

 <p>Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur</p>	<p align="center">DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SOINS DÉPARTEMENT DE L'OFFRE HOSPITALIÈRE SERVICE AUTORISATIONS, CONTRACTUALISATION ET COOPÉRATIONS</p>	
	<p align="center">PROCES-VERBAL CSOS 30/01/2024</p>	
		VF 17/07/2024

Participants :

Liste des présents : (cf liste émargement)

Direction de l'organisation des soins :

Geneviève Védrines
Nolwenn Philippe
Stéphanie Gathion
Leila Lazreg
Rahyan Groune
Chloé Rovello

1. Ouverture de séance

*La séance est ouverte à **9h30** sous la présidence de Monsieur François VALLI.*

Le président fait un rappel des règles du quorum.

En ouverture de séance, 18 membres ont émargé et 4 procurations ont été enregistrées.

Le président rappelle que, conformément à la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et à la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires :

- « constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou à paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction » ;
- dans une situation de conflit d'intérêts, « les membres des collèges d'une autorité administrative indépendante ou d'une autorité publique indépendante s'abstiennent de siéger ou, le cas échéant, de délibérer ».

Par conséquent, toute personne qui se trouverait en situation de conflit d'intérêts lors de l'appel d'un dossier devra s'abstenir de siéger lors de l'examen du dossier et ne participera ni aux débats ni au vote.

Le déroulé de la séance du jour est présenté aux membres de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS).

Approbation du PV de la CSOS du 19 septembre 2023

M. François VALLI, président, procède au vote concernant l'approbation du procès-verbal de la CSOS du 19/09/2023 :

Votants : 22
Favorables : 22
Défavorables : 0
Abstentions : 0

Le procès-verbal de la séance du 19 septembre 2023 est adopté avec 22 voix favorables sur 22 votants.

2. Examen des dossiers portés à l'ordre du jour

2024 A 001	Présentation du calendrier-fenêtres 2024-2025 de l'Agence Régionale de Santé PACA	ARS PACA	Mme Stéphanie Gathion
---------------	---	----------	--------------------------

Rapporteur en séance : Stéphanie Gathion

Stéphanie Gathion présente le calendrier-fenêtres 2024-2025 de l'ARS PACA. Le contexte est atypique pour l'année qui arrive, puisqu'une réforme des autorisations sanitaires est en cours. Les décrets qui fixent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement ont été publiés. Concrètement, cette réforme implique de réexaminer toutes les autorisations réformées existantes à travers le nouveau schéma régional de santé et les nouveaux textes.

Les promoteurs devront déposer de nouveau un dossier de demande d'autorisation pour réactiver leurs implantations, pour les activités réformées concernées, et s'engager dans la logique de la réforme afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge.

Sur les années 2024-2025, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un avis obligatoire de la CSOS. Les nouvelles demandes d'autorisation ne seront pas déposées au format papier, mais sur un site web spécifique qui a été créé par la Direction du numérique (DNUM). Chaque dossier sera examiné par le DG ARS après avis éclairé de la CSOS, pour voir s'il convient ou non de délivrer de nouvelles autorisations. Elles seront délivrées dans les six mois qui suivent la fin de la fenêtre de dépôt. Pour certaines activités, il existe un délai de mise en conformité immédiat, mais pour d'autres, il y aura une disposition transitoire qui prévoit un délai supplémentaire pour se mettre en conformité. Pour la CSOS, cela signifie une charge de travail plus importante et un nombre d'avis beaucoup plus significatif que d'habitude.

Une partie des activités de soins et équipements matériels lourds ont été réformés le 1^{er} juin 2023 avec un petit bémol pour l'assistance médicale à la procréation, puisqu'il n'y a pas eu formellement de nouveaux décrets pour les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement. Il y a eu simplement une modification des textes avec la loi bioéthique qui introduit formellement une nouvelle modalité, qui permet la préservation de la fertilité pour des raisons non médicales. D'autres activités ne sont pas encore réformées au 1^{er} juin 2023. La médecine d'urgence, dont les nouveaux décrets viennent de paraître en décembre 2023, est volontairement positionnée dans ce bloc d'activités et se voit appliquer la procédure des activités non-réformées.

La réforme des autorisations a trois grands objectifs : améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des patients, décliner la territorialisation de l'offre en lien avec les mouvements de coopération entre acteurs et introduire de l'innovation en santé au service des patients. Cette réforme a été réalisée car des textes souffraient parfois de carences qui mettaient en difficulté les établissements et l'ARS en raison de vides juridiques. Elle permet donc de renforcer les textes et le cadre juridique dans lequel interviennent les structures.

Les conditions d'implantation concernent le périmètre de l'autorisation, la gradation de l'offre avec parfois intégration de seuils, l'accès aux soins, l'organisation de la permanence des soins, la position de la structure dans son environnement en lien notamment avec les transferts de patients et conventions entre structures. Les conditions techniques de fonctionnement visent ce qu'il se passe à l'intérieur de l'établissement. Cela concerne les ressources humaines, les exigences en locaux et en équipements, la démarche qualité pour l'amélioration continue des prises en charge et l'innovation (ressources numériques).

