

ENQUÊTE NATIONALE SUR LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ 2024

RAPPORT FINAL

Décembre 2024

Sommaire

1. UNE MOBILISATION IMPORTANTE DES PROFESSIONNELS ET DES ÉTABLISSEMENTS, DONNANT À VOIR UN ÉTAT DES LIEUX DÉTAILLÉ DE L'ACTIVITÉ DE PDES	p.3
1.1 Un nombre important de lignes recensées par les établissements, qui correspondent majoritairement à des astreintes	p.4
1.2 Les lignes partagées : une organisation faiblement mobilisée	p.5
2. DES DONNÉES TÉMOIGNANT DE LA FORTE IMPLICATION DU SECTEUR PUBLIC DANS L'ACTIVITÉ DE PDES	p.6
2.1 L'enquête recense l'activité réalisée au titre de la permanence et de la continuité des soins sur les lignes concernées	p.6
2.2 Le secteur public assure la majorité des prises en charge le soir et le week-end	p.7
3. UNE RÉPARTITION DIFFÉRENCIÉE DE L'ACTIVITÉ SELON LES GROUPES DE SPÉCIALITÉS	p.9
3.1 Les volumes d'activité par ligne sont variables d'un groupe de spécialités à l'autre	p.9
3.2 Une mobilisation variable des secteurs selon les spécialités	p.10
4. D'IMPORTANTES RESSOURCES MÉDICALES MOBILISÉES POUR LA MISSION DE PDES	p.12
4.1 Les lignes de garde	p.14
4.2 Les lignes d'astreintes	p.16
4.3 Analyse globale de la distribution du nombre de praticiens par groupe de spécialité et selon le type de permanence (garde ou astreinte)	p.17
5. CONCLUSION	p.18
ANNEXE : MÉTHODOLOGIE D'EXPLOITATION DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE	p.21
1 Collecte des fichiers de réponse des établissements avec le concours de l'ATIH et des ARS	p.21
2 L'exclusion des fichiers non exploitables et des doublons	p.21
GLOSSAIRE	p.28



Organisée par les agences régionales de santé (ARS), la **permanence des soins en établissement de santé (PDESES)** garantit l'accueil et la prise en charge non programmée des patients nouvellement hospitalisés¹ dans un établissement de santé la nuit, le week-end à partir du samedi après-midi, et les jours fériés². Les praticiens qui l'assurent peuvent être de garde ou d'astreinte³. **La PDESES est reconnue comme une « mission de service public »⁴.**

Les schémas régionaux de santé (SRS) arrêtés par les ARS présentent un volet dédié à la PDESES qui permet d'identifier, par spécialité, les besoins spécifiques de chaque territoire. Sur la base de ce schéma, les lignes de garde et d'astreinte sont réparties entre établissements de santé.

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) consacré à la PDESES publié en juin 2023⁵ fait état des fragilités du fonctionnement du dispositif : déséquilibre des contributions entre secteurs public et privés, difficulté à mettre en œuvre des organisations partagées, évolution des attentes des professionnels, pour lesquels la maîtrise de leur temps de travail et l'articulation avec la vie personnelle prennent une part croissante à côté des seules questions de rémunération. Il formule 34 recommandations visant à améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des professionnels de santé. L'IGAS préconise notamment la réalisation d'une enquête nationale d'activité en période de permanence des soins, afin de fournir aux ARS un état des lieux de l'activité régionale et de les aider à élaborer le volet « permanence des soins » de leur SRS. Cette enquête permet également de recueillir des données homogènes et actualisées sur l'organisation de la PDESES sur l'ensemble du territoire, la dernière enquête de cette envergure datant de 2011.

Sur la base de cette recommandation, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé le 11 mars 2024 une enquête relative au fonctionnement de la permanence des soins dans les établissements de santé ayant une activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO). Le périmètre de cette enquête se limite aux services MCO hors services d'urgence (SU)⁶.

Cette enquête a pour but de recenser, pour chaque établissement, des données sur le fonctionnement des lignes de PDESES. Les données recueillies sont les suivantes :

1. Ce sont les « nouveaux patients » tels qu'ils sont décrits dans la circulaire DGOS/R5 n° 2011-311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) en référence la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

2. Article R. 6315-1 du Code de la Santé publique : « 1° Tous les jours de 20 heures à 8 heures ; 2° Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ; 3° En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié ».

3. La garde correspond à la présence du praticien en permanence au sein de l'établissement de santé pendant la période de PDESES. L'astreinte n'implique pas la présence permanente du praticien sur site, mais elle implique que celui-ci soit joignable à tout moment pendant la période de PDESES, et puisse se déplacer au sein de l'établissement dans des délais compatibles avec la qualité et la sécurité des soins.

