

Note pour les lecteurs

Pour faciliter la lecture de la révision du schéma régional de santé, toutes les modifications effectuées par rapport à la version du PRS publiée en 2023 apparaissent en bleu et tous les chiffres d'OQOS révisés sont signalés en rouge.

VOLET 1

RÉVISION JUIN 2025

Activités de soins
et équipements
matériels lourds
soumis à autorisation

Fiche 1.2

**Activité de chirurgie adulte
et pédiatrique**

Fiche 1.2

Activité de chirurgie adulte et pédiatrique

(hors chirurgie cardiaque, neurochirurgie et chirurgie des cancers)

Activité soumise à la réforme des autorisations des activités de soins issue de l'ordonnance n°2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.

I. L'offre en Île-de-France en octobre 2023

Au 1er octobre 2023, en Île-de-France, 146 établissements sont autorisés à exercer l'activité de chirurgie : 96 établissements sont situés à Paris et en petite couronne, dont 10 ont une activité de chirurgie pédiatrique et 11 possèdent une unité péri-opératoire gériatrique (UPOG).

- Paris : l'offre en chirurgie est majoritairement portée par le secteur privé. En revanche, si l'on prend en compte le niveau d'activité des établissements par groupe (en nombre de séjours et/ou nombre d'actes), c'est le secteur public – en l'occurrence l'AP-HP – qui est le plus représentatif.
- Hauts-de-Seine : l'offre est répartie entre établissements privés, publics et ESPIC, avec légèrement plus d'établissements privés assurant la prise en charge chirurgicale. Pendant la période du précédent PRS 2018-2022, une fusion de deux établissements privés a conduit à faire évoluer le nombre d'implantations à la baisse (passage de 22 à 21).
- Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne : dans ces deux départements, l'offre, majoritairement privée, est quantitativement satisfaisante (15 sites autorisés dans chaque département) et les volumes d'activité adéquats. Dans le Val-de-Marne, un regroupement de l'activité chirurgicale de deux établissements privés a eu lieu pendant la période couverte par le PRS2.

En grande couronne, 50 établissements de santé sont autorisés en chirurgie, avec une répartition assez homogène ; 8 établissements ont une activité de chirurgie pédiatrique, 9 ont une UPOG.

- Seine-et-Marne : l'offre est majoritairement publique. Les activités chirurgicales sont moins importantes et moins développées comparées aux autres départements, pour une population similaire. À ce jour, 12 établissements pratiquent la chirurgie dans le département. Seul un d'entre eux dispose d'une UPOG.
- Yvelines, Essonne et Val-d'Oise : sur ces trois territoires, l'offre est relativement équilibrée entre les secteurs privé et public. Le département des Yvelines compte 14 établissements autorisés, l'Essonne en compte 13 et le Val-d'Oise en compte 11. Sur ces territoires, deux unités de chirurgie ambulatoire (UCA) ont été mises en œuvre, l'une dans les Yvelines, l'autre dans l'Essonne. Ces deux UCA se trouvent dans des établissements publics.

Ainsi, on peut conclure que l'offre chirurgicale est distribuée dans une logique territoriale optimisée, avec des GHT et des groupes privés couvrant l'intégralité de la région.

II. Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Les décrets n° 2022-1765 et n° 2022-1766 créent une nouvelle section dans le Code de la santé publique, dédiée à l'activité de chirurgie (l'activité de chirurgie cardiaque et l'activité de neurochirurgie sont traitées aux points 11 et 13 du présent PRS, la pratique thérapeutique de chirurgie des cancers, régie par un autre décret est traitée au point 19).

L'activité de chirurgie y est définie comme étant la prise en charge à visée diagnostique ou thérapeutique des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter :

- un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel quelle que soit la voie d'abord, d'une part ;
- la mise en œuvre d'une continuité des soins, d'autre part.