Pour les activités réformées, les nouveaux décrets sont entrés en vigueur le 1^{er} juin 2023. Tous les titulaires d'autorisations concernés doivent déposer un dossier de demande d'autorisation dans la première fenêtre postérieure à la publication du schéma régional de santé de la région PACA (octobre 2023). Les promoteurs qui ne sont pas titulaires actuellement d'une autorisation d'activité de soins ou d'équipements matériels lourds peuvent aussi déposer un dossier, dans la première fenêtre, en même temps que les promoteurs historiques.

Le dépôt doit impérativement avoir lieu dans la première fenêtre dédiée à l'activité, postérieure à la publication du schéma. À défaut, l'établissement perd son autorisation puisque le bilan OQOS¹ repart à

¹ Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins.

zéro, c'est-à-dire que chaque promoteur doit récupérer son implantation. Le dépôt est fait sur un site web national dédié appelé le SI-AUTORISATIONS. Une vigilance particulière est à l'œuvre pour deux activités : l'AMP, qui fait l'objet d'une nouvelle modalité sans réformation totale, et la médecine d'urgence dont les décrets ont été publiés récemment (décembre 2023). L'activité de médecine d'urgence devra faire l'objet d'une révision du schéma dans les 18 mois suivant la date de parution des nouveaux décrets du 29 décembre 2023 avec une mise en conformité début 2025 aux conditions d'implantation – conditions techniques de fonctionnement.

L'instruction des dossiers sera donc réalisée par l'ARS, via le site web. Une décision sera rendue par le Directeur Général de l'ARS dans les six mois, au plus tard, suivant le jour de la fin de la fenêtre dédiée à l'activité concernée.

Concernant le calendrier-fenêtres, il y a une obligation réglementaire d'ouvrir deux fenêtres par an par spécialité en 2025, elle a été assouplie en 2024 (possibilité de 0, 1 ou 2 fenêtres par activité).

Ainsi, en 2024, le calendrier est plus léger. Mais, en 2025, le calendrier est plus robuste, avec plus d'activités dans les fenêtres parce qu'on revient à l'obligation réglementaire de deux activités de soins par an.

La « loi Valletoux » a introduit des simplifications. Il y a deux pistes d'amélioration ou de simplification, mais qui sont en attente de décrets, c'est-à-dire de précisions pour être déclinées de façon opérationnelle. Une disposition indique que, potentiellement, certains dossiers pourraient être dispensés d'avis CSOS² sur critères d'offre, de qualité ou de sécurité des soins définis par décret en Conseil d'Etat. Nous attendons la publication de ce décret qui précisera le cadre juridique³. Ensuite, un petit groupe d'activités qui a été réformé le 1^{er} juin 2023 ferait l'objet également de mesures de simplification. La publication d'un décret est également attendue dans ce cadre pour préciser les activités de soins simplifiées⁴.

Le calendrier 2024 est construit sur deux grands axes :

- D'une part, les activités de soins concernées par la réforme des autorisations sanitaires. Par exemple, tous les demandeurs d'une autorisation de soins critiques devront déposer un dossier entre le 1^{er} février et le 1^{er} avril 2024 en ligne. Il y a plus de 70 implantations disponibles. Certaines implantations sont fléchées sur les hôpitaux des armées qui font l'objet d'un régime juridique différent. La CSOS attend ainsi des dépôts massifs de dossiers pour certaines activités de soins pour lesquelles elle devra donner un avis éclairé avant prise de décision du DG ARS.
- D'autre part, de nouvelles implantations ont été créées pour certaines activités qui ne sont pas réformées. Les promoteurs qui voudront en bénéficier devront déposer un dossier en ligne dans la fenêtre réglementaire dédiée.

Le calendrier 2024 des CSOS fait en sorte d'éviter les vacances scolaires mais, pour des raisons structurelles, la première CSOS aura lieu en juillet. Des CSOS de secours sont prévues, si le quorum n'est pas atteint, dans les huit jours qui suivent la CSOS. Peu importe le nombre de personnes présentes à cette CSOS de secours, l'avis sera rendu. Cependant, l'objectif est d'avoir un avis le plus large possible et les titulaires peuvent faire des procurations en cas d'absence.

² Article 9 Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels :

"II.-Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 6122-9 du code de la santé publique, les nouvelles demandes d'autorisations mentionnées au premier alinéa de l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 précitée peuvent être accordées sans recueillir l'avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire, sur critères d'offre, de qualité ou de sécurité des soins définis par décret en Conseil d'Etat".

³ Nota bene : le décret n'a pas été publié à ce jour.

⁴ Le décret 2024-268 du 25 mars 2024 relatif à la simplification de la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activités de soins, pris en application de l'article 9 de la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, a été publié au Journal Officiel le 27 mars 2024.

Pour rappel, le décret publié, d'application immédiate, vise à simplifier la mise en œuvre de la réforme des autorisations et prévoit dans son article 1 une liste d'activités de soins qui reprendront leur durée de vie initiale et feront l'objet d'un simple renouvellement simplifié sans passage en CSOS.

