorisation. Aussi trois procédures différentes vont coexister pour la mise en œuvre de la réforme.**

INTRODUCTION (2)

Les deux textes essentiels pour la mise en œuvre de la réforme :

1° **L'article 9** de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, publiée au *JORF* le 28 décembre 2023 (**loi Valletoux**).

2° Le **décret relatif à la simplification de la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds**.



Ce décret **n'a pas encore été publié** → la présente analyse prend donc en compte les dispositions du **projet de décret** qui sont en conséquence toujours **susceptibles d'évolutions**.

Distinction entre procédure de ré-autorisation et procédure de renouvellement



Le A du I de l'article 9 la loi Valletoux dispose que

*Par dérogation au IV de l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds, **pour les titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds dont la liste est fixée par décret ou en l'absence de publication au 1^{er} juin 2023 des décrets mentionnés au même IV, la prorogation mentionnée audit IV prend fin le lendemain de la publication de la présente loi.** Les titulaires sollicitent, le cas échéant, le renouvellement de l'autorisation concernée prévu à l'article L. 6122-10 du code de la santé publique.*



Deux types d'autorisations concernés :

1 - Les autorisations portant sur des activités de soins et d'EML dont les décrets relatifs aux nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement n'ont **pas** été publiés au 1^{er} juin 2023

2 - Les autorisations portant sur des activités de soins et d'EML dont les décrets relatifs aux nouvelles conditions d'implantations et conditions techniques de fonctionnement ont été publiés mais qui intégreront une liste fixée par décret **qui reste encore à paraître**

➔ **Ces deux types d'autorisations sont soustraites à la procédure de ré-autorisation** : les titulaires auront simplemment à déposer une demande de renouvellement.

LA PROCÉDURE DE RÉ-AUTORISATION

Les activités de soins soumises à la procédure de ré-autorisation sont les activités de soins :

- dont les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ont été publiés au 1^{er} juin 2023 ;
- **ET** qui n'intègrent pas la liste fixée par le décret relatif à la simplification de la mise en œuvre de la réforme des autorisations sanitaires (pas encore paru).

Sont soumises à la procédure de ré-autorisation :

1 – Chirurgie

2 – Psychiatrie

3 – Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

4 – Médecine nucléaire

5 – Soins critiques

6 – Hospitalisation à domicile

7 – Radiologie interventionnelle

8 – Radiologie diagnostique (IRM et scanner)

9 – Traitement du cancer pour :

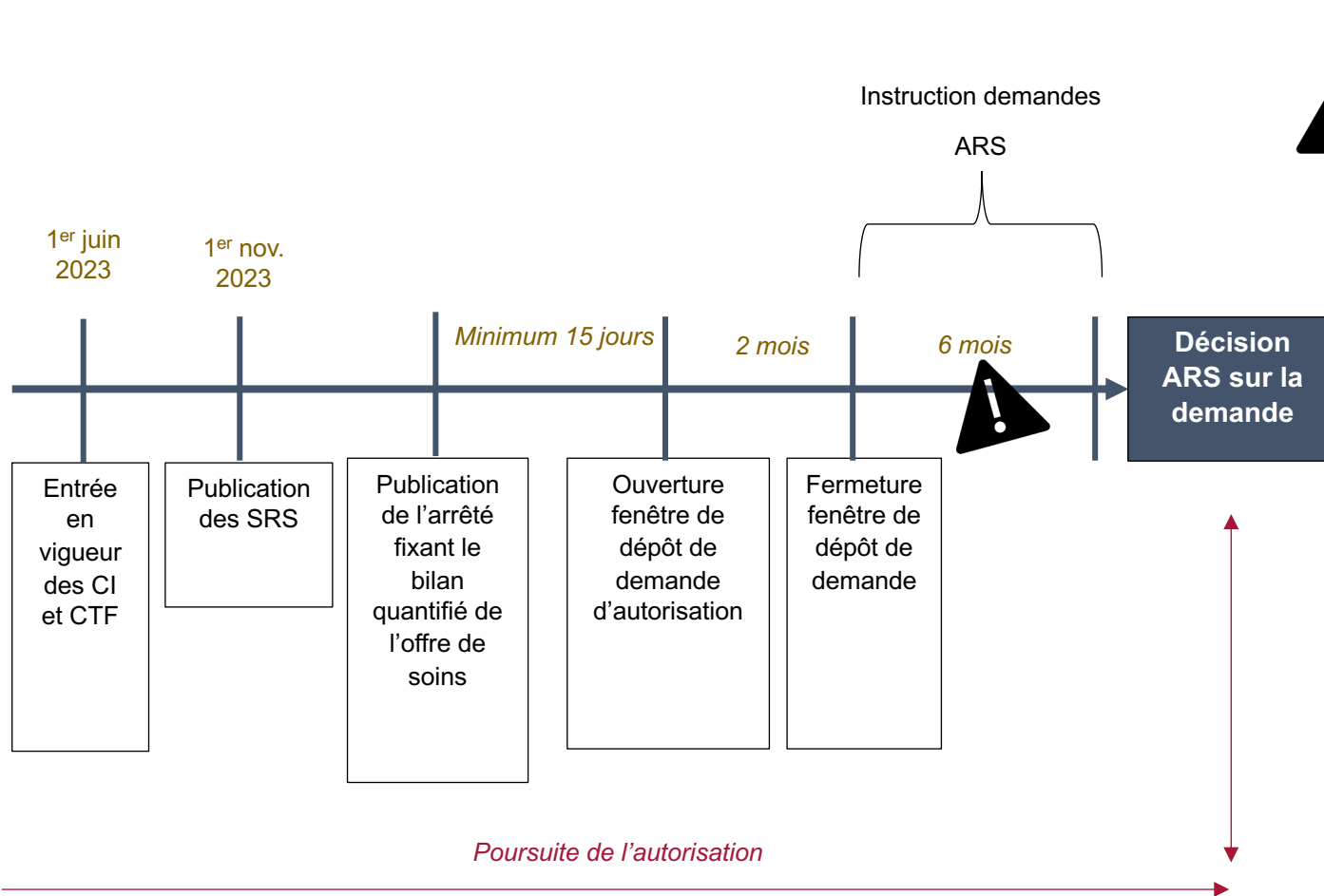
- modalité chirurgie oncologique
- traitements médicamenteux systémiques du cancer
- mention C (enfants) radiothérapie et curiethérapie

10 – Soins médicaux et de réadaptation pour les mentions suivantes :

- polyvalent
- gériatrie
- système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition
- modalité pédiatrie pour les deux mentions (enfants et adolescents ; jeunes enfants, enfants et adolescents)
- modalité cancer (oncologie, oncologie et hématologie)

11 - Assistance médicale à la procréation → en attente du décret relatif à la simplification de la réforme des autorisations sanitaires pour plus de précisions (dispositions du projet de décret trop lacunaires)

Le déroulement de la procédure de ré-autorisation



L'article 9 de la loi Valletoux prévoit que des autorisations sanitaires pourront être accordées par les ARS **sans que la commission spécialisée de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CSOS) n'ait été consultée**, à condition toutefois que cette dispense soit fondée sur l'un des critères définis par décret en Conseil d'État qui n'a pas encore été publié.

L'on s'interroge toujours sur la manière dont le Conseil d'État va pouvoir déterminer des critères permettant de ne dispenser que certains dossiers de demande d'autorisation de passage en CSOS sans porter atteinte au principe d'égalité de traitement des opérateurs. Une telle disposition risque d'accroître inutilement les contentieux en matière d'autorisations sanitaires.

QUELLES AUTORISATIONS SONT CONCERNÉES PAR LA PROCÉDURE DE RENOUVELLEMENT ?

Deux types d'autorisations concernés :

1 - Les autorisations portant sur des activités de soins et d'EML dont les décrets relatifs aux nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement n'ont **pas été publiés au 1^{er} juin 2023**

2 - Les autorisations portant sur des activités de soins et d'EML dont les décrets relatifs aux nouvelles conditions d'implantations et conditions techniques de fonctionnement ont été publiés mais qui intégreront une liste fixée par décret **qui reste encore à paraître**

1 - Les autorisations portant sur des activités de soins et d'EML dont les décrets relatifs aux nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement n'ont **pas été publiés au 1^{er} juin 2023**



- | |
|---|
| 1 - Gynécologie, obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale |
| 2 - Soins de longue durée |
| 3 - Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques |
| 4 - Traitements des grands brûlés |
| 5 - Médecine d'urgence |
| 6 - Traitement de l'insuffisance rénale chronique |
| 7 - Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreinte génétique à des fins médicales |
| 8 - Caisson hyperbare |
| 9 - Cyclotron à usage médical |

QUELLES AUTORISATIONS SONT CONCERNÉES PAR LE RENOUELLEMENT ?

Deux types d'autorisations concernés :

1 - Les autorisations portant sur des activités de soins et d'EML dont les décrets relatifs aux nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement n'ont **pas** été publiés au 1^{er} juin 2023

2 - Les autorisations portant sur des activités de soins et d'EML dont les décrets relatifs aux nouvelles conditions d'implantations et conditions techniques de fonctionnement ont été publiés mais qui intégreront une liste fixée par décret **qui reste encore à paraître**

2 - Les autorisations portant sur des activités de soins et d'EML dont les décrets relatifs aux nouvelles conditions d'implantations et conditions techniques de fonctionnement ont été publiés mais qui intégreront une liste fixée par décret **qui reste encore à paraître**



1 - Médecine

2 - Soins de suite et de réadaptation (*désormais soins médicaux et de réadaptation*) **uniquement** pour les affections suivantes :

- affections de l'appareil locomoteur (*désormais mention locomoteur*)
- affections du système nerveux (*désormais mention système nerveux*)
- affections cardiovasculaires (*désormais mention cardiovasculaire*)
- affections respiratoires (*désormais mention pneumologie*)
- affections des brûlés (*désormais mention brûlés*)
- affections liées aux conduites addictives (*désormais mention conduites addictives*)

3 - Modalité radiothérapie et curiethérapie **chez l'adulte** de l'activité de soins de Traitement du cancer

4 - Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie (*désormais activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie*)

5 - Assistance médicale à la procréation → en attente du décret relatif à la simplification de la réforme des autorisations sanitaires pour plus de précisions (les dispositions du projet de décret sont trop lacunaires)

6 - Chirurgie cardiaque

7 - Neurochirurgie

QUELLES SONT LES DEUX PROCÉDURES DE RENOUELEMENT PRÉVUES ?



Le B du I de l'article 9 de la loi Valletoux prévoit que :

Par dérogation au A du présent I et aux 3^{ème} et dernier alinéa de l'article L. 6122-10 du code de la santé publique, les titulaires mentionnés au A du présent I qui auraient dû déposer une demande de renouvellement d'autorisation entre la publication de l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 et la publication du SRS, ou de la présente loi si sa promulgation est postérieure audit schéma, sollicitent le renouvellement de leur autorisation lors de la première période mentionnée au 4^{ème} alinéa de l'article L. 6122-9 du CSP postérieure à la publication du SRS ou de la présente loi si sa promulgation est postérieure audit schéma. Ils peuvent poursuivre leur activité jusqu'à ce que soit statué sur leur demande. À défaut de dépôt d'une telle demande, l'autorisation prend fin le lendemain de la fin de la période ou à la date d'échéance initiale de l'autorisation.

À défaut d'injonction dans un délai de 4 mois à compter de la fin de la période de dépôt prévue au 1^{er} alinéa du présent B, l'autorisation est tacitement renouvelée.



L'article 9 organise **deux procédures de renouvellement distinctes selon la date à laquelle le titulaire aurait dû déposer sa demande de renouvellement** : une procédure de renouvellement de droit commun et une procédure de renouvellement dérogatoire.

COMMENT DÉTERMINER LA PROCÉDURE DE RENOUELEMENT APPLICABLE À MON ACTIVITÉ ?

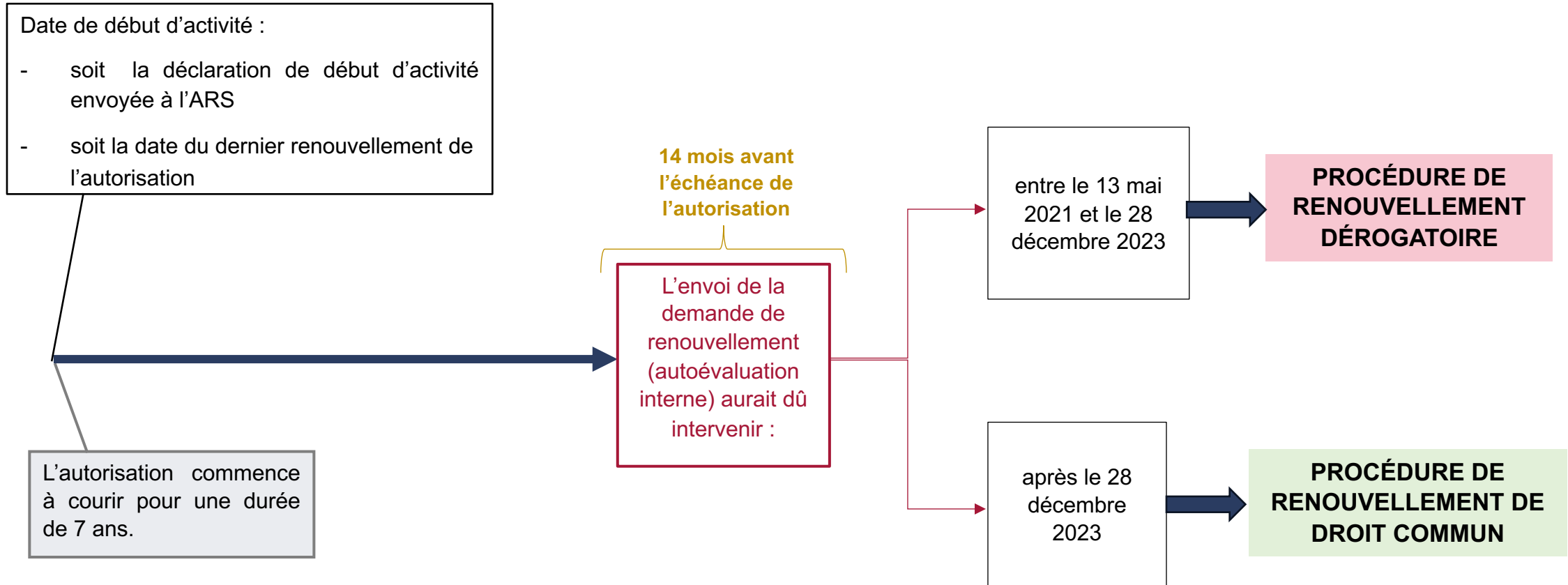


Le B du I de l'article 2 undecies prévoit que la procédure de renouvellement dérogatoire ne sera applicable qu'aux seuls titulaires qui **auraient dû déposer un dossier de renouvellement entre la date de publication de l'ordonnance n° 2021-583 et, soit la publication du schéma régional de santé (SRS) soit la publication de la loi si sa promulgation est postérieure audit schéma.**

La date limite de publication des SRS étant fixée au 1^{er} novembre 2023 et l'ensemble des nouveaux SRS ayant été publiés, il peut d'ores et déjà être considéré **que les titulaires soumis à la procédure de renouvellement dérogatoire seront ceux qui devaient déposer un dossier de renouvellement entre :**

- **le 13 mai 2021** (date de publication au journal officiel de l'ordonnance n° 2021-583),
- **et le 28 décembre 2023** (date de publication de la Loi Valletoux).

COMMENT DÉTERMINER LA PROCÉDURE DE RENOUELEMENT APPLICABLE À MON ACTIVITÉ ?





Point de vigilance sur le calcul de la date de renouvellement de l'autorisation

Avec la réforme entrée en vigueur le 1^{er} juin 2023, certaines autorisations ne peuvent désormais être délivrées qu'à la condition que le titulaire exerce tous les modes de prises en charge (hospitalisation à temps complet et à temps partiel). Pour les autorisations soustraites à la procédure de ré-autorisation il s'agit notamment des activités suivantes :

- Médecine ;
- SMR pour les affections suivantes : de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardiovasculaires, respiratoires, des brûlés, liées aux conduites addictives.