Il est établi que l'activité de chirurgie peut être réalisée selon trois modalités : **la chirurgie réalisée chez les patients adultes, la chirurgie pédiatrique ou la chirurgie bariatrique.**

De manière générale, les décrets affirment la place centrale de la chirurgie ambulatoire dans la prise en charge chirurgicale. Ils rappellent par ailleurs que tout établissement autorisé en chirurgie organise la prise en charge chirurgicale des patients adressés par les structures de médecine d'urgence. Les nouvelles conditions d'implantation requises pour exercer l'activité de chirurgie imposent d'avoir accès à une unité de soins critiques sur site ou par convention. Elles créent enfin l'obligation pour les équipes chirurgicales de renseigner un registre des pratiques et de tenir compte d'indicateurs de vigilance.

Les nouveaux textes créent un cadre réglementaire pour la prise en charge des enfants et pour la chirurgie bariatrique.

Prise en charge chirurgicale des enfants

Les textes posent tout d'abord le principe selon lequel les établissements où sont opérés des enfants doivent disposer d'une autorisation de chirurgie pédiatrique. Néanmoins, de nombreuses exceptions sont prévues à cette règle, permettant à des établissements autorisés en chirurgie de l'adulte de prendre en charge des enfants, sous certaines conditions strictement définies. Le nouveau cadre réglementaire conduit à faire profondément évoluer la prise en charge chirurgicale **programmée** des enfants en dehors des urgences, dans les pratiques thérapeutiques suivantes : chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie gynécologique et chirurgie urologique.

- Les nouveaux textes formalisent des bornes d'âge, la chirurgie pédiatrique étant définie comme la chirurgie des personnes de moins de 15 ans (des dérogations existent cependant).
- Ces textes imposent que tout établissement autorisé en chirurgie adulte prenant en charge des enfants dans les situations d'urgence adhère à un dispositif spécifique régional (DSR) de chirurgie pédiatrique.

- Enfin, il est à noter que dans le cadre de la réforme de la réglementation relative aux soins critiques pédiatriques (décrets n° 2022-690 et n° 2022-694 du 26 avril 2022 article R. 6123-36 du Code de la santé publique), l'obtention d'une autorisation d'activité de soins critiques pédiatriques est subordonnée à l'existence sur site de trois unités : une unité d'hospitalisation de chirurgie adaptée à l'âge, une unité de médecine adaptée à l'âge, un service d'urgence prenant en charge les moins de 18 ans. Pour disposer d'une autorisation de soins critiques pédiatriques, il convient également de disposer d'un secteur opératoire avec des moyens de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Le secteur opératoire et la SSPI peuvent être mis à disposition sur site ou par convention.

Chirurgie bariatrique

Les établissements qui exercent cette activité doivent notamment remplir les critères suivants :

- disposer d'une autorisation de chirurgie adulte précisant la pratique thérapeutique de la chirurgie viscérale et digestive ;
- disposer d'une équipe chirurgicale composée de médecins spécialisés en chirurgie viscérale et digestive justifiant d'une expérience dans la pratique d'actes de chirurgie bariatrique, dont au moins un médecin justifiant d'une formation universitaire dans la pratique d'actes de chirurgie bariatrique ;
- permettre l'accès à une unité de réanimation (**sur site ou par convention**, dans un délai conforme à la sécurité des soins), à une endoscopie interventionnelle et à un scanner adapté en permanence (24 h/24, 7 j/7) ;
- réaliser un minimum de 50 actes par an selon une liste d'actes précisément définis ;
- disposer d'une organisation qui permet de délivrer à chaque patient un avis validant la prise en charge chirurgicale, fondé sur une concertation pluridisciplinaire et traduit dans un programme personnalisé de soins remis au patient. La concertation pluridisciplinaire comporte au minimum : un chirurgien, un endocrinologue-diabétologue-nutritionniste ou hépato-gastro-entérologue, un psychiatre ou psychologue, un diététicien, éventuellement un pédiatre et, en tant que de besoin, un masseur-kinésithérapeute ou un professionnel justifiant d'une formation en activité physique adaptée.