Cette liste comprends les activités suivantes :

- Activité de soins médicaux de réadaptation pour les modalités suivantes : Affections de l'appareil locomoteur, Affections du système nerveux, Affections cardiovasculaires, Affections respiratoires, Affections des brûlés, Affections des conduites addictives ;
- Activité d'assistance médicale à la procréation (hors préservation de la fertilité pour raisons non médicales) ;
- Activité de traitement du cancer, pour la modalité de « radiothérapie externe, curiethérapie » ;
- Activités de chirurgie cardiaque et neurochirurgie ;
- Activité interventionnelle par voie endovasculaire en neuroradiologie.

Les fenêtres de dépôt ont été construites de manière à lisser la charge de travail des établissements et des services de l'agence et permettre à chaque structure de se positionner sur les différentes activités. Certaines activités 2025 ne sont pas présentes en 2024, comme la psychiatrie.

Compte tenu du volume de dossiers, il est prévu de faire des rapports CSOS simplifiés. Pour chaque activité, un document présentera le projet d'établissement, la compatibilité au schéma régional de santé (objectifs qualitatifs et quantitatifs) et une grille d'analyse de la conformité aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement. Les rapports seront plus étayés sur les mentions pour lesquelles il y a une concurrence afin que la CSOS puisse départager les candidats, lorsqu'il y a plus de dossiers que d'implantations disponibles.

Le SI AUTORISATIONS est le site web utilisé par les promoteurs et l'ARS. Ce projet a été construit en concertation avec les fédérations avec pour objectif de dématérialiser et centraliser les dossiers. L'ARS peut instruire les demandes, les compléter, prendre des avis et avoir ainsi à disposition un tableau de bord. Cet outil a été mis en ligne depuis décembre 2023. Les promoteurs ont pu s'inscrire pour consulter les modèles de dossiers types. Une seconde vague aura normalement lieu au mois de mars pour l'inscription des promoteurs restants pour les activités non réformées. Pour l'adresse mail du représentant légal, il est recommandé d'utiliser une adresse générique puisque cette adresse alimente également la base de données FINISS. Plusieurs mentions peuvent être demandées au sein d'un dossier unique. Pour les établissements publics, l'avis du comité stratégique du GHT est une pièce obligatoire pour finaliser le dépôt. Il est bien évidemment recommandé de déposer le dossier en début de fenêtre pour pouvoir le compléter si besoin. Les dossiers peuvent être, dès à présent, pré-renseignés et sauvegardés avant de les transmettre à l'ARS en début de fenêtre.

Interventions :

Jean-Marc Minguet indique que la loi Valletoux, qui est censée être une loi de simplification, n'atteint pas son objectif. La qualité et la sécurité des soins ainsi que la transition écologique sont abordées, mais pas la performance ni la pertinence des soins.

Alice Barès Fiocca demande des précisions sur la prorogation des six mois des autorisations en cours en 2020. Ce point n'est pas abordé dans le document. La période à laquelle les établissements pourront peut-être redéposer les dossiers n'est pas mentionnée.

D'autre part, concernant le SMR, il y a deux procédures. La première porte sur une réautorisation avec des dossiers qui passent en CSOS et la seconde sur un renouvellement simplifié ou dérogatoire. Les établissements peuvent donc déposer deux dossiers, d'autant plus que la mention SMR polyvalente est une nouvelle mention. Qu'est-il prévu pour faire coexister ces deux procédures sur une même autorisation d'activité de SMR pour éviter que les établissements déposent deux dossiers à quelques mois d'intervalle ?

Par ailleurs, sur le calendrier « médecine d'urgence », le PRS sera révisé sous 18 mois et les autorisations de mise en conformité dans un délai de 12 mois. Ne serait-il pas plus pratique que le PRS soit révisé avant la mise en conformité des autorisations ? Le PRS aura peut-être un impact sur les autorisations ou les positionnements.

Enfin, la fenêtre des soins critiques va s'ouvrir le 1^{er} février et son arrivée aussi précoce posera des difficultés dans la mesure où le PRS a reporté le sujet des USIP non adossées à une révision ultérieure. Or, dans les USC actuelles, ces activités de soins intensifs polyvalents peuvent exister. Ce type de prises en charge est donc soumis à autorisation. Tant que le sujet des USIP n'est pas réglé, les établissements concernés ne pourront plus prendre en charge cette typologie de patients. Cela pourrait entraîner davantage de transferts de ces USC vers les établissements qui ont des USIP adossées.

Stéphanie Gathion répond que le délai de prorogation de six mois a pris effet en 2020 pour les autorisations qui étaient mises en œuvre à l'entrée en vigueur de l'arrêté de juillet 2020 pris pour faire face à l'épidémie de COVID-19⁵. Compte tenu de courriers émis avant l'entrée en vigueur de cet arrêté et n'intégrant donc pas ses dispositions, certains promoteurs ont en effet reçu des lettres ARS avec des échéances qui ne sont plus forcément valables aujourd'hui. La problématique est connue des services

⁵ 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.

Art. 15. – A l'exception des autorisations accordées en application de l'article L. 6122-9-1 du code de la santé publique, les autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds mentionnées à l'article L. 6122-1 du même code, en cours de validité à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, sont prorogées pour une durée de six mois.

au niveau régional et national. La DGOS a prévu de mettre en place un bouton dans le SI AUTORISATIONS pour permettre à chaque promoteur de voir la date d'échéance d'autorisation retenue par l'ARS, dans ses bases de données internes. À terme, les promoteurs pourront avoir accès à toute la procédure personnalisée à suivre par activité de soins-EML et savoir s'ils doivent remplir un dossier complet de demande initiale ou un dossier de renouvellement simplifié.