Cette précision qui va suivre intéresse :

- ✓ les actuels titulaires disposant de **deux autorisations de médecine** sur le même site, l'une à temps partiel et l'autre à temps complet ;
- ✓ les actuels titulaires disposant de **deux autorisations de SMR pour la même affection**, l'une à temps partiel et l'autre à temps complet, sur un même site (*par exemple : deux autorisations pour l'affection locomoteur, l'une à temps partiel, l'autre à temps complet et non pour une autorisation à temps partiel en locomoteur et l'autre à temps complet pour les conduites addictives*)

Pour ces titulaires, le DG ARS devra, avant la procédure de renouvellement, fusionner les deux autorisations en une dont la date de mise en œuvre est la plus récente

Exemple : la date de début d'autorisation de l'activité de médecine en HC est le 17 juin 2017 et la date de début de l'autorisation de médecine en HTP est le 17 juin 2018 → la date de début de l'autorisation fusionnée sera le 17 juin 2018, le titulaire sera donc soumis à une procédure de renouvellement de droit commun (si les autorisations n'avaient pas été fusionnées, l'autorisation de médecine en HC aurait été soumise à la procédure de renouvellement dérogatoire).



Point de vigilance sur le calcul de la date de renouvellement de l'autorisation

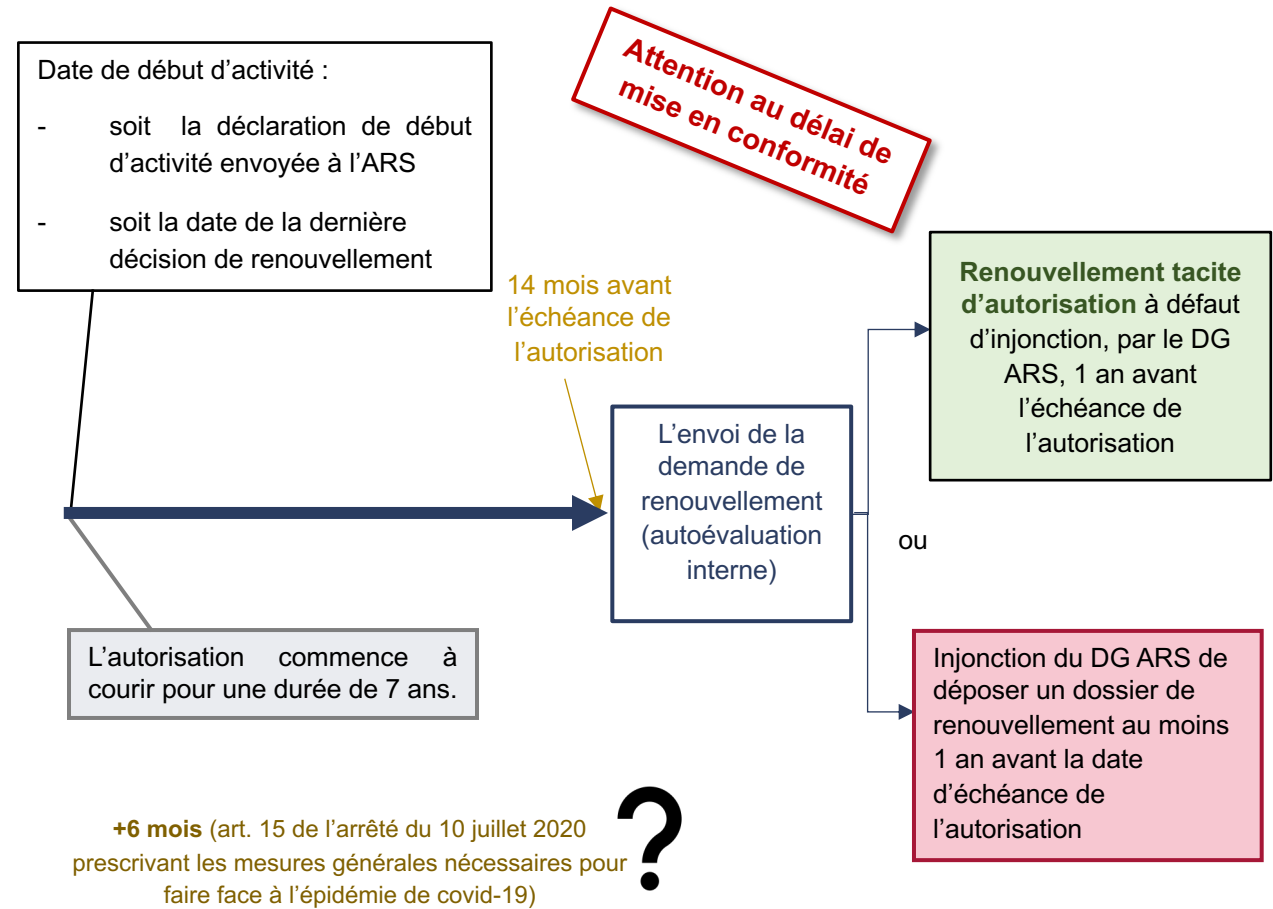
Art. 15 de l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé → **prorogation des autorisations sanitaires en cours de validité à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté de 6 mois.**

Question de la prise en compte de cette prorogation de 6 mois dans le calcul de la date des 14 mois avant échéance de l'autorisation.

LE DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE RENOUELEMENT DE DROIT COMMUN

RAPPEL : Cette procédure n'est applicable qu'aux autorisations dont la demande de renouvellement doit intervenir après la publication de la loi Valletoux (le 28 décembre 2023).

Les titulaires précités se voient appliquer la procédure classique de renouvellement d'autorisation prévue aux articles L. 6122-10, R. 6122-28 et R. 6122-31-1 du CSP.



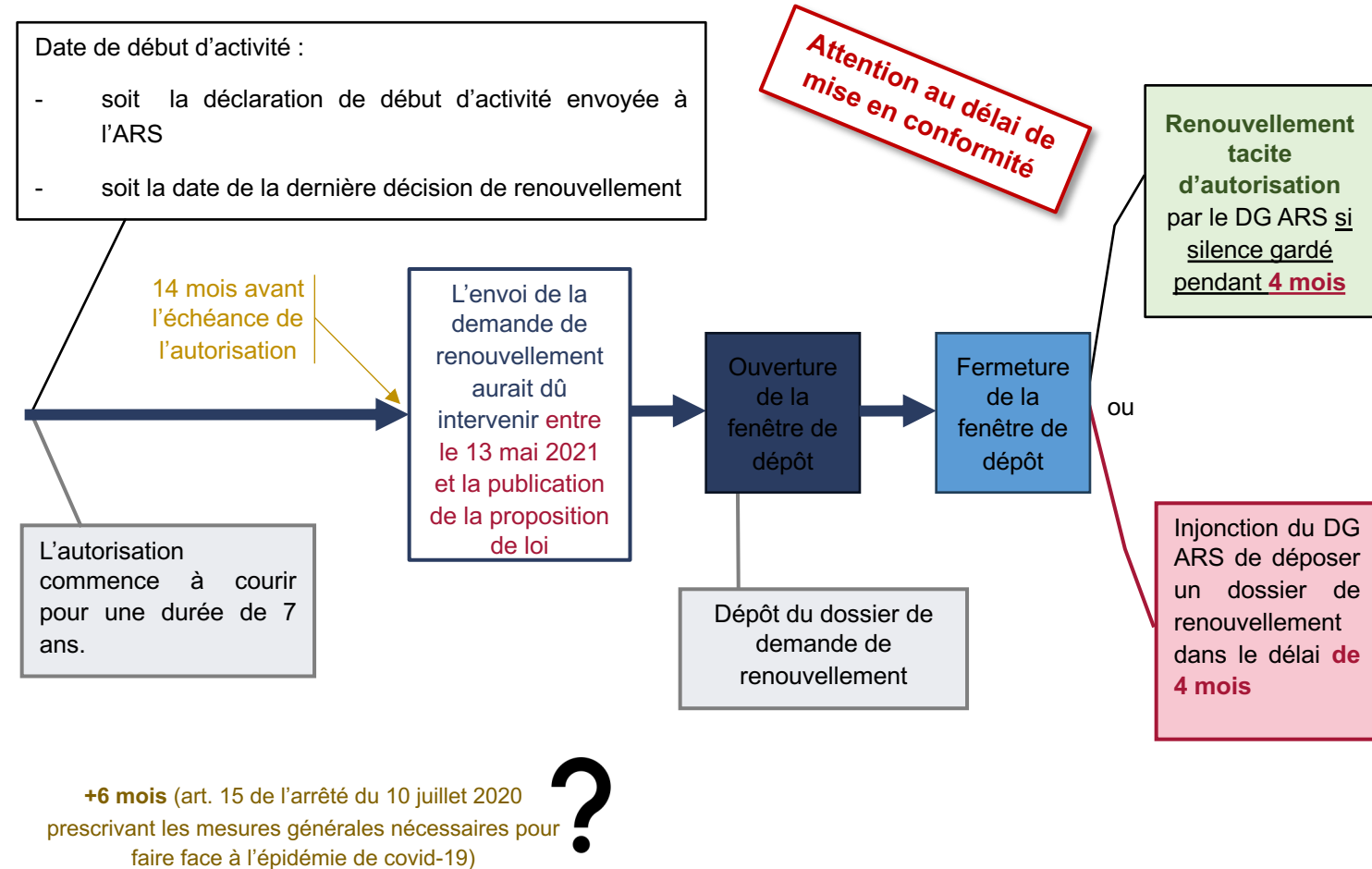
LE DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE RENOUELEMENT DÉROGATOIRE

RAPPEL : Cette procédure n'est applicable qu'aux autorisations dont la demande de renouvellement doit intervenir entre le 13 mai 2021 la publication de la loi Valletoux. (le 28 décembre 2023).

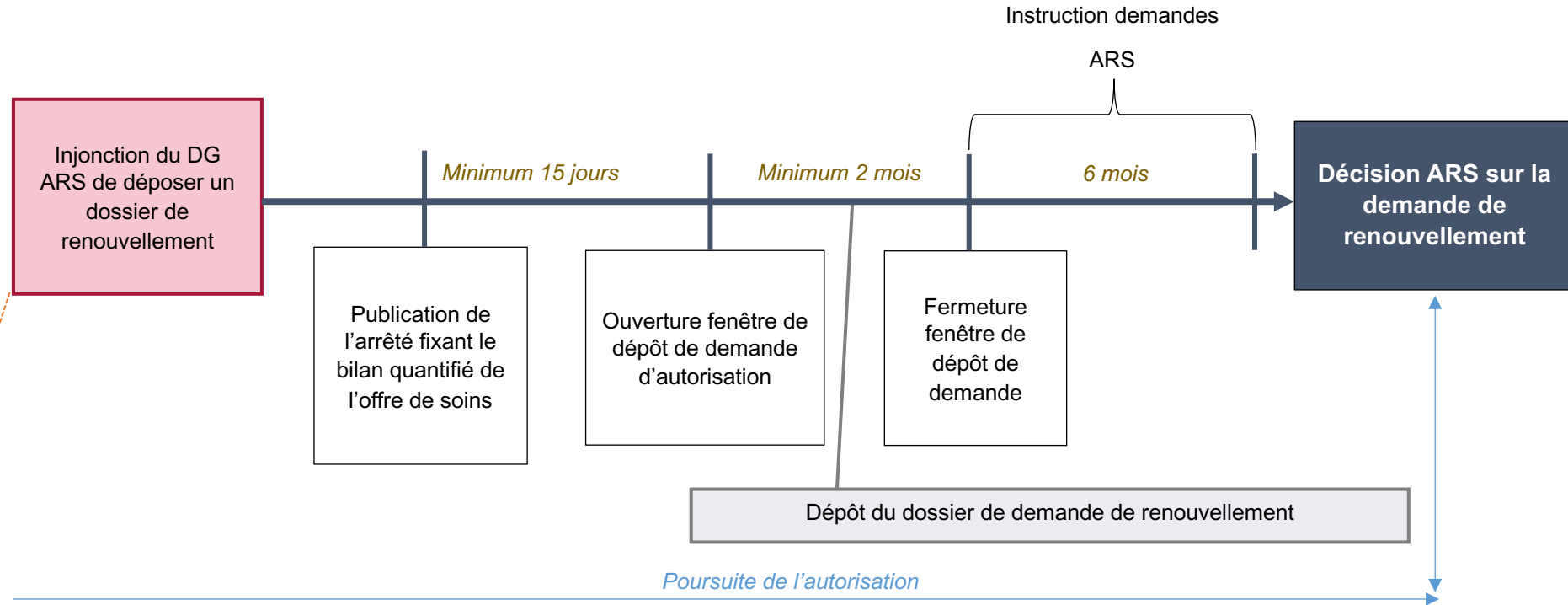
Cette procédure est dérogatoire à deux égards :

1° car elle impose aux titulaires de déposer leur demande de renouvellement dans la **fenêtre de dépôt des demandes d'autorisations prévue à cet effet par chaque ARS pour l'activité de soins concernée**. Autrement dit, les demandes de renouvellement, des actuels titulaires d'autorisations, seront déposées en même temps que les demandes d'autorisations des éventuels *primo-demandeurs*

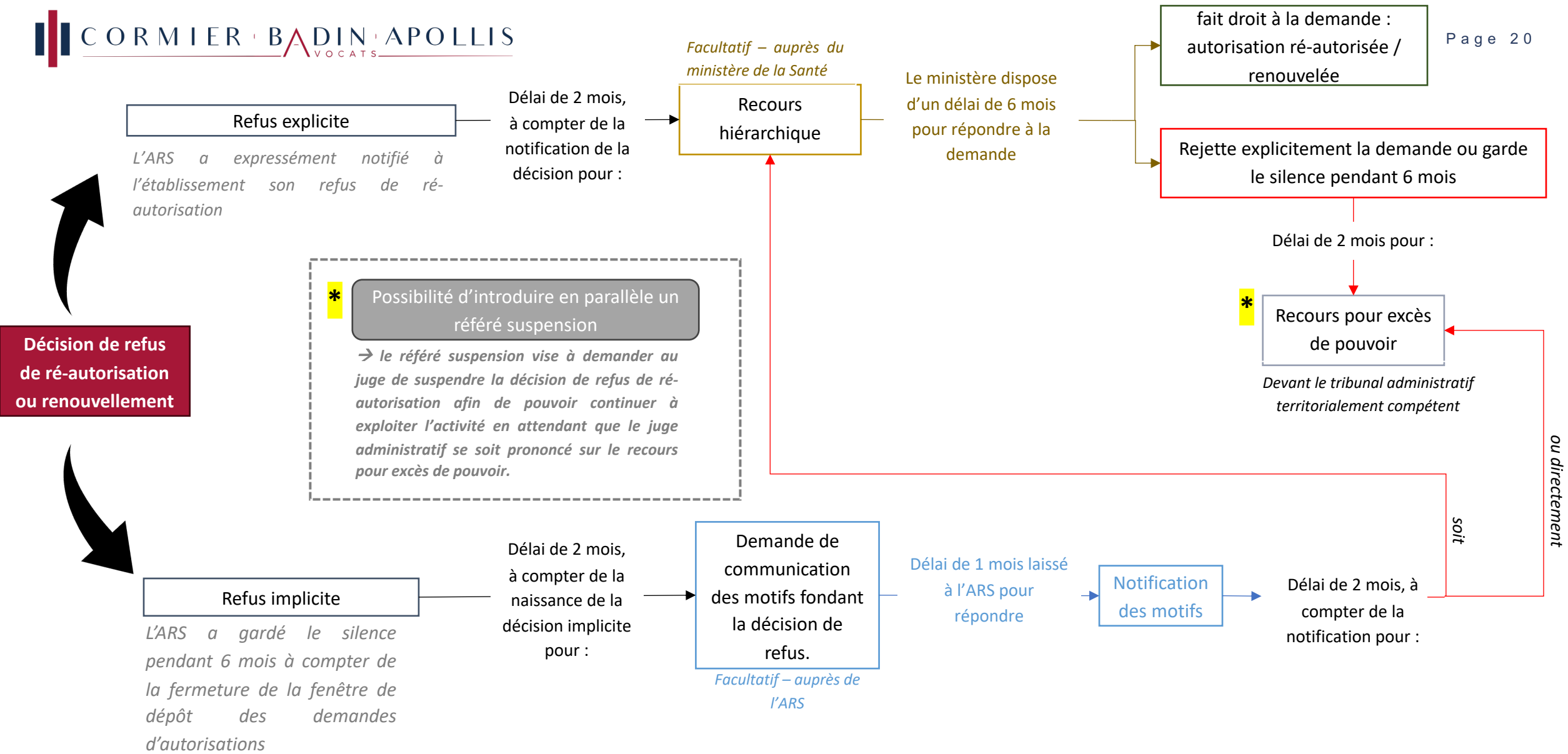
2° car à compter de la fermeture de la fenêtre de dépôt, le directeur général de l'ARS disposera **d'un délai de 4 mois pour enjoindre au titulaire de déposer un dossier de renouvellement**. À l'expiration de ce délai, et à défaut d'injonction adressée par l'ARS, l'autorisation est tacitement renouvelée (c'est-à-dire que le silence gardé par l'ARS pendant ce délai de 4 mois vaut renouvellement tacite de l'autorisation).