Par ailleurs, les établissements de santé doivent également remplir des objectifs qualitatifs qui sont détaillés dans la fiche Obésité de l'axe 2 de ce PRS. **En complément, un conventionnement entre les établissements autorisés pour la chirurgie bariatrique et le centre spécialisé de l'obésité de leur territoire est un objectif à atteindre durant la durée de validité du PRS pour garantir la qualité et la sécurité du parcours.**

Précision ajoutée à l'occasion de la révision PRS de juin 2025

III. Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités Territoriales	Activités Régionales
Chirurgie	Chirurgie de l'adulte	Chirurgie bariatrique Chirurgie pédiatrique	

IV. Évaluation des besoins à 5 ans

Selon la population, le niveau socio-économique et l'âge :

En Île-de-France, la population est à peu près similaire dans les différents départements de la région, à l'exception de Paris.

Selon l'Insee, la population francilienne va augmenter dans les années à venir, passant de 12,4 millions d'habitants en 2022 à 12,7 millions en 2032.

La proportion des personnes âgées de plus de 65 ans va augmenter de 3 points, passant de 15 % en 2020 à 18 % en 2030. Face à ce vieillissement de la population, il est primordial de mettre en place une organisation spécifique à la prise en charge des personnes âgées et composée d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des gériatres.

Près de 25 % de la population francilienne est composée de personnes de moins de 19 ans, d'où la pertinence de la mise en place d'une prise en charge chirurgicale spécialisée pour cette tranche d'âge, impliquant des équipes pluridisciplinaires en pédiatrie : urgentiste, pédiatre, radiologue, anesthésiste et chirurgien.

Les personnes en situation de précarité sociale recourant davantage aux soins non programmés, et constituant une part importante de la population du Val-de-Marne, du Val-d'Oise et de la Seine-Saint-Denis, il convient de développer cet accès en proximité.

Selon l'évolution des pratiques :

Dans les cinq années à venir, la chirurgie va poursuivre son évolution non pas en termes de volume, mais au niveau :

- technologique : avec une hyperspécialisation, une diminution de l'invasivité, le développement des actes interventionnels et une intégration de l'imagerie et du numérique (robot) voire de l'intelligence artificielle, et enfin de la médecine interventionnelle ;
- de la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire (jusqu'à 80 % selon le Haut Conseil de la santé publique - 2021), avec l'aide des hébergements temporaires non médicalisés ;
- du développement et de la sécurisation de la chirurgie hors bloc ou « office surgery » dans la limite des textes réglementaires.

Ces éléments devraient conduire progressivement à une réduction théorique du nombre d'interventions chirurgicales, mais les actes interventionnels sont souvent pratiqués au bloc opératoire, notamment lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie générale, et le vieillissement de la population va conduire à une augmentation des interventions, d'où – comme indiqué en introduction – un volume d'interventions dans les blocs opératoires assez similaire.

Selon l'évolution des ressources humaines en nombre suffisant :

La période 2012-2022 a donné lieu à une augmentation du nombre de chirurgiens et de médecins anesthésistes-réanimateurs dans la plupart des départements, mis à part dans les

départements des Yvelines, de l'Essonne et de la Seine-et-Marne, où une baisse de respectivement 5, 7 et 4 % pour les chirurgiens et 56, 22 et 28 % pour les anesthésistes a été constatée.

En ce qui concerne les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), on note une baisse significative des effectifs depuis 2012 dans tous les départements. Cette diminution varie de 20 % dans le Val-de-Marne à 48 % dans les Yvelines.

Une prévision de ressources humaines à l'échéance de 2028 a mis en évidence une évolution positive du nombre des personnels médicaux de 15-20 %. Toutefois, cette évolution doit être relativisée du fait de la diminution du temps de travail des équipes, liée notamment à des évolutions sociétales.

V. Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

Dans le cadre du PRS3, les objectifs qualitatifs en termes d'offre de soins en chirurgie sont les suivants :

Objectif 1 : Renforcer la performance et la qualité

Les facteurs qui contribuent à la performance, c'est-à-dire à de meilleurs résultats en termes de santé, sont multiples dans la pratique médicale, et notamment en chirurgie. Les éléments prioritaires sont les suivants :

- Les ressources humaines (RH) : le nombre, la recertification, l'équipe et la pluridisciplinarité

Dans les cinq années à venir, il est attendu une augmentation du nombre de médecins (+ 20 %) et une augmentation modérée des personnels paramédicaux (+ 10-15 %). La performance nécessite des personnels médicaux répondant aux obligations de certification périodique, un travail en équipe, un accès à l'innovation et la prise en compte de la qualité de vie au travail.