Stéphanie Gathion précise, concernant le SMR et la coexistence attendue de deux procédures (simplifiée et non simplifiée en fonction des mentions), que le décret précisant le cadre juridique n'est pas publié à ce stade. Si la cohabitation de deux procédures est confirmée, les établissements polyvalents devront pouvoir faire le tri entre les mentions qui relèvent d'une demande d'autorisation initiale (complète) et celles qui relèvent d'une procédure de renouvellement simplifié. À cela s'ajoute, en fonction de la date d'échéance, un dépôt de dossier simplifié 14 mois avant dans le SI AUTORISATIONS.

Normalement, au moins de mars 2024, un tableau de bord devrait permettre à chaque établissement de connaître la procédure à suivre. S'il y a des mentions SMR simplifiées dans le décret Valletoux, il y aura cohabitation de plusieurs procédures. Cependant, comme la fenêtre SMR est en 2025 en région PACA, chaque promoteur concerné aura l'opportunité de faire le point sur les mentions qui relèvent de chaque procédure et de déterminer les procédures qu'il doit suivre avec le tableau de bord du SI-AUTORISATIONS. Cependant, étant donné que les promoteurs sont invités à avoir la mention « polyvalent » pour fluidifier la filière, la simplification potentielle d'intégration de mentions SMR dans le décret Valletoux ne permettra pas de limiter le nombre de dossiers examinés par la CSOS.

En ce qui concerne la réforme des urgences, une mise en conformité à 12 mois sera obligatoire début 2025.

Alice Bares Fiocca précise que l'idée serait d'inverser le paradigme en commençant par la publication du SRS-PRS révisé sur le volet médecine d'urgence au regard des nouveaux décrets, puis d'intégrer la fenêtre « médecine d'urgence » dans le calendrier-fenêtres. Cela permettrait aux établissements, lors du dépôt des dossiers, d'être en conformité avec le SRS-PRS révisé et les dispositions des nouveaux décrets.

Stéphanie Gathion indique qu'il n'y a pas forcément de lien puisqu'il s'agit d'un choix de l'échelon national, qui a rédigé les décrets de cette manière en laissant une souplesse aux ARS dans la construction des calendriers-fenêtres. En région, par exemple, l'HAD va faire l'objet d'une révision du SRS mi-2025 en lien avec la définition des aires d'intervention géographique alors qu'il existe une obligation de mise en conformité des conditions d'implantation-conditions techniques de fonctionnement HAD pour début 2025. Chaque promoteur avec une HAD devra se mettre en conformité début 2025. Par ailleurs il ne faut pas oublier que la réflexion sur l'intégration des antennes de médecine d'urgence est soumise à des réflexions avec le CCAR (comité consultatif d'allocation des ressources). Cela nécessite un temps de travail et un échange avec le terrain. Il est donc opportun de bénéficier de ces 18 mois de travail pour réviser le SRS. Par ailleurs, concernant l'ouverture de la fenêtre « soins critiques » du 1^{er} février au 1^{er} avril 2024 : effectivement, des unités de surveillance continue sont en place aujourd'hui. Avec la réforme, une unité de surveillance continue ne pourra plus prendre en charge un patient qui relèverait du périmètre des soins critiques. Tous les établissements qui veulent candidater sur des mentions disponibles le feront dans la première fenêtre post SRS. Pour les USIP dérogatoires, il n'y a pas d'implantation. Le principe est le suivant : l'USC non adossée poursuivra son existence puisque la prorogation du CPOM est prévue et, en l'absence de possibilité de déposer un dossier sur la mention USIP dérogatoire, les USIP non adossées ne pourront plus accueillir de patients relevant du périmètre juridique des soins critiques.

Geneviève Védrines ajoute que dans les unités de soins critiques, des patients présentent des pathologies lourdes qui nécessitent une surveillance rapprochée. Un cahier des charges doit être publié par le ministère dans les semaines qui viennent pour reconduire les unités de surveillance continue⁶. Pour rappel, en PACA, le nombre de lits de réanimation par million d'habitants est le plus important de France. Ainsi, la mise en conformité de certains établissements nécessitera une extension de capacité. Le groupe de travail a décidé de relancer les travaux sur l'ensemble des textes régissant les USR et, dans ce cadre-là, le besoin sera réajusté et il se peut que des USIP dérogatoires soient créées.

⁶ Une note d'information DGOS confirme le maintien à titre transitoire des reconnaissances contractuelles des unités de surveillance continue hors champ des soins critiques (cf. NOTE D'INFORMATION N° DGOS/R3/2024/39 du 2 avril 2024 relative au maintien transitoire des reconnaissances contractuelles des unités de surveillance continue (USC) hors champ des soins critiques).

Alice Barès Fiocca indique qu'il est dommage de ne pas avoir fait le travail sur la typologie des patients pris en charge dans ce qui va advenir des soins intensifs polyvalents dérogoires. Ce sont des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües 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.

Sophie Dostert demande quel est le fondement juridique pour refuser à un établissement de déposer un dossier. La position a évolué dans l'Agence sur le fait d'instruire quand même un dossier pour lequel il n'y a pas de débouché. Le fondement juridique pourrait permettre d'échanger correctement avec des adhérents.