L'INJONCTION DE DÉPOSER UN DOSSIER DE RENOUELEMENT



Dans un délai de 2 mois à compter du dépôt de la demande de renouvellement de droit commun 14 mois avant échéance de l'autorisation **OU** dans un délai de 4 mois à compter du dépôt de la demande de renouvellement dérogatoire dans la fenêtre précédente de dépôt des demandes d'autorisation.



02 | Les grandes lignes de la réforme

CHAPITRE 2.1

La gradation des activités de soins

L'architecture générale de la
gradation

➤ Schématiquement, la gradation permet de soumettre l'exercice d'une activité de soins à des conditions générales mais également à des exigences propres à chaque modalité et/ou mention et/ou pratique thérapeutique.

➤ Si la gradation est propre à chaque activité de soins, il est toutefois possible de systématiser la hiérarchie suivante :

- Niveau 1 - Modalités
- Niveau 2 - Mentions
- Niveau 3 - Pratiques thérapeutiques

Spécificité de l'activité de traitement du cancer : les mentions de la modalité chirurgie oncologique sont réparties par localisation de tumeurs puis par pratiques thérapeutiques.



Les modalités de la gradation des soins se distinguent des modes de prises en charge (HC, HTP, ambulatoire).

CHAPITRE 2.1

La gradation des activités de soins

Une architecture de la gradation propre à chaque activité de soins

➤ **La gradation étant propre à chaque activité de soins toutes ne suivent pas le découpage précité :**

- **Certaines ne font l'objet que d'un découpage par mention :** médecine nucléaire ; hospitalisation à domicile (HAD) ; neuroradiologie interventionnelle ; radiologie interventionnelle ; psychiatrie.
- **D'autres font l'objet d'un découpage par modalité puis par mention :** soins médicaux et de réadaptation (SMR) ; cardiologie interventionnelle ; soins critiques ; traitement du cancer ; chirurgie.
- **Seules les activités suivantes comportent une subdivision par pratiques thérapeutiques :** traitement du cancer ; chirurgie ; radiologie interventionnelle.

Spécificité de l'activité de médecine : seule activité à ne faire expressément l'objet d'aucune gradation. Toutefois une gradation selon l'âge du patient est induite des CI et CTF de l'activité. En effet, le demandeur doit indiquer le type de patient pris en charge (adulte ou mineur). Si l'autorisation ne mentionne que la seule prise en charge des adultes, alors il ne peut pas prendre en charge des enfants, et inversement.

CHAPITRE 2.1

La gradation des activités de soins

Les 3 objectifs de la gradation

1° distinguer la prise en charge des patients mineurs de celle des patients adultes	2° distinguer les sous-catégories de prises en charge / d'actes	3° distinguer selon la complexité de la prise en charge / des actes réalisés
<p>permet de soumettre tous les titulaires à des conditions communes, et d'ajouter des conditions propres à la prise en charge des adultes et à celle des enfants.</p>	<p>Cet objectif se traduit de deux manières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit il permet de distinguer une prise en charge socle de prises en charge plus spécifiques ; • soit il permet de distinguer les différentes sous-catégories de prises en charge ou d'actes qui composent l'activité. <p>Il s'accompagne généralement d'une mission de conseil et d'expertise des titulaires de mentions/modalités spécifiques au bénéfice des titulaires des mentions polyvalentes.</p>	<p>Le découpage traduit ici la complexité de la prise en charge ou des actes.</p> <p>Les premières mentions sont généralement limitées à l'exercice d'actes définis n'impliquant pas un niveau de complexité trop élevé.</p> <p>Les dernières mentions peuvent réaliser tous les actes relevant des mentions précédentes et sont seules autorisées à réaliser des actes définis d'une certaine complexité.</p> <p>Ainsi, les titulaires des premières mentions devront pour exercer des actes ne relevant pas de la mention pour laquelle ils sont autorisés, déposer une nouvelle demande d'autorisation pour une mention plus élevée.</p>

Distinguer la prise en charge des patients majeurs de celle des patients mineurs	Distinguer les sous-catégories de prises en charge	Distinguer selon la complexité de la prise en charge / des actes à réaliser
<p>Sont concernées : SMR ; HAD ; soins critiques ; traitement du cancer ; chirurgie ; psychiatrie ; médecine.</p>	<p>Sont concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • HAD et SMR pour la distinction entre mention socle et mentions spécialisées • Chirurgie, psychiatrie et soins critiques pour la distinction par sous-catégories de prise en charge. 	<p>Sont concernées : médecine nucléaire ; neurologie interventionnelle ; cardiologie interventionnelle ; radiologie interventionnelle ; soins critiques ; traitement du cancer.</p>
<p>Exemple : les soins critiques sont répartis en 2 modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une modalité relative aux soins critiques chez l'adulte, - une modalité relative aux soins critiques pédiatriques. 	<p>Exemple : l'activité d'HAD est composée d'une mention socle que doivent détenir tous les titulaires et de 3 mentions spécialisées (réadaptation ; post partum ; enfant de moins de 3 ans).</p> <p>Exemple : l'activité de SMR est composée d'une mention polyvalent, et de 12 mentions spécialisées (gériatrie, locomoteur, système nerveux, brûlés, ...). Les titulaires des mentions spécialisées n'ont pas à être titulaires de la mention polyvalent qui vise à répondre aux besoins de SMR de proximité pour les pathologies à forte prévalence.</p> <p>Exemple : la modalité 1 de l'activité de chirurgie est divisée en 11 pratiques thérapeutiques qui traduisent les différentes sous-catégories de chirurgie (thoracique et cardiovasculaire , ORL, neurochirurgie ; urologique ; gynécologique, etc.).</p>	<p>Exemple : la médecine nucléaire est divisée en deux mentions A et B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - le titulaire de la mention B peut exercer les actes de la mention A ; - en revanche, le titulaire de la mention A ne pourra exercer que les actes limitativement énumérés dans les CI pour sa mention. <p>Cette gradation en deux niveaux est proportionnée au risque de l'utilisation du médicament radiopharmaceutique et corrélée à un contrôle radiopharmaceutique adapté.</p>

CHAPITRE 2.1

La gradation des activités de soins

La labélisation de certaines
activités

➤ Le titulaire d'une autorisation d'activité de soins médicaux et de réadaptation peut, en sus des modalités / mentions reconnues dans les CI et CTF, demander par le biais du CPOM **la reconnaissance d'une prise en charge spécifique qui n'aurait pas été prévue.**

☐ Art. R. 6123-125-2 du CSP prévoit que le titulaire de l'autorisation peut assurer des prises en charge spécifiques nécessitant une expertise particulière, dont la liste est arrêtée par le ministre de la Santé. Celles-ci font l'objet d'une inscription dans le CPOM.

- Même logique annoncée pour l'architecture de l'activité de **psychiatrie.**

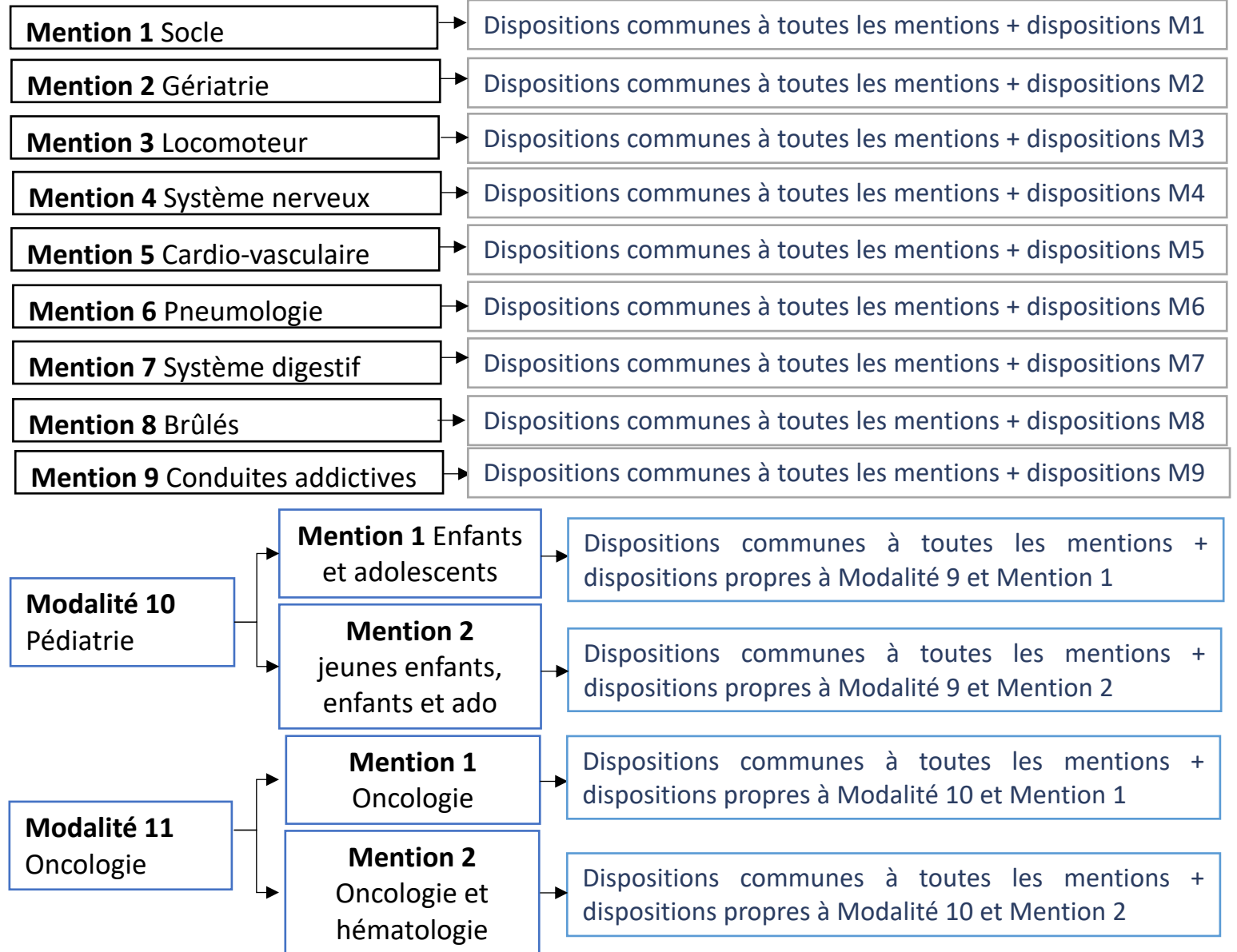
CHAPITRE 2.1

La gradation des activités de soins

Exemples

Références : art. R. 6123-121 du CSP

SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION



Annexe II – Arrêté du 15 mai 2023 fixant la liste des prises en charge spécifiques en soins médicaux et de réadaptation pouvant faire l'objet d'une inscription dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnée à l'article R. 6123-125-2 du code de la santé publique

Les 14 prises en charge pouvant faire l'objet d'une reconnaissance par le biais du CPOM.

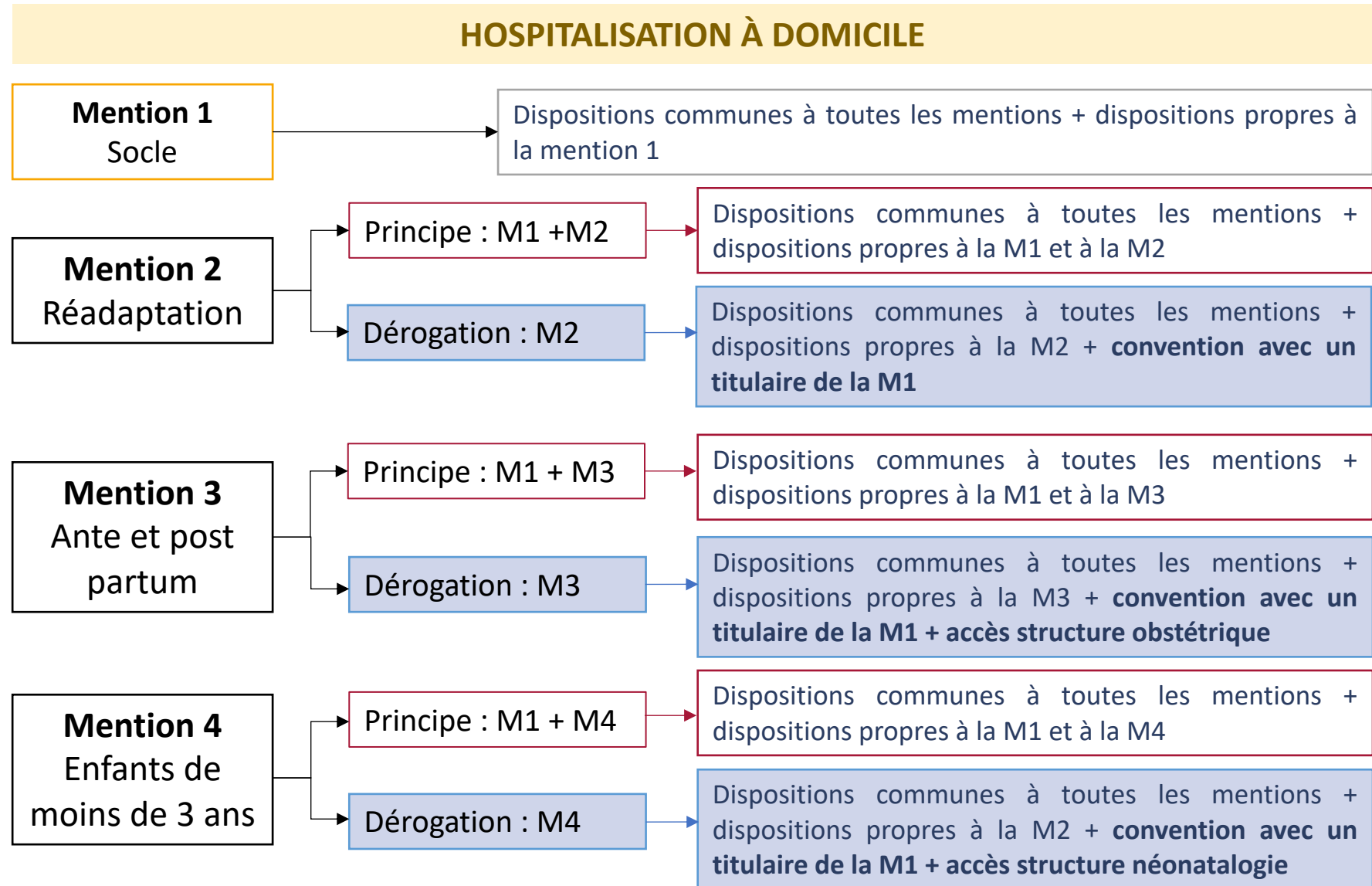
- Equipes mobiles d'expertise en réadaptation (EMER) neuro-locomotrice ;
- La prise charge en réadaptation neuro-orthopédique ;
- La prise en charge en service de réadaptation post-réanimation (SRPR) ;
- La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN) ;
- La prise en charge en unités de soins dédiées aux personnes en état de conscience altérée ;
- La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Respiratoire (PREPAR) ;
- La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Cardiologique (PREPAC) ;
- La prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébrolésés ;
- La prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive ;
- La prise en charge des patients atteints de lésions médullaires ;
- La prise en charge des patients atteints d'obésité complexe ;
- La prise en charge des patients amputés, appareillés ou non ;
- La prise en charge des patients atteints polyhandicapés en structure autorisée à la modalité pédiatrie ;
- La prise en charge des patients atteints de troubles du langage et des apprentissages en structure autorisée à la modalité pédiatrie.