- L'innovation : appui méthodologique et observatoire ou registre

Afin de diffuser les innovations, l'ARS continuera d'appuyer les établissements en accompagnant la diffusion des innovations (exemple : diffusion de guides méthodologiques à l'image de celui réalisé pour la chirurgie assistée par robot).

- Les parcours : chirurgie ambulatoire et épisode de soins

Le développement de la chirurgie ambulatoire demeure une priorité, mais nécessite un encadrement en termes de qualité. Ainsi, une réflexion de type « épisode de soins » pourrait permettre de valoriser une prise en charge péri-opératoire. Ce sujet est important et nécessite un programme permettant de créer des liens étroits avec la médecine de ville, faute de quoi la chirurgie ambulatoire va se développer avec une sécurité non optimale, notamment pour la chirurgie lourde.

- L'apport du numérique : améliorer la qualité de la prise en charge à toutes les phases du parcours chirurgical (décision, préparation, simulation, organisation, réalisation du suivi post-opératoire).
- La nécessité d'une transition écologique

Les blocs opératoires sont à l'origine de 25 % des gaz à effet de serre des établissements de santé, d'où la nécessité d'un changement des pratiques en démarrant avec une auto-évaluation. À horizon 2028, une sélection d'établissements sera labellisée « green bloc ».

- Une évaluation multiple des pratiques : registres, recensement des événements indésirables graves et indicateurs de vigilance, dont les questionnaires usagers PREM (patient-reported-experience measures) et PROM (patient-reported-outcome measures).

Les usagers souhaitent et doivent avoir une place importante dans les critères d'évaluation de leur prise en charge chirurgicale. L'ARS continuera de soutenir le développement de ces outils.

Objectif 2 : Veiller à la pertinence des soins

Un soin pertinent est le juste soin (actes, prescriptions, prestations) au bon patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles (recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), des sociétés savantes, etc.). Cela signifie observer et analyser les pratiques en chirurgie, puis accompagner les équipes si nécessaires.

Pour ce faire, l'ARS continuera de s'appuyer sur l'Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire (ORCA). L'ORCA est un groupe professionnel missionné par l'ARS qui analyse les pratiques et diffuse une culture de la qualité et de l'innovation parmi les professionnels de la chirurgie en Île-de-France. L'ARS établit par ailleurs un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

La production de tableaux de bord en chirurgie permet d'analyser la pertinence des actes, puis de proposer un programme d'amélioration. C'est une priorité en chirurgie ambulatoire, du fait des écarts de pratiques trop importants en Île-de-France (30 % à 80 %). D'où la question : comment réduire ces écarts de pratiques en chirurgie ambulatoire ? Ce sujet a été présenté à l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) et sera abordé au sein d'un groupe de travail spécifique.

Objectif 3 : Équilibrer l'offre de soins en chirurgie sur les différents territoires

La pratique chirurgicale doit être équilibrée au niveau des territoires, avec plusieurs priorités :

- Dans la grande couronne, l'accès chirurgical doit être maintenu au sein des GHT (Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne et Val-d'Oise) ;
- La gradation des soins doit être structurée et **l'attractivité des ressources humaines** préservée (poste partagé avec des établissements de santé disposant d'un plateau médico-technique innovant, partage des contraintes pour les gardes et astreintes, accès à la formation, conditions de vie) ;

- Des **projets médicaux partagés au niveau territorial** qui devraient davantage impliquer les ressources humaines de chaque site et probablement les CHU, permettant un travail en commun, un maintien des compétences, un partage des lignes de permanence des soins et également une connaissance des pratiques et des établissements dès la formation des étudiants par leur affectation dans ces sites ;
- Une limitation du nombre de sites associée à un renforcement des équipes devrait permettre une meilleure adéquation entre les besoins et les lignes de permanence des soins.