Stéphanie Gathion répond que tout le monde peut déposer un dossier. Cependant, quand il n'y a pas d'implantation disponible, une lettre d'irrecevabilité est transmise car il n'existe pas de réponse aux besoins de santé rendant le dossier recevable. Dans un premier temps, les services de l'ARS procèdent à la « complétude » afin de vérifier qu'une implantation est bien disponible et que le dossier contient les pièces prévues. Ensuite, dans un second temps en CSOS, la compatibilité au schéma est vérifiée de façon plus large, ainsi que la conformité aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement.

Sophie Dostert demande ce qui est prévu pour un promoteur qui veut déposer un dossier de demande d'autorisation pour la création d'un nouveau site. Quelle est l'interprétation qui est faite dans ce cas ? Son dossier est-il mis en concurrence avec les sites déjà autorisés ou recevra-t-il une lettre d'irrecevabilité ?

Stéphanie Gathion répond que le principe de la réforme des autorisations sanitaires est que le bilan OQOS est à zéro. Dès lors, n'importe qui peut déposer un dossier : les promoteurs historiques et les primo-accédants feront l'objet d'une mise en concurrence soumise à l'appréciation de la CSOS. Quand il y aura plus de demandeurs que d'implantations disponibles, des éléments seront ajoutés pour permettre à la CSOS de donner un avis éclairé.

François Valli indique que, concernant la médecine d'urgence, il est prévu que le président du CCAR vienne présenter une synthèse des travaux devant la CSOS. Par ailleurs, la médecine d'urgence a été réformée en décembre dernier et le document indique le chiffre de deux implantations de médecine d'urgence.

Stéphanie Gathion précise qu'il s'agit d'une implantation disponible et d'une conversion.

François Valli demande confirmation que ce sont uniquement les nouvelles implantations disponibles.

Stéphanie Gathion confirme cette information. La médecine d'urgence est atypique, puisque tout le monde ne redépose pas un dossier.

François Valli insiste sur la séance de la CSOS prévue le 16 juillet. Il serait dommage de ne pas avoir le quorum, ce qui obligerait à faire une CSOS de secours le 24 juillet.

2024 A 002	Révision du zonage applicable à la profession des orthophonistes	ARS PACA	Mme Charlotte Grimaldi-Monnoyer
-----------------------	---	-----------------	--

Rapporteur en séance : Charlotte Grimaldi-Monnoyer

Charlotte Grimaldi-Monnoyer présente le dossier. Pour rappel, le zonage applicable à la profession des orthophonistes est en vigueur depuis le 10 janvier 2019 en application du cadre conventionnel, notamment l'avenant 16 à la convention qui régit les rapports entre la profession et l'assurance maladie qui datait de décembre 2017. À chaque avenant conventionnel qui prévoit de réviser le zonage applicable à une profession, une méthodologie est précisée par un arrêté. Dans ce contexte, il s'agit de l'arrêté du 31 mai 2018. Le zonage actuellement en vigueur comporte 5 zones. Le contexte d'évolution renvoie à l'avenant 19 qui a été pris par les partenaires conventionnels le 25 février 2022 et un arrêté publié le 1^{er}

mars 2023, qui est venu modifier la méthodologie précédemment applicable à la révision du zonage. Certains points ont été transcrits dans cet arrêté méthodologique.

Pour rappel, l'article 1434-4 du code de santé publique précise que chaque directeur d'ARS détermine par arrêté les zones qui sont caractérisées comme sous-denses qui peuvent bénéficier d'aides à l'installation ou maintien d'installation. Des données 2022 ont été mises à disposition début novembre 2023 et permettent d'actualiser et d'enclencher la révision du zonage. Un indicateur a été actualisé pour caractériser les offres. La méthode reprend un certain nombre d'éléments de la précédente méthode qui sont maintenus, notamment le découpage territorial qui se fait au regard du bassin de vie et de l'indicateur de densité pondérée et standardisée. Le principe général renvoie à des parts de population qui sont fixées nationalement par la convention pour chaque catégorie de zones. Et ensuite, le classement des zones se construit par ce découpage classé par ordre décroissant de leur densité pondérée, standardisée. Des évolutions ont été introduites avec une fusion des zones très sous-dotées et des zones sous-dotées en zones qui constituent désormais les zones sous-denses. Un renforcement des dispositifs incitatifs a également été intégré puisque précédemment, au niveau national, la part de la population qui était en zones dites sous-denses était de 12,8 %, contre 17,5 % actuellement.

Une autre évolution est notable : il n'y a plus de marge de dotation régionale, c'est-à-dire que selon les zonages, l'ajustement qui était auparavant possible en région a été supprimé étant donné que cette disposition était très peu utilisée par les différentes régions.

Pour entrer dans le détail de la méthodologie, les bassins de vie sont des unités urbaines de plus de 30 000 habitants. L'indicateur de densité pondérée standardisée est calculé en se rapportant au bassin de vie et au nombre d'orthophonistes libéraux rapporté à la population du bassin de vie. Il y a une pondération par âge des orthophonistes. Tout est déterminé par l'arrêté qui fixe la méthode qui indique le nombre de bassins de vie qui doivent être placés selon la typologie de la zone.