CHAPITRE 2.1

La gradation des activités de soins

Exemples

Références : art. R. 6123-141 du CSP + art. 3 du décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile



CHAPITRE 2.2

Les modes de prise en charge

Le principe issu de la réforme et les activités concernées

- Avant la réforme, certaines autorisations sanitaires étaient accordées par mode de prise en charge.
 - Par exemple, pour l'activité de médecine, il fallait une autorisation pour exercer la médecine en HTP distincte de l'autorisation accordée pour l'exercer en HC.
- **Désormais l'autorisation ne peut être accordée qu'aux demandeurs disposant de tous les modes de prise en charge.**
 - Les titulaires n'exerçant qu'un seul mode de prise en charge pourront toutefois se voir accorder une autorisation dérogatoire soumise au respect de conditions tenant majoritairement à la conclusion d'une convention avec un autre titulaire disposant du mode de prise en charge manquant.

Les activités concernées par cette évolution sont :

- la chirurgie,
- la chirurgie cardiaque
- la neurochirurgie,
- la médecine,
- les SMR,
- la psychiatrie.

Point de vigilance : l'**HAD** est devenue une activité de soins à part entière, en conséquence elle ne fait plus parties des alternatives à l'hospitalisation complète. Autrement dit, elle n'est plus un mode de prise en charge.

CHAPITRE 2.2

Les modes de prise en charge

Focus psychiatrie

☐ Instruction n° DGOS/R4/2022/257 du 2 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'activité de psychiatrie

Les séjours à temps complet correspondent aux soins dispensés en :

- hospitalisation complète ;
- centre de crise ;
- centre d'accueil permanent ;
- centre de postcure ;
- appartement thérapeutique ;
- accueil familial thérapeutique.

Les séjours à temps partiel correspondent aux soins dispensés en :

- hôpital de jour ;
- hôpital de nuit.

Les soins ambulatoires, y compris à domicile, correspondent aux soins dispensés :

- dans les centres médico-psychologiques et les centres d'activités thérapeutiques à temps partiel ;
- au sein des établissements sociaux et médico-sociaux ;
- dans des structures de protection maternelle infantile ;
- des établissements scolaires et universitaires ;
- au sein d'un centre de crise ;
- en consultation ;
- à domicile.

Activité de soins	Autorisation de principe	Autorisations dérogatoires
Chirurgie, chirurgie cardiaque et neurochirurgie	<p>L'autorisation est accordée par principe aux demandeurs qui exercent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit <u>sur site l'HC et l'ambulatoire</u> ; - soit <u>sur site l'ambulatoire</u> et qui ont accès à l'HC <u>par convention</u> avec un autre titulaire. 	<p>Une autorisation dérogatoire est accordée au demandeur qui n'exerce que l'HC sur site à condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit qu'il dispose en propre d'une prise en charge ambulatoire sur un autre site autorisé ; - soit qu'il ait conclu une convention avec un autre titulaire autorisé à l'ambulatoire.
Médecine	<p>L'autorisation est accordée par principe aux demandeurs qui exercent l'HC et l'HTP sur site.</p>	<p>1° Une autorisation dérogatoire peut être accordée au demandeur qui n'exerce qu'un seul mode de prise à charge sur site à condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit qu'il dispose en propre d'une prise en charge ambulatoire sur un autre site autorisé ; - soit qu'il ait conclu une convention avec un autre titulaire autorisé à l'ambulatoire. <p>2° Une autorisation dérogatoire peut être accordée au titulaire dont la nature de la prise en charge et les compétences médicales et paramédicales ne permettent pas de mettre en œuvre une HTP à condition qu'il ait conclu une <u>convention avec un titulaire exerçant les deux modes de prise en charge</u>.</p>
SMR	<p>L'autorisation est accordée par principe aux demandeurs qui exercent</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit <u>sur site l'HC et l'HTP</u> ; - soit un seul des modes de prise en charge <u>sur site</u> et qui ont accès à l'autre mode <u>par convention</u> avec un autre titulaire. 	<p>Une autorisation dérogatoire peut être accordée lorsque les prises en charge effectuées ne peuvent relever par nature que de l'HC.</p>
Psychiatrie	<p>L'autorisation est accordée par principe aux demandeurs qui exercent les trois modes de prise en charge (HC, HTP et ambulatoire), <u>sur site ou par convention</u>.</p>	<p>aucune dérogation</p>

CHAPITRE 2.3

Le tissu conventionnel

Un axe majeur de la réforme des autorisations

➤ Les exigences de coopération ont été largement renforcées pour toutes activités de soins ayant fait l'objet d'une révision → **nécessité de procéder à un audit des conventions existantes.**



Il faudra prêter une attention particulière à ces exigences au moment de la préparation du dossier de demande car :

- si certaines conventions doivent être mises en œuvre par les titulaires, et donc *a posteriori* de la délivrance de l'autorisation,
- d'autres sont soit directement exigées au demandeur de l'autorisation, soit subordonnent la délivrance de l'autorisation (« *l'autorisation de l'activité X ne peut être accordée que si ...* »). **Elles devront donc être obligatoirement annexées au projet de demande dès lors que leur conclusion préalable subordonne la délivrance de l'autorisation.**

CHAPITRE 2.3

Le tissu conventionnel

Exemples

Référence : décret n° 2022-1766 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de chirurgie, décret n° 2022-689 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer.

Exemples non exhaustifs de conventions exigées au demandeur

L'autorisation de soins de traitement du cancer ne peut être accordée que si :

- le demandeur est membre du dispositif spécifique régional du cancer reconnu par l'INCA (art. R. 6123-91, I CSP) ;
- le cas échéant, le demandeur dispose d'une organisation mise en place avec d'autres titulaires qui assure à chaque patient un accompagnement et un accès, au plus près de son lieu de vie, aux techniques de préservation de la fertilité. L'organisation doit associer un titulaire d'autorisation d'activités d'assistance médicale à la procréation (art. R. 6123-91-8 du CSP)
- [pour le demandeur de l'une des mentions de la modalité chirurgie oncologique] le demandeur dispose d'une organisation, sur place ou par voie de convention, lui permettant de garantir la réalisation des examens d'anatomopathologie si nécessaire en extemporané et les examens d'imagerie médicale post-opératoires programmés ou non (art. R. 6123-92-2).

L'autorisation de soins de chirurgie ne peut être accordée que si :

- [pour le demandeur n'exerçant qu'en chirurgie ambulatoire], le demandeur conclut une convention avec un titulaire réalisant une prise en charge chirurgicale en hospitalisation à temps complet (art. R. 6123-203 du CSP) ;
- le demandeur dispose sur site ou par convention d'un accès à des examens de biologie médicale, d'anatomopathologie, d'imagerie médicale, à des produits sanguins labiles (art. R. 6123-204 du CSP).

CHAPITRE 2.4

Focus sur les seuils d'activité

Les activités soumises à seuil

➤ Les activités suivantes sont soumises au respect d'une activité minimale annuelle :

- **Traitement du cancer** : art. R. 6123-91-4 CSP et arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ;
- **Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie** : art. R. 6123-110 du CSP, arrêté du 10 janvier 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie ;
- **Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie** : art. R. 6123-133-2 du CSP, arrêté du 16 mars 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie ;
- **Soins critiques** : art. R. 6123-38-2 du CSP, arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée ;
- **Chirurgie bariatrique** : art. R. 6123-208 du CSP, arrêté du 29 décembre 2022 fixant le nombre annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique ;
- **Chirurgie cardiaque** : art. R. 6123-74 du CSP, arrêté du 24 janvier 2006 fixant l'activité minimale des établissements exerçant les activités de soins de chirurgie cardiaque prévues à l'article R. 6123-74 du code de la santé publique
- **Neurochirurgie** : art. R. 6123-103 du CSP, arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités de soins de neurochirurgie prévue à l'article R. 6123-103 du code de la santé publique.

CHAPITRE 2.4

Focus sur les seuils d'activité

Fonctionnement des seuils

- **Le principe** : l'autorisation de toutes les activités de soins précitées ne peut être délivrée, maintenue ou renouvelée que si le titulaire de l'autorisation respecte, par site géographique autorisé, une activité minimale annuelle fixée par arrêté.
 - le seuil est prévisionnel pour la première année, toutefois pour le traitement du cancer, l'activité doit être **au moins égale à 80% du seuil**.

- **Les dérogations au seuil** :
 - **une dérogation commune à toutes les activités** : en cas de survenance d'un événement exceptionnel et temporaire entraînant une baisse significative de l'activité, le directeur général de l'agence régionale de santé, sur demande expresse du titulaire, peut surseoir à l'application du I du présent article pour une durée maximale d'une année et dès lors que le titulaire a pris des engagements pour résoudre ledit événement
 - **une dérogation est propre aux activités de cardiologie et neuroradiologie interventionnelle et aux soins critiques** : une autorisation dérogeant au seuil peut être accordée ou renouvelée à titre exceptionnel lorsque, après analyse des besoins de la population, l'accès aux autres sites pratiquant l'activité de soins impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population du territoire de santé.

Exemple : Traitement du cancer

MODALITÉS, MENTIONS ET PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES SPÉCIFIQUES DE TRAITEMENT DU CANCER prévues aux articles R. 6123-86-1 à R. 6123-89-1 du code de la santé publique	NATURE DU SEUIL PRÉVUE à l'article R. 6123-91-4 du code de la santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	NOMBRE D'INTERVENTIONS ou de patients par structure de soins autorisée
I/ Modalité de Chirurgie oncologique : seuils d'activité minimale pour la chirurgie oncologique chez l'adulte		
Mention A1 - Chirurgie oncologique digestive et viscérale	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 30
Mention B1 - Chirurgie oncologique digestive et viscérale	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 30
dont, le cas échéant, les pratiques thérapeutiques spécifiques de mention B1 de :		
<i>Chirurgie oncologique de l'œsophage ou de la jonction œsophagienne</i>	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 5
<i>Chirurgie oncologique du foie</i>	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 5
<i>Chirurgie oncologique de l'estomac</i>	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 5
<i>Chirurgie oncologique du pancréas</i>	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 5
<i>Chirurgie oncologique du rectum</i>	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 5

*Avant la réforme,
pathologies digestives
(tractus digestif y compris
foie, pancréas et voies
biliaires) → 30 interventions*

MODALITÉS, MENTIONS ET PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES SPÉCIFIQUES DE TRAITEMENT DU CANCER prévues aux articles R. 6123-86-1 à R. 6123-89-1 du code de la santé publique	NATURE DU SEUIL PRÉVUE à l'article R. 6123-91-4 du code de la santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	NOMBRE D'INTERVENTIONS ou de patients par structure de soins autorisée
Mention A2 - mention B2 - Chirurgie oncologique thoracique	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 40
Mention A3 - mention B3 - Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 20
Mention A4 - mention B4 - Chirurgie oncologique urologique	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 30
Mention A5 - Chirurgie oncologique gynécologique	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 20
Mention B5 - Chirurgie oncologique gynécologique	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 20
en sus, le cas échéant, la pratique thérapeutique spécifique de mention B5 de :		
<i>Chirurgie oncologique de l'ovaire</i>	Chirurgie de réduction complète du cancer avancé de l'ovaire	Interventions : 20
Mention A6 - Chirurgie oncologique mammaire	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 70
II/ Modalité de Radiothérapie externe, curiethérapie : seuils d'activité minimale pour la radiothérapie externe		
Mention A - Radiothérapie externe chez l'adulte	Radiothérapie externe	Patients adultes : 600
Mention C - Radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	Radiothérapie externe - adultes Radiothérapie externe - enfants de moins de 16 ans - hors irradiations corporelles totales et traitements à visée palliative	Patients adultes : 600 Mises en traitement - enfants : 12
III/ Modalité de Traitements médicamenteux systémiques du cancer - TMSC : seuils d'activité minimale pour les TMSC chez l'adulte		
Mention A - mention B - Traitements médicamenteux systémique du cancer chez l'adulte - TMSC	TMSC par injection intraveineuse dont : TMSC par injection intraveineuse en hospitalisation de jour	Patients : 100 dont : 65 en hospitalisation de jour

Avant la réforme, pathologies thoraciques → 30 interventions

Avant la réforme, pathologies ORL et maxillo-faciales → 30 interventions

Avant la réforme, pathologies urologiques → 30 interventions

Avant la réforme, pathologies gynécologiques → 20 interventions

Avant la réforme, pathologies mammaires → 30 interventions

Avant la réforme, 600 patients pour les sites disposant de 2 appareils

Avant la réforme, 80 patients dont 50 au moins en HDJ (chimiothérapie)

CHAPITRE 2.5

La qualité de demandeurs

Principe de titularité d'une autorisation

Références : art. L. 6122-1 et L. 6122-3 du CSP

La notion d'autorisation sanitaire **recouvre indifféremment les autorisations relatives aux établissements de santé, aux activités de soins et aux activités d'équipements matériels lourds**. Dès lors, **le régime général des autorisations sanitaires devrait s'appliquer indistinctement de l'objet sur lequel porte l'autorisation**.

Notion d'autorisation sanitaire

La notion d'autorisation sanitaire **recouvre indistinctement** :

- 1° la création, la conversion, et le regroupement **d'activités de soins**, y compris sous la forme d'alternative à l'hospitalisation ;
- 2° la création d'un **établissement de santé** ;
- 3° l'installation **d'équipement matériel lourd**.

Titularité de l'autorisation sanitaire

Ne peuvent être titulaires d'une autorisation sanitaire que :

- 1° **Un ou plusieurs médecins**, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
- 2° **Un établissement de santé** ;
- 3° **Une personne morale dont l'objet porte, notamment sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L. 6122-1 ou la pratique des activités propres aux laboratoires de biologie médicale**.

CHAPITRE 2.5

La qualité de demandeurs

La distinction de la qualité du titulaire selon l'objet de l'autorisation

Référence : CE, avis, 1^{er} août 1995, n° 358047 et Ccass, 1^{ère} chambre civile, 10 novembre 2021, n° 19-24,227, Société imagerie nouvelle.

- **Toutefois**, les notions d'établissement de santé et d'autorisation sanitaire ont conduit le Conseil d'Etat et l'administration à **distinguer les formes de titularité des autorisations selon que leur objet porte sur un établissement de santé, une activité de soins ou un équipement matériel lourd.**
- Ainsi, le ministère semble considérer qu'**installer et exploiter un équipement matériel lourd ne revient pas à assurer les missions d'un établissement de santé**, à savoir à assurer des activités de diagnostic, de traitement ou de soins auprès de blessés, de malades et de femmes enceintes.

- Ce faisant, un GIE, un GIP et un GCS de moyens :
 - **peuvent être titulaires d'une autorisation d'équipements matériels lourds ;**
 - **ne peuvent pas être titulaires d'une activité de soins** dès lors que leur objet social ne leur permet en aucun cas d'être eux-mêmes en charge des missions de diagnostic, de surveillance et de soins qui sont celles d'un établissement de santé.

CHAPITRE 2.5

La qualité de demandeur

Loi Valletoux : art. L. 6133-7 du code de la santé publique

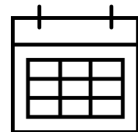
Les groupements de coopération sanitaire de moyens (GCS)

1

Titularité dérogatoire d'autorisations d'activité de soins (art. 9, III de la loi Valletoux)

Les GCS de moyens pourront désormais être titulaires d'autorisations d'activités de soins sans être érigés en établissement de santé.

- ✓ La liste des activités de soins pouvant être détenues par des GCS de moyens doit être définie par décret en Conseil d'État.



Cette possibilité entrera en vigueur à compter de la publication du décret, à défaut, **à compter du 28 février 2024.**

CHAPITRE 2.5

La qualité de demandeur

Loi Valletoux : art. L. 6132-1 et L. 6132-5-2 du code de la santé publique

Les groupements de coopération sanitaire de moyens (GCS)

2

Personnalité morale des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

En raison des nombreux inconvénients qui l'accompagnent l'absence de personnalité morale des GHT, deux situations vont leur permettre d'en être doter aux conditions préalables toutefois que :

- ✓ La demande émane de l'ensemble des directeurs des établissements parties au GHT ;
- ✓ Et sous réserve de délibérations concordantes du conseil de surveillance et du conseil d'administration desdits établissements.