Objectif 4 : Garantir à tous une offre de soins en chirurgie accessible :

L'accès à des soins chirurgicaux de qualité et à l'innovation doit être garanti pour tous les patients, avec cinq publics prioritaires :

- Gériatrie « UPOG » : le vieillissement de la population nécessite l'intégration des gériatres dans la prise en charge chirurgicale au niveau de chaque territoire ;
- Pédiatrie : l'offre de soins doit être graduée afin de permettre un accès de proximité pour les problèmes courants nécessitant des actes chirurgicaux, tout en libérant les centres experts pour leurs activités de recours. L'élargissement, au second semestre 2023, des missions du dispositif spécifique « ACHILE¹ » comme dispositif spécifique régional (DSR) devrait améliorer cette offre ;
- Précarité : les patients en situation de précarité ne consultent souvent qu'en urgence, d'où la nécessité d'une permanence des soins et d'un accès aux consultations sans rendez-vous ;
- Handicap - UPOH (Unité péri-opératoire et handicap) et hotline : il est nécessaire d'augmenter la compétence des équipes chirurgicales dans le domaine du handicap et d'identifier des sites volontaires pour mettre en place des UPOH par territoire ainsi qu'un centre d'appel régional, très utile notamment en cas d'urgence ;
- Posthectomies : en Île-de-France, près de 30 000 posthectomies sont réalisées annuellement chez les enfants, en chirurgie programmée. L'offre de chirurgie urologique est organisée de manière à réaliser ces actes. Ces prises en charge requièrent dans la plupart des cas une hospitalisation ambulatoire. À défaut d'une autorisation de chirurgie pédiatrique, la réalisation de posthectomies chez les enfants pourra être exercée dans le cadre d'une autorisation de chirurgie adulte, avec la double pratique thérapeutique spécifique « chirurgie plastique reconstructrice » et « chirurgie urologique ». L'autorisation mentionnera que la pratique thérapeutique spécifique de « chirurgie plastique reconstructrice » est dédiée à la réalisation des posthectomies chez les enfants.

Plusieurs indicateurs permettront de suivre ces objectifs qualitatifs sur la période du PRS3 :

- Le taux de chirurgie ambulatoire
- L'évolution des RH dans la grande couronne
- Le délai de prise en charge chirurgicale chez les personnes en situation d'handicap
- Le nombre d'établissements ayant mis en place des PROMs
- Le nombre de blocs opératoires labellisés « green blocs »

¹ ACHILE : Association urgence infantile en Île-de-France

VI. Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

La répartition des établissements autorisés en chirurgie est équilibrée sur le territoire régional, excepté en chirurgie pédiatrique et en matière de prise en charge chirurgicale des personnes âgées (UPOG). En effet, en 2023, dans le département de Seine-et-Marne, un seul établissement de santé dispose d'une UPOG et dans le département du Val-d'Oise, un seul établissement a une activité de chirurgie pédiatrique.

La prise en charge chirurgicale des personnes en situation de handicap est une préoccupation complémentaire aussi bien pour les urgences, pour la chirurgie courante que pour la chirurgie spécialisée en rapport avec des complications directement liées à certains handicaps.

La recherche de qualité dans la prise en charge chirurgicale de la population en Île-de-France implique une meilleure répartition de l'offre de soins en chirurgie dans le territoire. Afin d'assurer cette meilleure répartition, il est primordial :

- de développer une offre attractive pour les ressources humaines à travers les projets médicaux partagés adaptés ;
- de mettre en place une organisation avec une gradation des soins au niveau du territoire ;
- d'adapter la permanence des soins des établissements de santé aux besoins des territoires ;
- de faciliter l'accès aux UPOG pour les personnes âgées dans tous les départements, notamment en Seine-et-Marne où seul un établissement de santé en dispose actuellement ;
- de favoriser l'accès en proximité aux soins non programmés ainsi qu'à la permanence des soins notamment pour les populations en situation de précarité, en particulier dans le département de la Seine-Saint-Denis où le taux de précarité est de 28% ;
- de faciliter l'accès aux unités périopératoires spécialisées adaptées aux personnes en situation d'handicap et, plus généralement, à une meilleure prise en charge dans tous les départements ;
- d'assurer une meilleure offre des soins en ce qui concerne la chirurgie pédiatrique dans tous les départements, notamment le Val-d'Oise où un seul établissement de santé a une activité de chirurgie pédiatrique, d'où l'objectif de passer à 3 établissements ayant une activité en chirurgie pédiatrique.