Le nouveau zonage comporte désormais quatre zones : les zones sous-denses, les zones intermédiaires, les zones surdotées et les zones très surdotées. Le zonage applicable à la profession des orthophonistes est un zonage purement incitatif. Il n'y a pas de restrictions à l'installation par rapport à d'autres professions pour lesquelles les partenaires conventionnels ont choisi de limiter le conventionnement dans certains territoires. Les zones sous-denses permettent d'être éligible à des dispositifs d'aides conventionnelles avec trois contrats incitatifs : aide à l'installation, aide à la première installation et aide au maintien à l'installation. La région PACA est plutôt dans une position favorable en termes d'offre d'orthophonie. Au niveau national, 17,5 % de la population est placée en zone sous-dense, alors que ce taux est de 4,6 % en région PACA. Concernant les zones intermédiaires, la région est à peu près au même niveau que le national. Pour les zones très dotées, elles concernent 9,9 % de la population en France entière contre 11,8 % en PACA et, pour les zones surdotées, 27,7 % en PACA contre 12,3 % en France entière.

Afin de faire un bilan du précédent zonage, 26 contrats incitatifs ont été pris dans la région. Il est important de noter que c'est une profession assez dynamique en termes d'exercice coordonné, notamment en termes d'adhésion aux CPTS, puisqu'il s'agit de la profession paramédicale qui y adhère le plus après les infirmiers. 18,3 % des orthophonistes ont adhéré aux CPTS. En revanche, seuls 2,5 % de la profession exerce en maison de santé pluriprofessionnelle, alors que ce sont des modalités d'exercice qui rendent attractif une installation dans les territoires.

En annexe de la note, le classement par bassins de vie et départements proposé pour ce zonage est disponible. Une modification de la délimitation des bassins de vie rend assez difficile la lecture du nouveau zonage.

Une saisine a été faite auprès de l'URPS orthophoniste début janvier et un avis favorable de la profession a été émis le week-end dernier. Ces données seront présentées à la CRSA le 16 février prochain. En fonction des retours, le nouveau zonage pourra être appliqué⁷.

Par ailleurs, l'accès direct aux soins a été rendu possible par la loi RIST 2 et désormais, sur le territoire d'une CPTS, il est possible pour la population de consulter un orthophoniste sans prescription préalable d'un médecin. Cela pose la question de la prise en charge de ces consultations. Des CPTS demandeuses vont s'ouvrir à cet accès direct.

⁷ Depuis la loi n°2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels dite « Loi Valletoux » les conseils territoriaux de Santé sont désormais intégrés dans le circuit des concertations obligatoires pour prendre un arrêté de zonage (article L.1434-4 du CSP). Les 6 CTS de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sont saisis par écrit dans ce cadre.

Interventions :

Olivier Masini indique que l'arrêté portant sur la méthodologie a fusionné deux catégories en une puisque les zones sous-dotées et très sous-dotées sont désormais regroupées en zones sous-denses, ce qui ne veut pas dire grand-chose. Cette fusion n'est qu'un artifice pour tenter d'atténuer un déséquilibre d'accès aux soins. Pour le reste, la définition de zones intermédiaires qui regroupent près de 50 % des habitants de la région ne signifie nullement que ces populations aient un accès véritablement aisé à un orthophoniste, d'autant que la répartition entre les professionnels libéraux et salariés n'est pas disponible. En PACA, 6,6 % des orthophonistes sont salariés contre 7,7 % au niveau national, ce qui n'est pas sans répercussion sur la part des frais de santé engagés par les patients dans une région où plus de 17 % de la population vit sous le seuil de pauvreté. Au regard de cette cartographie régionale, il est à noter un déséquilibre d'accès entre une bande littorale par endroit surdotée et des territoires où l'accès à un orthophoniste peut s'avérer difficile. Ces territoires représentent plus d'un tiers du territoire notamment au nord du département au-dessus de la ligne formée par « Bédarrides - Gap - Barcelonnette » et au sud en dessous de la ligne « Châteaurenard - Sainte-Tulle - Saint-Martin-du-Gard ». Disposer de la densité d'orthophonistes salariés relevant du secteur hospitalier aurait permis d'avoir une vision plus équitable de la situation. Au regard de cette situation, la CGT s'abstiendra.

Guy Rey demande des détails sur les limites des différentes zones. D'autre part, quelle population est la plus concernée ? Les enfants ou des personnes atteintes de maladies particulières ?

Charlotte Grimaldi-Monnoyer répond qu'elle n'a pas les éléments pour répondre à cette question. Mais il est sûrement possible d'analyser ces données. Ce point sera remonté aux services études. Concernant la question des délimitations des zones, les données qui descendent du national ont déjà été traitées par les partenaires conventionnels qui ont acté cette classification. La fusion permet d'harmoniser par rapport aux zonages d'autres disciplines. Les frontières ont été définies nationalement et elles sont ensuite transcrites et pondérées au regard des forces en présence dans chaque région. La note mentionne la densité pondérée standardisée qu'il faudrait retravailler.