Par la fusion des établissements parties au GHT

Hypothèse marginale non privilégiée

- Soit par la création d'une nouvelle entité
- Soit par le maintien de la personnalité morale de l'un des établissements qui absorbe les personnalités morales des autres

Par la création d'un GCS de moyens

Hypothèse privilégiée

- Qui n'est constitué que des membres du GHT
- Qui se substitue à l'établissement support du GHT
- **Qui peut être titulaire de toutes les autorisations d'activités de soins sans avoir à être érigé en GCS établissement de santé.**

CHAPITRE 2.5

La qualité de demandeurs

La notion d'établissement de santé

Référence : M. Cormier, Notion d'établissement de santé, LAMY Droit de la santé, Étude 205, octobre 2002.

- **Absence de définition législative de l'établissement de santé - Définition proposée par la doctrine** : « *la structure matérielle de soins et de prévention qui assure des missions légalement définies aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique et exercées, dans le respect d'un certain nombre de principes fondamentaux par des personnes publiques ou privées* ».
- La notion d'établissement de santé **ne renvoie à aucune forme juridique précise**, aussi l'établissement de santé peut être une **personne physique ou morale, de droit public ou de droit privé** (à but lucratif ou non).
- La qualification d'établissement de santé soumet la structure concernée à de nombreuses obligations, fixées par le CSP, qui sont :
 - communes à tous les types de personnalité morale d'une part ;
 - et, spécifiques aux personnes publiques, privées à but non lucratif et privé à but lucratif d'autre part.

CHAPITRE 2.5

La qualité de demandeurs

La notion d'établissement de santé

Référence : M. Cormier, Notion d'établissement de santé, LAMY Droit de la santé, Étude 205, octobre 2002.

SONT PAR EXEMPLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :

- Les établissements qui ne pratiquent qu'une activité d'HAD (CE, avis, Sect. Soc., n° 356-100, 28 juin 1994, non publié) ;
- Un cabinet de groupe comportant une unité de chimiothérapie et un centre de radiothérapie (TA Poitiers, 9 avr. 1997, CH de la Rochelle, req. n° 947-749) ;
- Une structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire (TA Grenoble, 10 juin 1998, Goujon, req. n° 9500495) ;
- Un cabinet de médecine de ville pratiquant une activité de chirurgie ambulatoire (TA Nice, 20 juill. 1999, M., RDSS 2000, p. 770 et CAA Lyon, 19 nov. 2002, Brun et autres, JCP A 2003, n° 20062) ;
- Les structures de dialyse extrahospitalière (lettre DH/EO1 du 8 septembre 1999, non publiée) ;
- Une structure d'urgence (C. Cass., Ch. crim., 5 janvier 2005, pourvoi n° 04-82738)

NE SONT PAR EXEMPLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :

- Les structures qui ne pratiquent qu'une activité de chirurgie esthétique (Lettre DH/EO3/EM2 du 21 juin 2000, *BO Santé* n° 2000/28, p.127 et art. L 6322-1 à L 6322-3 et R 6322-1 et suivants CSP) ;
- Les centres de santé (art. L 6323-1 et L 6323-2 et D 6323-1 et suivants CSP) ;
- Les communautés professionnelles territoriales de santé et les maisons de santé pluridisciplinaire (art. L 1434-12 et L 6323-3 CSP) ;
- Un groupement de coopération sanitaire de moyens (art. L 6133-1 CSP) ;
- Un centre de placement familial n'assurant aucune prestation de soins médicaux (CAA Nancy, 22 mars 2001, req. n° 96NC02068) ;
- Les établissements sociaux ou médico-sociaux (art. L 312-1 CASF).

CHAPITRE 2.5

La qualité de demandeurs

Synthèse

Peuvent être titulaires d'une autorisation d'activité de soins
associations, congrégations, fondations et mutuelles
Un ou plusieurs médecins
Sociétés commerciales
Établissement public de santé
GCS (public ou privé) érigé en établissement de santé
<p>Un GCS de moyens pour les seules activités de soins dont la liste est fixée par décret</p> <p>Un GCS de moyens (GHT) pour toutes autorisations</p>

Ne peuvent pas être titulaires d'une autorisation d'activité de soins
<p>Les sociétés civiles de moyens - la mise en commun des moyens utiles avec l'exercice de la profession des membres ne sont confond pas avec l'exploitation d'une autorisation.</p>
<p>Les sociétés d'exercice libéral - l'exercice en commun de la profession de médecins ne se confond pas avec l'exploitation d'une autorisation (position différente de la DGOS).</p>
<p>Les sociétés civiles professionnelles - l'exercice en commun de la profession de médecins ne se confond pas avec l'exploitation d'une autorisation (position différente de la DGOS).</p>
<p>Les groupements d'intérêt économique - l'exploitation d'une autorisation ne peut être considérée comme l'accessoire facilitant, développant ou permettant d'améliorer ou d'accroître les résultats de l'activité des membres.</p>

03 | Points de vigilance

L'ACTIVITÉ DE TRAITEMENT DU CANCER FAIT L'OBJET D'UNE NOUVELLE GRADATION

CHAPITRE 3.1

La chirurgie oncologique (traitement du cancer)

Avant et après la réforme

- la chirurgie des cancers → **désormais chirurgie oncologique**
- la radiothérapie et la curiethérapie → désormais radiothérapie externe et curiethérapie
- ~~l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées~~ → a été supprimée des pratiques thérapeutiques de l'activité de traitement du cancer pour intégrer la nouvelle activité de soins de médecine nucléaire
- la chimiothérapie ou autres traitements médicamenteux spécifiques du cancer → désormais traitements médicamenteux systémiques du cancer

Cette nouvelle gradation permet de soumettre **chaque modalité puis chaque mention à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement distinctes.**

Néanmoins, **une série de dispositions transversales qualité en cancérologie doit être respectée par tous les titulaires indifféremment de la mention et de la modalité pour laquelle ils sont autorisés.**

CHAPITRE 3.1

La chirurgie oncologique (traitement du cancer)

La définition, les localisations de tumeurs et les pratiques thérapeutiques de la chirurgie oncologique

De la chirurgie des cancers à la chirurgie oncologique (1)

- **Le périmètre de la modalité de traitement du cancer par chirurgie oncologique est recentré sur le traitement curatif de la tumeur ou de la pathologie cancéreuse.**
 - Sur la base des travaux d'expertise de l'INCA, **les nouveaux décrets recentrent le périmètre de l'autorisation sur la chirurgie d'exérèse.** Ce périmètre d'activité soumise à autorisation de chirurgie oncologique ne comprend ni le diagnostic (y compris le diagnostic d'extension) ni l'aval du traitement (gestion des complications ; douleur ; chirurgie palliative ; chirurgie reconstructrice différée)

En conséquence, les chirurgies hors exérèse ne relèvent pas de l'autorisation de traitement du cancer, mais de l'autorisation de chirurgie.

CHAPITRE 3.1

La chirurgie oncologique (traitement du cancer)

La définition, les localisations de tumeurs et les pratiques thérapeutiques de la chirurgie oncologique

De la chirurgie des cancers à la chirurgie oncologique (2)

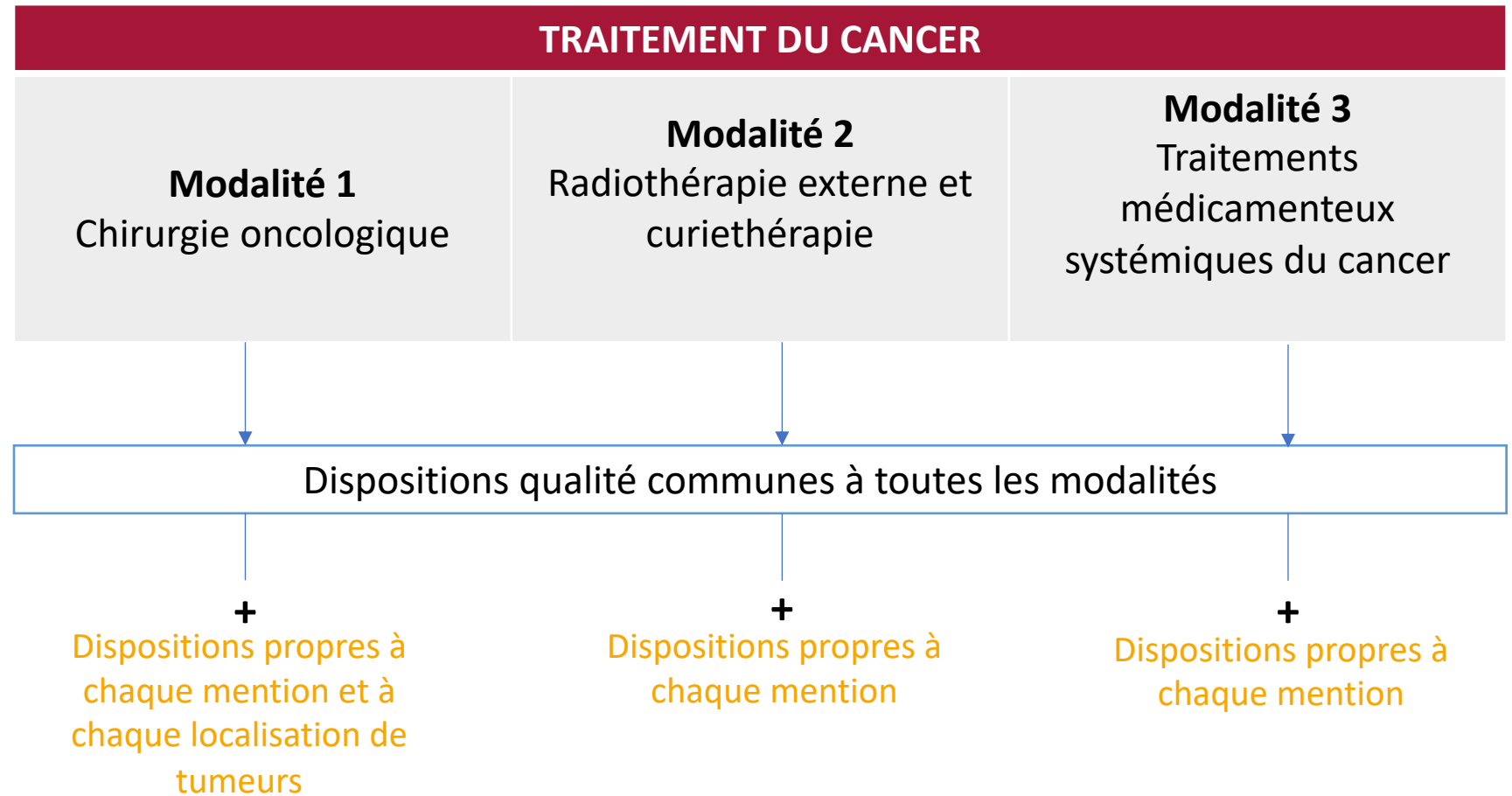
- **L'autorisation de chirurgie oncologique est fondée sur la localisation tumorale, voire sur l'organe pour les pratiques thérapeutiques spécifiques, et non sur la spécialité ou la qualification du chirurgien pratiquant l'acte de chirurgie d'exérèse.**
 - Cela ne retire en rien les exigences de formation qui s'imposent aux professionnels de santé pour assurer ces prises en charge, étant rappelé le code de déontologie des médecins qui implique que le chirurgien ne pourra exercer qu'à l'intérieur de son domaine de connaissance et d'expérience (*article R. 4127-70 du code de la santé publique, i.e. article 70 du code de déontologie des médecins*).

En résumé : La réforme utilise les termes de « chirurgie oncologique » en référence à la définition de la chirurgie relevant de l'autorisation de traitement du cancer, ce qui exclut la chirurgie diagnostique/symptomatique/palliative/reconstructrice différée, qui peut être pratiquée dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'un cancer.

CHAPITRE 3.1

La chirurgie oncologique (traitement du cancer)

La définition, les localisations de
tumeurs et les pratiques
thérapeutiques de la chirurgie
oncologique



CHAPITRE 3.1

La chirurgie oncologique (traitement du cancer)

La définition, les localisations de tumeurs et les pratiques thérapeutiques de la chirurgie oncologique

Modalité 1 – Chirurgie oncologique (CO)		
Mention	Localisations de tumeurs	Pratiques thérapeutiques
Mention A - Chirurgie oncologique chez l'adulte	<ul style="list-style-type: none"> A1 – Viscérale et digestive A2 – Thoracique A3 – ORL, cervico et maxillo- faciale A4 – Urologique A5 – Gynécologique A6 – Mammaire A7 – Indifférenciée 	
Mention B - Chirurgie oncologique complexe chez l'adulte	<ul style="list-style-type: none"> B1 – Viscérale et digestive B2 – Thoracique B3 – ORL, cervico et maxillo- faciale B4 – Urologique B5 – Gynécologique 	<p>Complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence ; curative des tumeurs malignes ou en zone irradiée ; de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne ; du foie ; de l'estomac ; du pancréas ; du rectum.</p> <p>Complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence ; curative des tumeurs malignes ou en zone irradiée ; de l'ovaire.</p>
Mention C - Chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		



CHAPITRE 3.1

La chirurgie oncologique (traitement du cancer)

Les conditions d'implantation et
conditions techniques de
fonctionnement

- **Les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement avant réforme ont été reprises et développées par la réforme au sein des **dispositions transversales qualité en cancérologie** et sont en conséquence applicables à tous titulaires d'autorisations d'activité de traitement du cancer, indifféremment de la modalité et de la mention autorisées.**

- **La réforme a également ajouté de nouvelles conditions aux dispositions transversales qualité en cancérologie :**
 - La **prise en charge des enfants et des adolescents** et notamment l'organisation spécifique des RCP et les propositions thérapeutiques en résultants (art. R. 6123-91-3 CSP) ;
 - La nécessité pour chaque titulaire d'organiser **l'accompagnement et l'accès, le cas échéant, des patients aux techniques de préservation de la fertilité** (art. R. 6123-91-8 CSP) ;
 - L'obligation faite aux titulaires d'une mention B et aux titulaires disposant d'un centre de référence ou d'un centre de compétences de cancer rare labellisé par l'INCA **d'assurer l'organisation des RCP de recours** aux fins de propositions thérapeutiques susceptibles de comprendre les prises en charge chirurgicales complexes qu'ils dispensent et des propositions thérapeutiques afférentes (art. R. 6123-91-2 du CSP) ;
 - Sur l'obligation faite aux titulaires qui ne sont pas reconnus comme plateforme hospitalière de génétique moléculaire des cancers par l'INCA de disposer d'une organisation avec un établissement reconnu comme tel afin de **faire procéder aux examens génétiques des tumeurs et aux examens moléculaires des tumeurs quand cela s'avère nécessaire.**

- **Les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement réformés prévoient ensuite des dispositions **propres à la modalité chirurgie oncologique et propre à chaque mention.****

CHAPITRE 3.1

La chirurgie oncologique (traitement du cancer)

Les nouvelles modalités de calcul des seuils

Nouvelles modalités de calcul des seuils d'activité



Si les seuils demeurent les mêmes, les modalités de calcul de ces derniers ont toutefois fait l'objet d'une évolution :

Instruction n° DGOS/R3/2022/271 du 23 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de traitement du cancer

- À l'occasion de la réforme des autorisations, et compte tenu du recentrage de la définition de la chirurgie oncologique sur la seule exérèse, l'INCa a développé une nouvelle méthodologie de calcul des seuils : **il s'agit de passer d'un décompte par groupes homogènes de malades (GHM) à une comptabilisation par actes CCAM d'exérèse.**
- En effet, l'ancienne méthode comptabilisait parfois des séjours au cours desquels l'acte chirurgical effectué n'était pas une exérèse. Par exemple la pose d'une stomie d'alimentation avec un diagnostic principal de cancer du poumon était comptabilisée comme une chirurgie thoracique qui n'était pas une chirurgie d'exérèse en soi. Le nouvel algorithme de calcul à l'avenir prévoira de comptabiliser le nombre d'hospitalisations avec acte de chirurgie d'exérèse selon la liste de l'Institut.