VII. Révision de juin 2025 du schéma de chirurgie

Au terme de la procédure de délivrance des autorisations de chirurgie bariatrique lors de la campagne de 2024, il est apparu que le nombre d'implantations prévu était insuffisant pour répondre aux besoins de la population du département de Seine-et-Marne. En conséquence, une procédure de besoin exceptionnel a été lancée. Il convient donc de modifier le projet régional de santé et d'augmenter le nombre d'implantations de chirurgie bariatrique en Seine-et-Marne, en cohérence avec les besoins identifiés dans le cadre de cette procédure.

Paragraphe révisé en juin 2025 afin de procéder à des ajustements de l'offre de soins.

VIII. Implantations opposables : Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023 (réglementation en vigueur jusqu'en juin 2023).

Les **autorisations** en vigueur en octobre 2023 couvrent les futures mentions de chirurgie adulte, chirurgie pédiatrique et chirurgie bariatrique

Tableau 2 : Photographie de l'existant autorisé à octobre 2023.

Les **implantations** couvrent les futures mentions de chirurgie adulte, chirurgie pédiatrique et chirurgie bariatrique

Zone de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023 selon la réglementation en vigueur jusqu'au 1 ^{er} juin 2023	
	HC	HDJ
Paris-petite couronne		
75	39	45
92	21	21
93	15	15
94	15	15
Grande couronne		
77 nord	6	6
77 sud	6	6
78 nord	8	9
78 sud	5	5
91 nord	5	6
91 sud	6	7
95 est	2	2
95 ouest	3	4
95 sud	4	5
Total	135	146

Zone de répartition des activités = proximité	Implantations au 01/10/2023 existantes
	Implantations
Paris-petite couronne	
75	45
92	21
93	15
94	15
Grande couronne	
77 nord	6
77 sud	6
78 nord	9
78 sud	5
91 nord	6
91 sud	7
95 est	2
95 ouest	4
95 sud	5
Total	146

Tableau 3 : Implantations cibles (OQOS)

Mention chirurgie adulte

Chirurgie adulte		
Zone de répartition des activités = proximité	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris-petite couronne		
75	43	44
92	21	21
93	15	16
94	15	15
Grande couronne		
77 nord	6	6
77 sud	5	6
78 nord	9	9
78 sud	5	5
91 nord	6	6
91 sud	6	7
95 est	2	2
95 ouest	4	4
95 sud	5	5
Total	142	146

Mention chirurgie pédiatrique

En chirurgie pédiatrique, les conditions sont contraignantes mais sécuritaires pour la prise en charge des enfants : unité spécifique, personnel spécialisé, accès à une unité de soins critiques, ainsi que la participation au dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique.

Les besoins d'une chirurgie de proximité sont nécessaires en tenant compte de la gradation proposée antérieurement d'où une augmentation de 7 autorisations principalement en grande couronne.

Chirurgie pédiatrique		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris-petite couronne		
75	4	4
92	2	4
93	3	3
94	5	5
Grande couronne		
77	3	4
78	3	4
91	4	5
95	1	3
Total	25	32

Mention chirurgie bariatrique

En chirurgie bariatrique, les conditions sont également plus contraignantes mais sécuritaires avec deux critères : un seuil à 50 actes réalisés en 2022 et un accès (sur site ou par convention) à une réanimation et un plateau technique 24h/24 adapté aux patients concernés.

La borne basse correspond aux établissements au-dessus du seuil et avec une unité de réanimation ; la borne haute correspond aux établissements au-dessus du seuil dont une grande partie devrait pouvoir avoir un accès proche à une réanimation et un plateau technique 24h/7j adapté.

Chirurgie bariatrique		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris-petite couronne		
75	7	12
92	4	5
93	5	9
94	1	4
Grande couronne		
77	2	5 ²
78	3	6
91	4	6
95	3	7
Total	29	54

² Cf VII. Révision de juin 2025 du schéma de chirurgie