Nathaly Joyeux précise que le nombre d'orthophonistes à peu d'intérêt contrairement au taux d'orthophoniste par habitant. Concernant les âges, toutes les tranches d'âges sont citées dans le rapport. D'autre part, la fusion des deux catégories améliore la possibilité d'avoir des contrats incitatifs. Enfin, il y aurait en effet un intérêt à tenir compte du salariat qui se reporte sur le libéral, ce qui pose des difficultés et qui laisse de jeunes patients au sein des populations vulnérables sans soins.

François Valli rappelle que tous les tableaux sont à disposition dans la note.

Charlotte Grimaldi-Monnoyer ajoute que le fichier Excel au niveau national peut également être partagé.

Charlotte Grimaldi-Monnoyer précise, en attente de la mise en place du vote, que plusieurs révisions de zonage seront présentées en CSOS en 2024, notamment celui pour les chirurgiens-dentistes qui comportera des éléments d'incitation à l'installation, mais également de restrictions. Des marges de manœuvre seront laissées aux régions pour définir les endroits où il sera impossible de s'installer en tant que chirurgien-dentiste libéral et salarié. Des débats riches et animés auront lieu pour la délimitation de ces zones. D'autre part, la révision du zonage des masseurs-kinésithérapeutes sera entamée tout comme celle des sages-femmes et des médecins.

François Valli passe au vote sur le nouveau zonage orthophoniste.

M. le président fait passer au vote :

Votants : 22
Favorables : 19
Défavorables : 0
Abstentions : 3

Avis de la CSOS : Favorable

2024 A 003	Suivi du plan ministériel 2022-2026 pour le prélèvement et la greffe d'organes et tissus	ARS PACA AGENCE DE LA BIOMEDECINE (ABM)	Dr Fabrice Danjou Dr Marie-France Mercier Mme Nathalie Navarro
---------------	--	--	--

Rapporteur en séance : Fabrice Danjou, Marie-France Mercier, Nathalie Navarro

Fabrice Danjou présente ce point d'étape du plan ministériel 2022-2026 pour le prélèvement et la greffe d'organes et tissus qui a été élaboré avec l'Agence de la biomédecine et l'ARS. De prime abord, concernant les prélèvements sur sujets en mort encéphalique, au niveau national, 1 512 prélèvements ont été calculés dans le cadre du plan national. Au niveau régional, le niveau est proportionnellement supérieur, même s'il est en stagnation par rapport à 2022 (107 en 2022, 108 en 2023). Les résultats sont relativement bons, mais il convient de bien préparer les éléments qui pourraient être bloquants en 2024 pour s'assurer que les objectifs seront respectés car le couloir de croissance accélère à partir de cette année.

Sur les prélèvements DDAC M3, la situation est meilleure en région PACA qu'au niveau national. La région est dans les bornes du couloir de croissance prévues par le plan. L'APHM, Avignon et Toulon couvrent la majeure partie de l'activité. Fréjus, Antibes, Aix-en-Provence et Nice participent à un moindre niveau, tandis que Gap et Cannes réfléchissent à une future participation.

Le nombre de greffes total en PACA se situe dans la moyenne nationale, soit 364 greffes avec des bornes situées entre 349 et 393.

Concernant les greffes rénales à partir de donneurs vivants, qui sont un axe important du plan national, la région a de très bons résultats alors que le national est sur la borne inférieure. Marseille a nettement augmenté ses taux tout comme Nice, malgré une baisse du nombre total de greffes. La greffe rénale est particulièrement exposée à la disponibilité en blocs. Ce point a été inscrit au PRS.

Les cinq axes prioritaires régionaux sont les suivants : développer la transplantation rénale à partir de donneurs vivants, augmenter le taux de conversion, démarrer l'activité DDAC M3 au CHU de Nice, développer les prélèvements et greffes de tissus osseux et ligamentaires et structurer les réseaux régionaux.

Le premier point sur les transplantations rénales a été construit à partir des indicateurs suivants : le nombre d'inscrits en liste nationale d'attente, le nombre de transplantations rénales, le taux de donneurs vivants et les réunions de concertation pluridisciplinaire. En PACA, le taux de donneurs vivants est en augmentation. Des efforts doivent être faits sur l'inscription des patients et les RCP inter-équipes sur les dossiers complexes.

L'axe 2 est celui où la région connaît le plus de difficultés à travers le taux de conversion des donneurs en état de mort encéphalique, le taux d'opposition global, le taux d'opposition pour non-aboutissement pour contexte, le taux d'opposition des proches. Le taux de conversion est en diminution et reste plus bas qu'au niveau national. Le taux d'opposition est en augmentation et plus élevé qu'au national. Les difficultés sont particulièrement criantes sur l'APHM. Depuis 2018, la région PACA a un taux de conversion plus bas que la moyenne nationale, et la principale cause est l'opposition au don. Le taux d'opposition en PACA était inférieur au niveau national jusqu'en 2019, mais il est passé au-delà depuis. L'opposition par les proches est complexe et peu de leviers sont à disposition pour faire baisser ce taux, mais il est important de les identifier et de travailler à les faire évoluer. Il convient en parallèle d'agir fortement sur les cas de non-aboutissement pour contexte avec les équipes de coordination hospitalière. L'axe 3 concerne le CHU de Nice pour démarrer l'activité DDAC-M3 après signature de la convention. Les trois premiers indicateurs sont atteints et la signature de la convention est en attente.