Nouvelles modalités de calcul des seuils d'activité et chirurgie onco-urologique

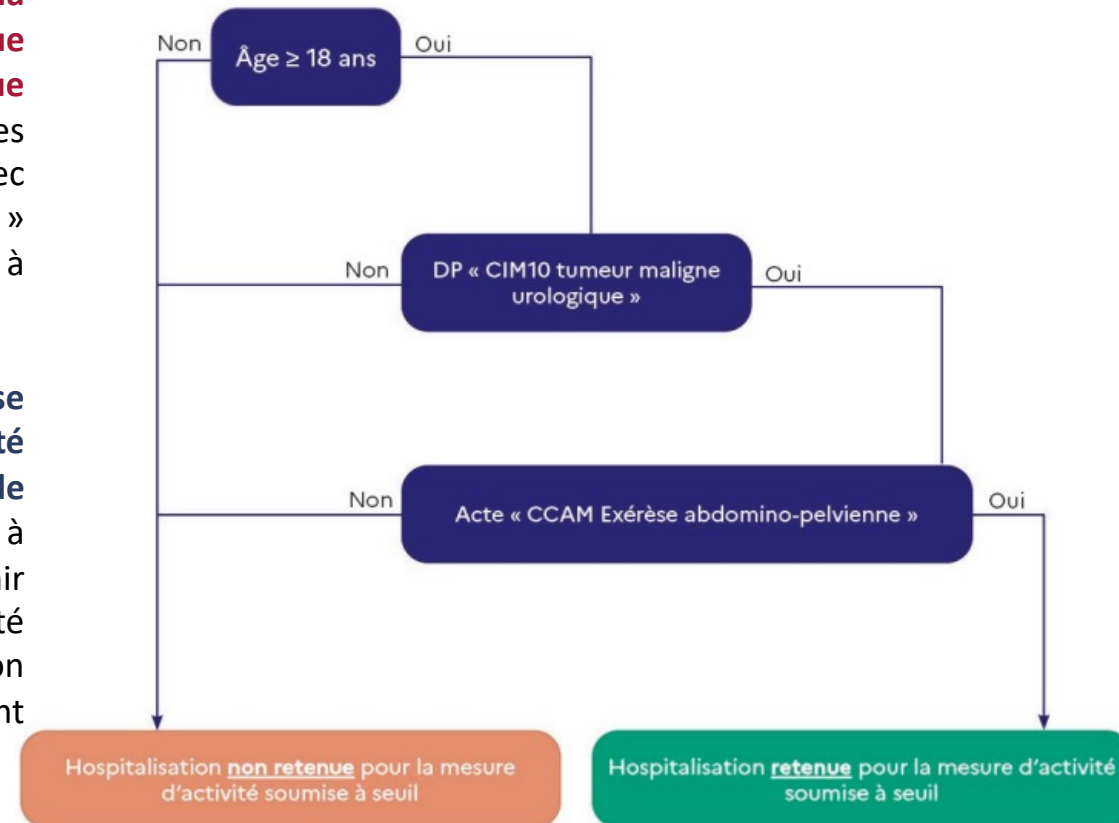
CHAPITRE 3.1

La chirurgie oncologique (traitement du cancer)

Les nouvelles modalités de calcul des seuils

→ Notice technique pour la mesure des activités soumises à seuils, INCA, octobre 2023

- **L'algorithme ne distingue pas encore la chirurgie oncologique urologique générale de la chirurgie oncologique urologique complexe**, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique » réservée aux établissements autorisés à la mention « B4 ».
- **En l'état, l'algorithme comptabilise l'ensemble des séjours de l'activité quelle que soit la mention de l'établissement concerné.** Il convient à chaque établissement d'en tenir compte dans l'analyse de son activité en vue de demande d'autorisation adéquate à l'activité réellement pratiquée.



Formule A4-B4

Âge supérieur ou égal à 18 ans
ET DP de la liste « CIM10 tumeur maligne urologique »
ET acte de la liste « CCAM Exérèse abdomino-pelvienne ».

CHAPITRE 3.1

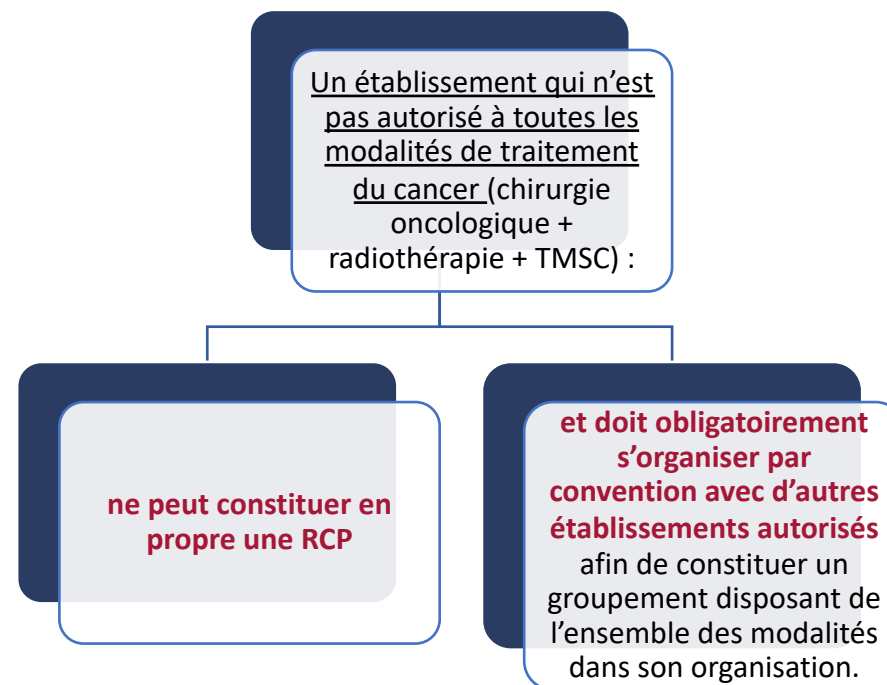
Réunions de concertation pluridisciplinaire

Principes

→ La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Collection Recommandations et référentiels, Institut national du cancer, septembre 2023

Principe d'organisation d'une RCP

Les RCP sont organisées dans les établissements autorisés à l'activité de traitement du cancer



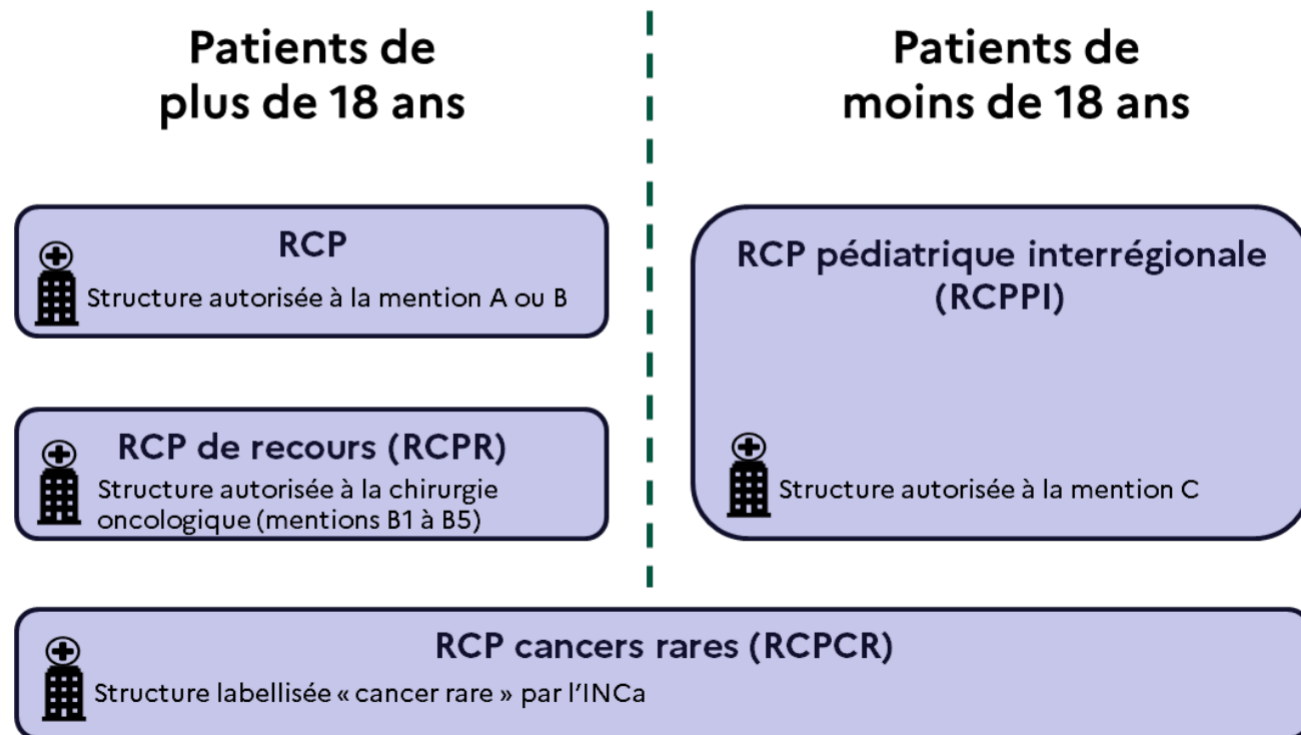
CHAPITRE 3.1

Réunions de concertation pluridisciplinaire

Les grands types de RCP

→ La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Collection Recommandations et référentiels, Institut national du cancer, septembre 2023

Les quatre grands types de RCP



CHAPITRE 3.1

Réunions de concertation pluridisciplinaire

Focus sur la réunion de concertation pluridisciplinaire de recours

→ La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.
Collection Recommandations et référentiels, Institut national du cancer, septembre 2023

Les patients adultes et n'entrant pas dans le champ des « cancers » rares relèvent des seules RCP de recours dès lors qu'une **chirurgie oncologique dite « complexe » est susceptible d'être proposée au patient.**



Les établissements autorisés avec mention B organisent des RCP standards (niveau A) pour les patients ne relevant pas des RCP de recours

- 5 RCPR sont reconnues :
- RCPR viscérale et digestive
 - RCPR thoracique
 - RCPR ORL, cervico et maxillo faciale
 - **RCPR urologique**
 - RCPR gynécologique

- Chirurgies relevant de la RCPR urologique :
- La chirurgie multiviscérale
 - La chirurgie multidisciplinaire
 - La chirurgie de la récurrence des tumeurs malignes
 - La chirurgie en zone irradiée
 - La chirurgie avec atteinte vasculaire
 - La chirurgie avec atteinte lomboaortique

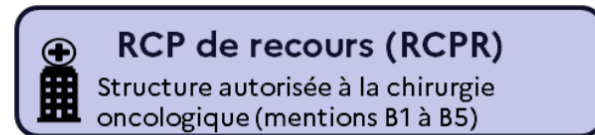
CHAPITRE 3.1

Réunions de concertation pluridisciplinaire

Focus sur la réunion de concertation pluridisciplinaire de recours

→ La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.
Collection Recommandations et référentiels, Institut national du cancer, septembre 2023

Ont vocation à recevoir des dossiers pour les patients pris en charge par ces établissements eux-mêmes, mais aussi provenant d'un établissement extérieur.



Deux exigences complémentaires sont requises pour présenter les dossiers dans ces deux situations :

1° Si le patient est pris en charge dans l'établissement membre de la RCP : la présence d'un spécialiste ayant rencontré le patient est requise.

→ Il faut veiller à ce que la rencontre entre soignant et soigné ne puisse retarder le passage du dossier en RCP.

2° Si le patient n'est pas pris en charge dans l'un de ces établissements, la participation de son médecin référent à la RCP est encouragée.

→ Si impossible, il est demandé de préparer les dossiers patients comportant des éléments minimaux par une transmission formalisée en amont de la RCP
→ Cette transmission est tracée dans le compte rendu de la RCP.

CHAPITRE 3.1

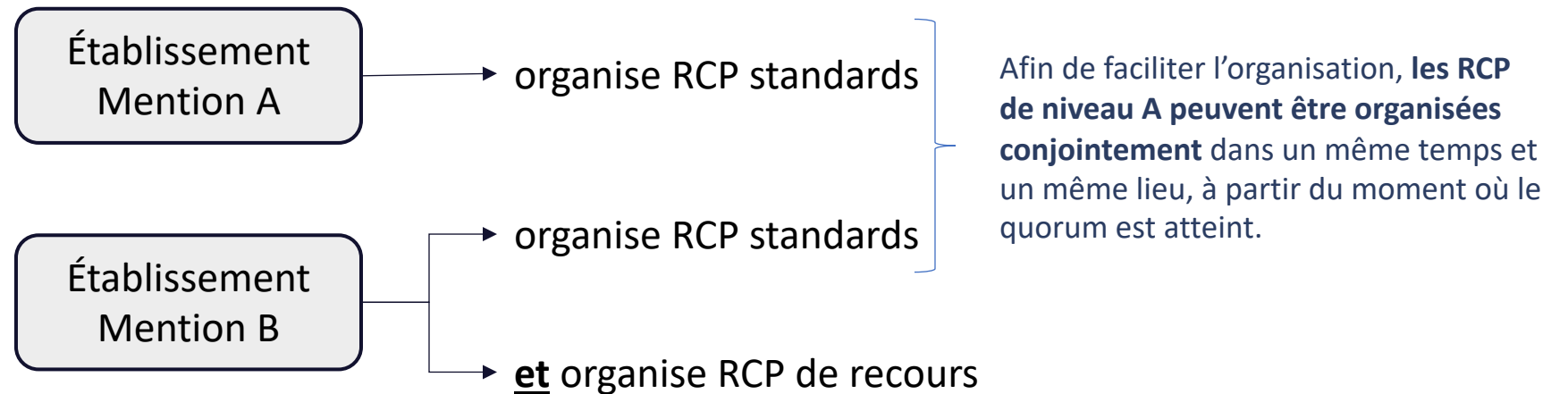
Réunions de concertation pluridisciplinaire

Organisation au niveau de l'établissement

→ La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Collection Recommandations et référentiels, Institut national du cancer, septembre 2023

L'organisation d'une RCP au niveau de l'établissement

Principe 1 : Chaque établissement autorisé au traitement du cancer doit organiser ou participer à une RCP pour chaque mention de son autorisation et chaque niveau de gradation.



À l'intérieur d'une même RCP, en fonction de la file active considérée et de la spécialisation, une RCP peut s'organiser par filières d'organes spécifiques à fixer dans la convention prévue.

CHAPITRE 3.2

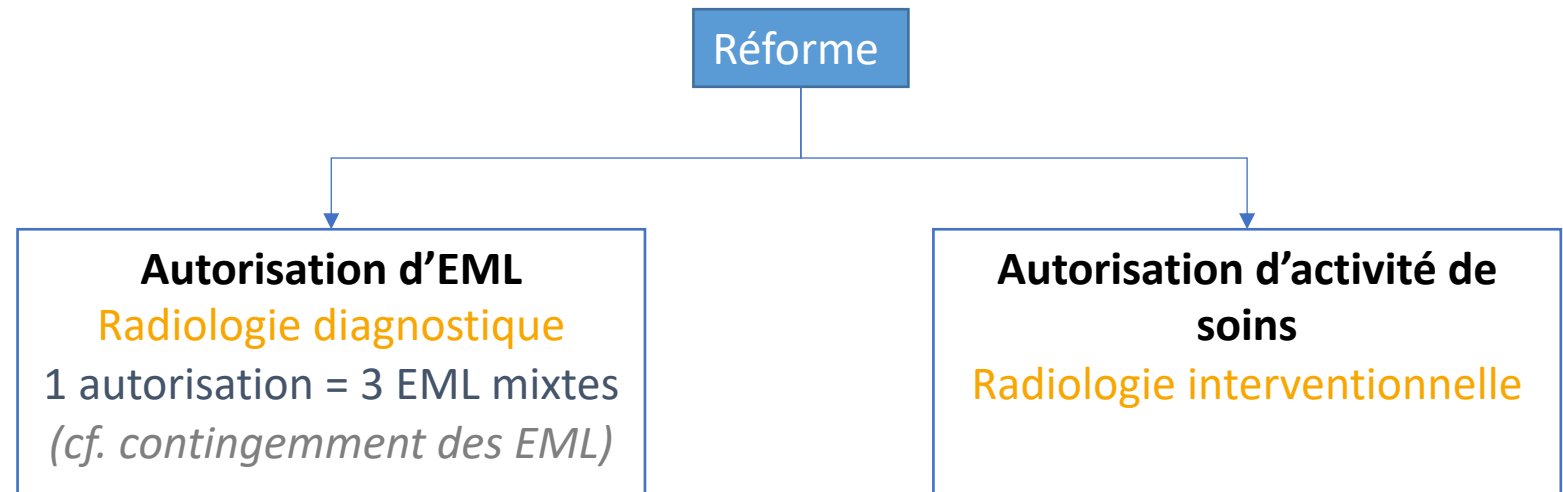
**La radiologie
diagnostique et
interventionnelle**

La transformation en activité de
soins

- La réforme scinde l'activité de radiologie en deux modalités d'exercice, **traduites par deux autorisations distinctes** :
 - une première autorisation porte sur **l'exploitation d'équipements d'imagerie en coupe utilisés à des fins de radiologie diagnostique**, à savoir les IRM et les scanners ;
 - une seconde autorisation porte sur **l'activité de radiologie interventionnelle**.

- Lors des premières réflexions sur cette réforme, il avait été envisagé de créer deux nouvelles autorisations d'activités de soins de radiologie interventionnelle et non interventionnelle. Finalement, ce n'est pas la solution retenue puisque les scanners et IRM demeurent des EML soumis à autorisation lorsqu'ils ne relèvent pas des activités de soins suivantes :
 - l'activité de médecine nucléaire ;
 - l'activité interventionnelle sous imagerie en cardiologie ;
 - l'activité interventionnelle sous imagerie en neuroradiologie ;
 - l'activité de radiologie interventionnelle.

Référence : décret n° 2022-1237 et le décret n° 2022-1238 du 16 septembre 2022 ; arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupe en application du II de l'art. R. 6123-161 du CSP.



CHAPITRE 3.2

La radiologie diagnostique et interventionnelle

L'articulation entre les deux
autorisations de radiologie

Référence : décret n° 2022-1237 et le décret n° 2022-1238 du 16 septembre 2022 ; arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupe en application du II de l'art. R. 6123-161 du CSP.

QUESTION DE L'ARTICULATION ENTRE LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE ET LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- Il n'est pas nécessaire de détenir une autorisation de radiologie diagnostique pour détenir une autorisation de radiologie interventionnelle.
- Mais, si un ou plusieurs EML ont une double utilisation, interventionnelle et diagnostique,
 - le titulaire devra détenir les deux autorisations.
 - Deux dossiers distincts d'autorisation.
 - Des aménagements de procédures sont prévus en cas de demande simultanée des deux autorisations.
- Scanner et IRM dédiés exclusivement à la radiologie interventionnelle
 - Mention spécifique dans la demande d'autorisation

CHAPITRE 3.2

La radiologie diagnostique et interventionnelle

La radiologie diagnostique

LE CONTINGEMENT DES ÉQUIPEMENTS

- **Le principe : le nombre maximal d'équipements autorisés par site est fixé à 3.**

- Le DG ARS peut autoriser le titulaire a dépassé le seuil de 3 :
 - **si la situation territoriale, le volume des actes, leur nature ou la spécialisation de l'activité le justifie ;**
 - **dans la limite de 18 équipements** sur le site autorisé.

CHAPITRE 3.2

**La radiologie
diagnostique et
interventionnelle**

La radiologie diagnostique

Références : art. R. 6122-39 et art. R. 6123-161 du CSP, art. 2, IV du décret n° 2022-1237 ;

L'EXIGENCE DE MIXITÉ

Nombre d'équipements inférieur à 3

Le titulaire ne disposant, sur site, que de l'un des deux types d'équipements doit

- soit établir une convention avec un titulaire de l'équipement manquant ;
- soit formaliser une organisation interne s'il dispose de l'équipement manquant sur un autre site géographique.

Nombre d'équipements supérieur ou égal à 3

Le titulaire doit cumulativement disposer, sur site, d'au moins :

- un appareil à résonance magnétique ;
- un scanographe.

Les titulaires dépassant ou ayant atteint ce seuil et, qui ne dispose pas, sur site, d'au moins un appareil par résonance magnétique et d'un scanographe pourront se voir délivrer une autorisation d'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique dans le cadre d'une demande déposée lors de la période de dépôt des dossiers de ré-autorisation.

Toutefois, **toute installation d'un équipement supplémentaire ou tout remplacement d'un équipement après l'obtention de cette nouvelle autorisation** doit permettre d'assurer que le site dispose d'au moins un appareil d'imagerie par résonance magnétique et d'un scanographe.

CHAPITRE 3.2

La radiologie diagnostique et interventionnelle

La radiologie diagnostique

Références : art. R. 6122-39 et art. R. 6123-161 du CSP, art. 2, IV du décret n° 2022-1237 ; arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'art. R. 6123-161 du CSP

L'EXIGENCE DE MIXITÉ

- **Toute installation d'équipement d'imagerie en coupes est subordonnée à la modification de l'autorisation initiale sauf pour les deux exceptions suivantes**
 - 1° En cas d'installation d'un nouvel équipement ne conduisant pas au dépassement du seuil de 3 équipements → le titulaire doit simplement informer l'ARS des caractéristiques de l'équipement avant sa mise en service ;
 - 2° En cas de remplacement d'un équipement par un équipement de même nature, **indifféremment du nombre d'équipements autorisés sur le site** → le titulaire doit simplement informer l'ARS des caractéristiques de l'équipement avant sa mise en service ;
- **Lorsque le nombre d'équipements autorisé est supérieur à 3, le remplacement d'un équipement par un équipement de nature différente est subordonné à l'information du DG ARS avec transmission des documents afférents – possibilité pour le DG ARS de demander le dépôt d'une demande (procédure du II de l'art. D. 6122-38 CSP).**

CHAPITRE 3.2

La radiologie diagnostique et interventionnelle

La radiologie interventionnelle

DÉFINITION ET GRADATION DE LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- L'activité de radiologie interventionnelle comprend **l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané, transorificiel, transpariétal ou intraluminal, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie, à l'exception des actes relevant des activités de cardiologie et neuroradiologie interventionnelles.**

CHAPITRE 3.2

**La radiologie
diagnostique et
interventionnelle**

La radiologie interventionnelle

DÉFINITION ET GRADATION DE LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Mention A : actes de radiologie interventionnelle vasculaires par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intrathoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes cités en mention B, C et D

Mention B : en sus des actes de la mention A, à l'exception des actes des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endoartérielle ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle. L'autorisation précise si le titulaire pratique les actes thérapeutiques endovasculaires portant sur l'aorte thoracique (pratique thérapeutique spécifique)

Mention C : en sus des actes autorisés de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle

Mention D : comprenant les actes des mentions A, B et C, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

Code	Libellé	Mention	Famille
ZZHJ019	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
ZZHH012	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage radiologique	A	Ponction, Biopsie
ZZHH010	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage scanographique	A	Ponction, Biopsie
HLHJ005	Biopsie du foie sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
HLHH007	Biopsie du foie sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage scanographique	A	Ponction, Biopsie
HLHJ006	Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
HLHH006	Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique	A	Ponction, Biopsie
JAHJ007	Biopsie du rein sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
JAHJ006	Biopsie du rein sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
ZZHJ013	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
ZZHH001	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage radiologique	A	Ponction, Biopsie
ZZHH008	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique	A	Ponction, Biopsie
ZZHJ010	Biopsie d'un organe profond, par voie intracavitaire avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
HLHJ003	Biopsie non ciblée du foie, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
ZZHJ020	Ponction ou cytoponction d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie intracavitaire avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
ZZHJ021	Ponction ou cytoponction d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
ZZHH011	Ponction ou cytoponction d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage radiologique	A	Ponction, Biopsie
ZZHH009	Ponction ou cytoponction d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage scanographique	A	Ponction, Biopsie
ZZHJ003	Ponction ou cytoponction d'un organe profond sur une cible, par voie intracavitaire avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
ZZHJ006	Ponction ou cytoponction d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie
ZZHH004	Ponction ou cytoponction d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage radiologique	A	Ponction, Biopsie
ZZHH006	Ponction ou cytoponction d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique	A	Ponction, Biopsie
HLHJ004	Ponction de collection hépatique, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Ponction, Biopsie

ZZJJ013	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Drainage
ZZJH002	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage radiologique	A	Drainage
ZZJH001	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage scanographique	A	Drainage
QAJH002	Drainage de collection de la face, par voie transcutanée avec guidage radiologique	A	Drainage
QAJH003	Drainage de collection de la face, par voie transcutanée avec guidage scanographique	A	Drainage
QAJH004	Évacuation de collection de la face, par voie transcutanée avec guidage radiologique	A	Drainage
QAJH001	Évacuation de collection de la face, par voie transcutanée avec guidage scanographique	A	Drainage
GGLB006	Pose d'un drain thoracique pour lavage pleural, par voie transcutanée	A	Drainage
HMCH001	Cholécystostomie, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	A	Drainage
HMQH004	Cholangiographie, par injection de produit de contraste dans les conduits biliaires par voie transcutanée, avec guidage échographique et/ou radiologique	A	Drainage
HZMP002	Contrôle radiologique secondaire de position et/ou de fonctionnement d'une sonde digestive, d'un drain biliaire ou d'une endoprothèse biliaire avec opacification par produit de contraste	A	Drainage
HFKH001	Changement d'une sonde de gastrostomie ou de gastrojéjunostomie, par voie externe avec guidage radiologique	A	Drainage
HFAD001	Dilatation du trajet d'une gastrostomie cutanée, avec pose d'un bouton de gastrostomie	A	Drainage
JAHJ005	Ponction des cavités du rein, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Drainage
JBQH001	Urétéropyélographie descendante, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique	A	Drainage
DHLF001	Pose d'un cathéter épicutanéocave, par voie transcutanée	A	Accès vasculaire
EPLF002	Pose d'un cathéter veineux central, par voie transcutanée	A	Accès vasculaire
EBLA003	Pose d'un cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou par voie transcutanée, avec pose d'un système diffuseur implantable souscutané	A	Accès vasculaire
EBGA001	Ablation d'un système diffuseur implanté et du cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou	A	Accès vasculaire
EPPP002	Désobstruction de site implantable ou de voie veineuse centrale tunnellisée par agent thrombolytique	A	Accès vasculaire
EZSM001	Fermeture d'un faux anévrisme ou d'une fistule artérioveineuse, par compression transcutanée avec guidage échographique	A	Accès vasculaire
JLJB001	Évacuation de collection de la paroi du vagin ou de la vulve, par voie transvaginale ou transcutanée	A	Drainage
HPHJ001	Ponction du cul-de-sac recto-utérin [de Douglas] [Culdocentèse], par voie transvaginale avec guidage échographique	A	Drainage
LHLH001	Infiltration anesthésique d'articulation vertébrale postérieure avec guidage radiologique, avec évaluation diagnostique et pronostique	A	Infiltrations
ZZLJ002	Injection d'agent pharmacologique dans un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique	A	Infiltrations
AFQH001	Saccoradiculographie avec scanographie de la colonne vertébrale	A	Autre niveau A
AFQH002	Saccoradiculographie	A	Autre niveau A
LHQH003	Discographie intervertébrale unique, par voie transcutanée	A	Autre niveau A
LHQH004	Discographie intervertébrale multiple, par voie transcutanée	A	Autre niveau A
DHQH002	Phlébographie de la veine cave inférieure [Cavographie inférieure], par voie veineuse transcutanée	A	Autre niveau A

CHAPITRE 3.2

**La radiologie
interventionnelle**

Articulation avec les unités de
soins critiques

ARTICULATION AVEC L'ACTIVITÉ DE SOINS CRITIQUES

Mention A : dispose sur site ou par convention d'un accès à une unité de surveillance continue

Mention B : dispose :

- sur site d'une unité de surveillance continue ;
- sur site ou par convention, d'un accès à une unité de soins intensifs polyvalente ou à une unité de réanimation.

Mention C : dispose :

- sur site d'une unité de surveillance continue ;
- sur site ou par convention, d'un accès à une structure autorisée en chirurgie ;
- sur site ou par convention, d'un accès à une unité de soins intensifs polyvalente ou à une unité de réanimation.

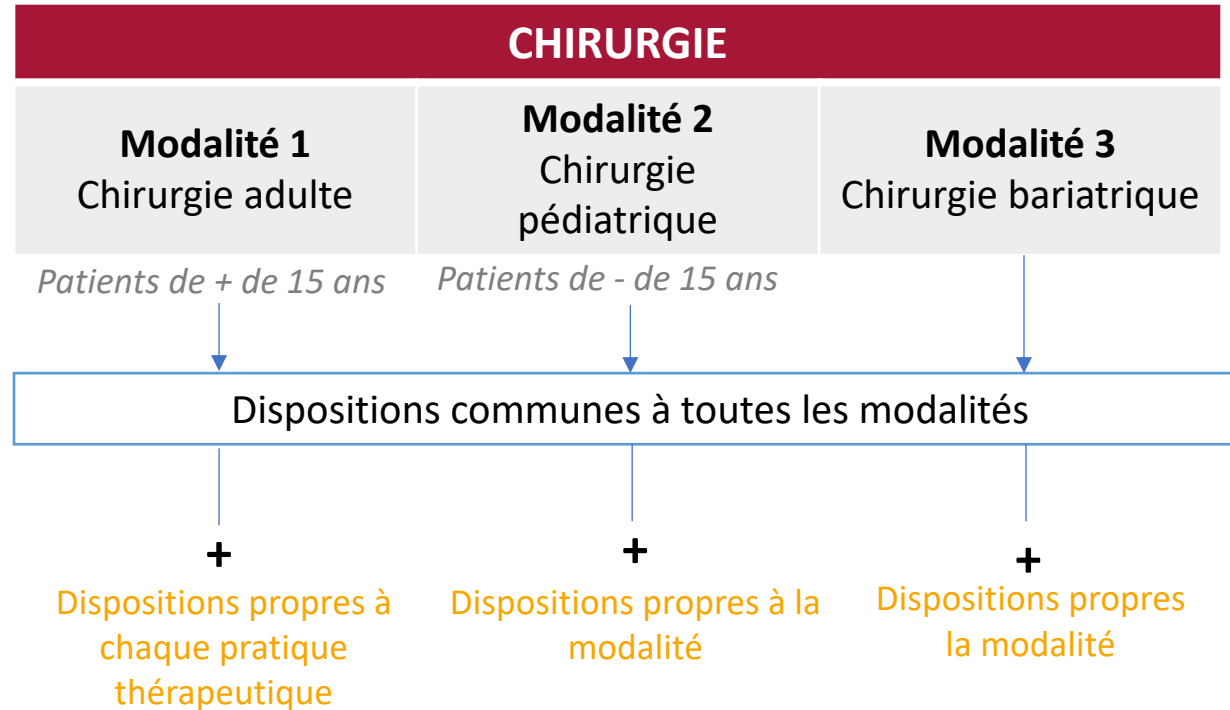
Mention D : dispose :

- sur site, d'une unité de surveillance continue ;
- sur site d'une unité de réanimation ;
- sur site ou par convention, d'un accès à une structure autorisée en chirurgie.

CHAPITRE 3.3

L'activité de chirurgie

Gradation



1° Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ; 2° Chirurgie orthopédique et traumatologie ; 3° Chirurgie plastique reconstructive ; 4° Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, à l'exception de l'activité de soins de chirurgie cardiaque mentionnée à l'art. R. 6123-69 CSP ; 5° Chirurgie vasculaire et endovasculaire ; 6° Chirurgie viscérale et digestive ; 7° Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale mentionnée au 3° de l'art. R. 6122-25 CSP ; 8° Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière ; 9° Chirurgie ophtalmologique ; 10° Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale ; 11° Chirurgie urologique.

CHAPITRE 3.3

L'activité de chirurgie

La prise en charge des patients mineurs

Références : art. R. 6123-202, D. 6124-283 et D. 6123-284 du CSP

Les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de chirurgie ne permettent la prise en charge dérogatoire de patients de moins de 15 ans, par des titulaires de la modalité chirurgie adulte, que dans deux hypothèses strictement encadrées.