Les objectifs de l'axe 4, concernant le développement de l'activité de prélèvements et de greffes de tissus osseux et ligamentaires, sont de continuer à répondre à l'ensemble des besoins de greffe en région, de répondre aux besoins des autres régions en augmentant et optimisant les prélèvements, et d'accompagner les techniques innovantes. Les indicateurs retenus sont les suivants : le nombre de donneurs prélevés, le nombre d'établissements investis dans le prélèvement, le nombre de prélèvements non réalisés ou difficultés d'accès au bloc, le nombre de demandes non satisfaites. Les objectifs sont partiellement atteints, il reste notamment à formaliser une astreinte de chirurgien préleveur et à accompagner les greffes innovantes.

Le dernier axe a pour objectif de structurer et dynamiser les réseaux régionaux de prélèvement et réseaux opérationnels de proximité et d'augmenter le nombre de donneurs potentiels transférés. L'indicateur retenu est le nombre de conventions signées et actualisées depuis moins de 5 ans. Une action

d'animation et une réunion de réseaux doivent être réalisées au minimum dans l'année. Les objectifs sont atteints pour les deux réseaux.

Concernant le PRS3, les groupes ont construit des objectifs qui répondent à ceux du plan national et aux enjeux régionaux. Le PRS3 a été élaboré autour de différents enjeux : continuer à soutenir l'activité des prélèvements des tissus, améliorer le recensement des prélèvements des donneurs décédés, assurer les accès aux blocs opératoires, aux réanimations, ainsi que le personnel nécessaire à leur fonctionnement, améliorer l'adressage précoce, les taux d'inscription sur liste d'attente et le nombre total de greffes, augmenter l'activité de greffe rénale à partir d'un donneur vivant et donner plus de visibilité aux activités de greffes pédiatriques. Des objectifs ont été associés, à savoir renforcer le personnel médical et paramédical, assurer l'accès aux réanimations et blocs chirurgicaux. Concernant les prélèvements, un travail de communication et de coordination sur le don d'organe pour améliorer le taux d'opposition doit être réalisé. Il faut également assurer les activités de greffes actuellement non réalisées en région, mettre en place le suivi commun ARS-ABM et décliner les objectifs du plan national greffe pour la pédiatrie afin de mieux objectiver l'activité pédiatrique.

Interventions :

Olivier Masini demande des précisions sur l'inversion de courbes sur le don d'organe au niveau régional. Existe-t-il une relation entre cette inversion de courbes et le changement de la réglementation ? Désormais, la démarche n'est plus d'émettre un avis favorable, mais de signifier un refus de prélèvement.

Fabrice Danjou indique qu'il n'existe pas de lien à sa connaissance.

Marie-France Mercier confirme et ajoute que le consentement présumé qui est en place en France (toute personne étant donneuse d'organe sauf si elle a exprimé de son vivant son opposition au don) nécessite de rechercher l'expression de refus sur les potentiels donneurs d'organes en interrogeant les proches. La loi ne permet pas à la famille de s'opposer, mais dans certaines situations difficiles, le prélèvement n'est pas réalisé au regard du contexte humain et émotionnel. La famille peut aussi témoigner d'une opposition pour laquelle il n'existe pas de preuve clairement objectivable, mais dont il faut tenir compte. Faire évoluer cela nécessite un travail d'information et de communication à travers des campagnes. Cette inversion des courbes doit être analysée comme multifactorielle. Le taux d'opposition est lié au niveau socioculturel puisque plus la population est en difficulté plus l'opposition est importante. Les situations d'injustice se ressentent sur le taux d'opposition. C'est un travail de fond et de long terme.

Fabrice Danjou ajoute que l'APHM a mené une campagne de communication relayée par l'ARS. L'APHM essaye de comprendre les déterminants à partir d'étude sur leur bassin de population. Ce travail louable est fondamental au vue de l'ampleur du problème, raison pour laquelle cette démarche doit être soutenue.

Guy Rey précise que cette inversion des courbes est nationale.

Jacques Levraut demande des précisions. Existe-t-il des objectifs en matière de prélèvement concernant le M3 qui va peut-être s'étendre dans la région avec d'autres autorisations ?

Fabrice Danjou répond qu'un point a été fait sur l'activité M3 au CHU de Nice.

Marie-France Mercier précise que la convention a été signée la veille au soir. L'activité peut démarrer au CHU de Nice dès qu'il y aura un donneur. Ce surcroît de donneurs M3 devrait normalement augmenter la quantité de greffons disponibles dans la région et donc le nombre de greffes. C'est bien évidemment une bonne nouvelle pour les receveurs qui sont en liste d'attente.

Jacques Levraut demande quel est le taux de refus entre M3 et mort encéphalique. Ce dernier contexte est souvent lié à un contexte aigu ou brutal, alors que le M3 laisse plus de temps.

Marie-France Mercier répond qu'au niveau national, le taux de refus M3 est supérieur au taux de morts encéphaliques. Mais elle ne dispose pas des taux précis. En tous cas, il n'y a pas moins de refus pour les M3 que pour les morts encéphaliques.

François Valli indique que la prochaine réunion de la CSOS aura lieu le 16 juillet et clôt la séance.

Séance levée à 11h37