CHAPITRE 3.3

L'activité de chirurgie

La prise en charge des patients mineurs

Références : art. R. 6123-202, D. 6124-283 et D. 6123-284 du CSP

La première permet la prise en charge par des titulaires autorisés à la mention adulte **d'enfant de 0 à 15 ans** sous réserve que le titulaire respecte les quatre conditions cumulatives suivantes :

- Les enfants pris en charge ne peuvent l'être qu'au titre de l'une des pratiques thérapeutiques suivantes :
 - 1° Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ;
 - 3° Chirurgie plastique reconstructrice ;
 - 9° Chirurgie ophtalmologique ;
 - 10° Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale.
- Le titulaire doit disposer sur site d'au moins un bloc interventionnel à accès protégé, de dispositifs médicaux et de produits de santé, adaptés à la prise en charge des enfants (article D. 6124-284 du code de la santé publique) ;
- Le titulaire doit disposer d'un accueil adapté à la prise en charge pédiatrique ;
- Le titulaire doit disposer de locaux permettant une hospitalisation des enfants à temps complet de jour ou de nuit, différenciée de celle des adultes.

CHAPITRE 3.3

L'activité de chirurgie

La prise en charge des patients mineurs

Références : art. R. 6123-202, D. 6124-283 et D. 6123-284 du CSP

La seconde permet aux titulaires de la modalité adulte de prendre en charge des patients de moins de 15 ans sous réserve que les six conditions cumulatives suivantes soient respectées :

- Le titulaire doit adhérer au **dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique** ;
- Les patients mineurs qu'il prend en charge ne peuvent **être âgés que de 3 à 15 ans**, ce qui exclut expressément la prise en charge des moins de 3 ans ;
- La prise en charge doit être **urgente** ;
- La prise en charge ne peut relever **que de l'une des pratiques thérapeutiques suivantes** :
 - 2° Chirurgie orthopédique et traumatologique ;
 - 6° Chirurgie viscérale et digestive ;
 - 7° Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins mentionnée au 3° de l'article R. 6122-25 ;
 - **11° Chirurgie urologique.**
- Le titulaire doit disposer d'un médecin, spécialisé en chirurgie pour la pratique thérapeutique spécifique concernée, qui justifie d'une formation initiale et d'une expérience en chirurgie pédiatrique ;
- Le titulaire doit disposer d'un médecin, spécialisé en anesthésie-réanimation, qui justifie d'une expérience en anesthésie dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale pédiatrique.

CHAPITRE 3.3

L'activité de chirurgie

Les seuils de la chirurgie bariatrique

Références : art. R. 6123-212 du CSP et arrêté du 29 décembre 2022

- L'autorisation pour la modalité chirurgie bariatrique ne peut être accordée, renouvelée et maintenue qu'à condition que le titulaire respecte, sur le site géographique autorisé, **une activité minimale annuelle fixée à 50 parmi les 5 catégories d'actes composant l'activité de chirurgie bariatrique** (art. 2. Arrêté du 29 décembre 2022).
- Dans le cadre d'une création, l'activité minimale annuelle est prévisionnelle pour la première année.
- Le DG ARS, sur demande expresse du titulaire, peut sursoir à l'application du seuil minimale d'activité :
 - en cas de survenance d'un évènement exceptionnel et temporaire entraînant une baisse significative de l'activité ;
 - pour une durée maximale d'une année ;
 - et dès lors que le titulaire a pris les engagements pour résoudre ledit évènement.

CHAPITRE 3.3

L'activité de chirurgie

Les seuils de la chirurgie bariatrique

Références : Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique prévu à l'article R. 6123-212 du code de la santé publique et modifiant l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du code de la santé publique

L'activité de soins de chirurgie bariatrique mentionnée à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique comprend les interventions chirurgicales suivantes :

- Pose, changement et repositionnement d'anneau ajustable comprenant les actes suivants de la classification commune des actes médicaux : HFMC007, HFMA009, HFKC001, HFKA002, HFMC008, HFMA011 ;
- Court-circuit gastrique comprenant les actes suivants de la classification commune des actes médicaux : HFCC003 et HFCA001 ;
- Gastrectomie longitudinale en manchon comprenant les actes suivants de la classification commune des actes médicaux : HFFC018 et HFFA011 ;
- Gastroplastie verticale calibrée, comprenant les actes suivants de la classification commune des actes médicaux : HFMC006 et HFMA010 ;
- Court-circuit biliopancréatique ou intestinal, comprenant les actes suivants de la classification commune des actes médicaux : HGCC027, HGCA009, HFFC004 et HFFA001.

CHAPITRE 3.3

L'activité de soins critiques

Les conséquences de la transformation en activité de soins

Référence : décret n° 2022-690 et le décret n° 2022-694 du 26 avril 2022.

➤ Le décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux CI de l'activité de soins critiques **transforme l'activité de réanimation et la reconnaissance contractuelle de soins intensifs et une partie de la reconnaissance contractuelle de soins continus en une activité de soins critiques.**

➤ Désormais, les activités de réanimation et soins intensifs polyvalent et de spécialités, les soins intensifs polyvalents dérogatoires et les soins intensifs en cardiologie, en neurologie vasculaire et d'hématologie sont regroupées en modalités d'exercice d'activité de soins critiques.

➤ Les titulaires d'autorisation d'activité de réanimation et les titulaires des reconnaissances contractuelles relevant de la nouvelle activité de soins critiques devront déposer une demande d'autorisation pour l'exercer.



Le nombre minimal de période de dépôt de demande d'autorisation n'est pas applicable à l'activité de soins critiques. Pour 2024 les ARS pourront ouvrir une seule période de dépôt par an et non obligatoirement deux.

MODALITÉ 1 – SOINS CRITIQUES ADULTES

Mentions	Composition du plateau technique de soins critiques
<p>Mention 1 Réanimation, SI polyvalents, le cas échéant SI de spécialités</p> <div data-bbox="173 382 565 492" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Exigence de contiguïté des unités</p> </div>	<p>Unité de réanimation assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.</p> <p>Unité de SI polyvalents contiguë assure la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation</p> <p>Unité de SI de spécialité assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des traitements spécifiques à la spécialité, et sans défaillance aiguë d'organe supplémentaire</p>
<p>Mention 2 SI polyvalents dérogatoires</p>	<p>Unité de SI dérogatoires assure la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation</p>
<p>Mention 3 SI en cardiologie</p>	<p>Unité de SI en cardiologie assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie cardiovasculaire, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des traitements spécifiques cardiologiques et pouvant impliquer le recours à une méthode de suppléance</p>
<p>Mention 4 SI de neurologie vasculaire</p>	<p>Unité de SI neurologie vasculaire assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie neuro-vasculaire mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et imposant des traitements spécifiques neuro-vasculaires, de prévention et de rééducation neurologique et cognitive</p>
<p>Mention 5 SI hématologie</p>	<p>Unité de SI d'hématologie assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie hématologique mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et imposant des traitements spécifiques hématologiques pouvant nécessiter un ou des séjours en secteur stérile</p>

SI : soins intensifs

MODALITÉ 2 – SOINS CRITIQUES PÉDIATRIQUES

Mentions	Composition du plateau technique de soins critiques
<p>Mention 1 Réanimation de recours, SI pédiatriques intensifs polyvalents et de spécialités le cas échéant</p> <div data-bbox="114 368 509 478" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Exigence de contiguïté des unités</p> </div>	<p>Unité de réanimation de recours assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance, et dont l'affection peut requérir des avis et des soins particuliers, du fait de sa rareté ou sa complexité</p> <p>Unité de SI polyvalent contiguë assure la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation</p> <p>Unité de SI de spécialité assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des traitements spécifiques à la spécialité, et sans défaillance aiguë d'organe supplémentaire</p>
<p>Mention 2 Réanimation et SI pédiatriques intensifs polyvalents et de spécialités le cas échéant</p> <div data-bbox="114 816 509 926" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Exigence de contiguïté des unités</p> </div>	<p>Unité de réanimation pédiatrique assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance</p> <p>Unité de SI polyvalent assure la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation</p> <p>Unité de SI de spécialité assurent la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des traitements spécifiques à la spécialité, et sans défaillance aiguë d'organe supplémentaire</p>
<p>Mention 3 SI pédiatriques polyvalents dérogatoires</p>	<p>Unité de SI polyvalent dérogatoire assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans, qui sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation</p>
<p>Mention 4 SI hématologie</p>	<p>Unité de SI d'hématologie assure la prise en charge, au sein d'une unité dédiée, des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie hématologique mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel imposant des traitements spécifiques hématologiques pouvant nécessiter un ou des séjours en secteur stérile</p>

CHAPITRE 3.3

L'activité de soins critiques

Les délais de mise en conformité

Référence : décret n° 2022-690 et le décret n° 2022-694 du 26 avril 2022.

Pour les conditions d'implantation → **délai de mise en conformité de 2 ans**

➤ En conséquence, le titulaire d'une nouvelle autorisation de soins critiques dispose d'un délai de 2 ans pour se mettre en conformité, entre autres, **avec l'exigence de contiguïté des unités de réanimation et de soins de soins intensifs polyvalents contiguë** (*pour la mention 1 « Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant » de la modalité soins critiques adultes, pour la mention 1 « Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant » et la mention 2 « Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant » de la modalité soins critiques pédiatrique*).

Pour les conditions techniques de fonctionnement → 3 types de délai de mise en conformité sont prévus :

1) L'autorisation est accordée à la condition que le demandeur s'engage à se mettre en conformité, **dans un délai de 2 ans à compter de la notification de l'autorisation**, avec les dispositions des articles D. 6124-27 à D. 6124-34-3 du code de la santé publique, c'est-à-dire **avec l'intégralité des nouvelles conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques**.

CHAPITRE 3.3

L'activité de soins critiques

Les délais de mise en conformité

Référence : décret n° 2022-690 et le décret n° 2022-694 du 26 avril 2022.

2) **Un délai de mise en conformité supplémentaire de 5 ans** est accordé aux titulaires suivants pour se mettre en conformité avec certaines conditions techniques de fonctionnement seulement :

- *art. D. 6124-28-5, 1° du CSP* : pour les titulaires des mentions 1 Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant et d'une mention 2 Soins intensifs polyvalents dérogatoires de la modalité adulte → délai de 5 ans octroyé pour que l'équipe non médicale d'une unité de soins intensifs polyvalente ou de spécialité comprennent au moins un infirmier pour 4 lits ouverts ;
- *art. D. 6124-29-3, 1° du CSP* : pour les titulaires d'une mention 3 soins intensifs de cardiologie de la modalité adulte → un délai de 5 ans est octroyé pour que l'équipe non médicale de cette unité comprennent au moins un infirmier pour 4 lits ouverts ;
- *art. D. 6124-30-3, 1° du CSP* : pour les titulaires d'une mention 4 soins intensifs de neurologie vasculaire de la modalité adulte → un délai de 5 ans est octroyé pour que l'équipe non médicale de cette unité comprennent au moins un infirmier pour 4 lits ouverts ;
- *art. D. 6124-31-3, 1° du CSP* : pour les titulaires d'une mention 5 Soins intensifs d'hématologie de la modalité adulte → un délai de 5 ans est octroyé pour que l'équipe non médicale de l'unité comprenne au moins un infirmier pour 4 lits ouverts ;
- *art. D. 6124-33-5, 1° du CSP* : pour les titulaires des mentions 1 réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques, mention 2 réanimation et soins intensifs pédiatriques et mention 3 soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires de la modalité soins critiques pédiatriques → un délai de 5 ans est octroyé pour que l'équipe non médicale de ces unités comprenne au moins un infirmier diplômé d'Etat pour quatre lits ouverts et que l'équipe comprend au moins un infirmier diplômé d'Etat de puériculture sur quatre infirmiers diplômés d'Etat.

CHAPITRE 3.3

L'activité de soins critiques

Les délais de mise en conformité

Référence : décret n° 2022-690 et le décret n° 2022-694 du 26 avril 2022.

3) **la permanence médicale de l'unité de réanimation et de l'unité de soins intensifs polyvalents du titulaire de la mention 1 de la modalité soins critiques adulte** doit par principe, en dehors des services de jour, être assurée par la présence d'au moins un médecin spécialisé en médecine intensive-réanimation ou en anesthésie-réanimation dédié aux activités des deux unités.

Par dérogation, le IV de l'article 3 du décret précité permet aux titulaires susvisés d'assurer cette permanence des soins **par un autre médecin spécialisé nécessaire à la prise en charge des patients et disposant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques** (médecin mentionné au 2° du I de l'article D. 6124-28-1 du CSP).

Toutefois, ce médecin devra, **dans un délai de 5 ans à compter de la notification de l'autorisation**, engager les démarches liées à l'obtention de la qualification ordinale en médecine intensive réanimation ou en anesthésie-réanimation.

04 | La permanence des soins

CHAPITRE 4

Permanence des soins

Art. L. 6111-1-3 du code de la santé publique

La permanence des soins (art. 17 et 18 de la loi Valletoux)

1

L'organisation de la permanence des soins doit procéder des établissements eux-mêmes

En premier lieu, « *Les établissements de santé sont responsables collectivement de la permanence des soins en établissement dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé et de l'organisation territoriale de la permanence des soins.* ».

Ce n'est donc qu'en cas de « *carences dans la couverture des besoins du territoire* » que le directeur général de l'ARS doit, dans un premier temps organiser une « *réunion des différents établissements de santé et des représentants des professionnels de santé exerçant en leur sein* » pour les « *inviter à répondre aux nécessités d'organisation collective de la permanence des soins* » et « *recueillir leurs observations* ».

Dans un second temps seulement et « *en cas de carences persistantes* », le directeur général de l'ARS pourra alors « *désigner les établissements chargés d'assurer la permanence des soins mentionnée au même premier alinéa ou d'y contribuer. Les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé désignés au titre du présent alinéa participent à la mise en œuvre de cette mission.* ».

CHAPITRE 4

Permanence des soins

Art. L. 6111-1-3 du code de la santé publique

La Permanence des soins (art. 17 et 18 de la loi Valletoux)

2

Le rôle du directeur général de l'agence régional de santé

« assurer la cohérence de l'organisation de la permanence des soins mentionnée au premier alinéa au regard des impératifs de continuité, de qualité et de sécurité des soins. »

Ce rôle du directeur général de l'ARS vise ainsi à **garantir que l'organisation de la PDSES se fera de manière strictement proportionnée aux besoins de santé du territoire**. Autrement dit, il reviendra au directeur général, entre autres, de veiller à ce que les lignes de gardes et d'astreintes ne soient pas de nature à générer des lignes en surnombres et ainsi à préserver du temps médical .

3

Le rôle des professionnels de santé

Possibilité offerte aux professionnels de santé exerçant au sein d'un établissement de santé **de contribuer à la mission de permanence des soins assurée par un autre établissement que celui au sein duquel ils exercent**.

Dans cette hypothèse, le professionnel sera alors couvert par le régime de responsabilité qui s'applique aux médecins et aux agents de l'établissement d'accueil. Ce nouveau dispositif de régime assurantiel des professionnels de santé permettra aux praticiens du secteur public de pouvoir participer à la permanence des soins d'un établissement de santé privé sans pour autant devoir nécessairement avoir recours à un groupement de coopération sanitaire .

La permanence des soins (art. 17 et 18 de la loi Valletoux)

4

Permanence des soins et autorisations sanitaires

CHAPITRE 4

Permanence des soins

Art. L. 6122-7 du code de la santé publique

La rédaction antérieure à la loi n° 2023-1268 limitait le pouvoir contraignant du directeur général de l'ARS aux dispositifs de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et ne lui permettant donc pas de conditionner la délivrance d'une autorisation sanitaire à la participation du titulaire à la permanence des soins, lorsque l'intérêt de la santé publique le justifie .

En conséquence, le 1° de l'article 18 de la loi n° 2023-1268 modifie l'article L. 6122-7 du code de la santé qui prévoit désormais explicitement qu'une « **autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt [...] de l'organisation de la permanence des soins** ».

En outre, plus à la marge, le 2° de l'article 18 de la loi n° 2023-1268 modifie l'alinéa 3 de l'article L. 6122-7 précité pour spécifier que l'autorisation peut « **également être subordonnée à la mise en œuvre de mesures de coopération favorisant [...] l'effectivité de la permanence des soins** » et non visant à favoriser la permanence des soins tel que prévu dans la rédaction antérieure.



67, rue de l'Université - 75007 Paris
Tél. : 01 53 81 05 52
contact@cormier-badin.fr