4. Article L. 6314-1 du Code de la Santé Publique.

5. IGAS, La permanence des soins en établissements de santé (PDESES) face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter - Répartition, soutenabilité et reconnaissance, juin 2023.

6. Les services d'urgence des établissements privés à but lucratif sont inclus dans le périmètre de l'enquête car leur financement relève du FIR PDESES, contrairement aux établissements publics et privés non lucratifs qui sont exclus de l'analyse.

le nombre de lignes, en distinguant les gardes, les astreintes et les organisations mixtes (périodes de garde et d'astreinte se succédant au cours de la semaine), par établissement et par de spécialité. Dans le présent rapport d'analyse, les différentes spécialités concernées ont été regroupées en 7 groupes : médecine, chirurgie, soins critiques, anesthésie, activités interventionnelles, obstétrique, spécialités médico-techniques⁷ ;

l'activité réalisée en période de PDSSES, que ce soit pour la prise en charge des nouveaux patients (permanence des soins) ou pour les patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement (continuité des soins). En effet, ce sont les mêmes praticiens qui prennent en charge les deux types de patients pendant la période de PDSSES ;

Les ressources humaines mobilisées sur chaque ligne de PDSSES (praticiens de plein exercice, y compris les praticiens intérimaires, et praticiens « juniors » : internes, docteurs juniors et praticiens à diplôme étranger hors union européennes (PADHUE).

Le recueil des données correspond à la période courant du 11 mars au 8 avril 2024⁸. Les résultats ont pu être consolidés par les établissements jusqu'au 1^{er} juillet avant d'être déposés sur une plateforme dédiée⁹.

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus de l'analyse, par le niveau national, de **données déclaratives** des établissements. Si un certain nombre de contrôles de cohérence et/ou de redressements statistiques (voir détails *infra*) a pu être réalisé par la DGOS avec l'appui des ARS, il est important de souligner que les résultats à l'échelle nationale doivent être interprétés avec précaution du fait des modalités de réponse à l'enquête (caractère déclaratif de l'enquête, non-exhaustivité des répondants, potentielles erreurs de saisie par les établissements, difficulté pour le niveau national de réaliser des contrôles de cohérence sur certaines données dont les données d'activité qui ne peuvent pas être fiabilisées par d'autres sources telles que le PMSI¹⁰) et des difficultés rencontrées quant à l'exploitation de certains fichiers (non-respect de format, qualité relative de certaines données...). Par ailleurs, cette synthèse ne doit pas se substituer à l'analyse faite par les ARS en lien étroit avec les établissements de santé et les acteurs impliqués dans la permanence des soins pour la définition du volet PDSSES du schéma régional de santé (SRS).



1. UNE MOBILISATION IMPORTANTE DES PROFESSIONNELS ET DES ÉTABLISSEMENTS, DONNANT À VOIR UN ÉTAT DES LIEUX DÉTAILLÉ DE L'ACTIVITÉ DE PDSSES

L'enquête a été adressée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) aux établissements et relayée par les ARS et les représentants des établissements et des professionnels. Pour estimer la représentativité du nombre d'établissements ayant répondu, il a été demandé aux agences régionales de santé de vérifier, pour chaque établissement médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) de leur région, s'il réalisait une activité de permanence des soins. Ces informations ont été croisées avec les données des fichiers recueillies dans le cadre de l'enquête. Au total, 734 établissements juridiques¹¹ (représentant près de 985 sites géographiques)¹² ont répondu à l'enquête.

7. La liste complète des spécialités de chaque groupe figure à la fin de l'annexe méthodologique.

8. Le calendrier initial de l'enquête prévoyait un recueil du 15 janvier au 9 février. Ce calendrier a été décalé à la demande des ARS et des fédérations hospitalières.

9. Quelques fichiers ont été acceptés directement jusqu'à début juillet par mail, envoyés par les établissements n'ayant pu réaliser le dépôt sur la plateforme dédiée.

10. Les données d'activité et d'effectifs de personnels ont été corrigées en détectant les valeurs aberrantes au regard de la distribution des données par spécialité, puis en remplaçant ces valeurs aberrantes par la médiane des valeurs réalistes sur cette même spécialité.

11. Correspondant aux FINESS Juridiques recensés dans l'enquête.

12. Ils correspondent à 942 fichiers avec un numéro FINESS géographique identifié et 43 fichiers n'ayant pu être rattachés à un site géographique et seulement identifiés par leur numéro Finess juridique.

Au sein de ces établissements répondants, il peut être précisé que :

— 31 CHU ont répondu à l'enquête

— 15 CLCC ont répondu à l'enquête (dont 2 ont été exclus car ne rentrant pas dans le périmètre de l'enquête).

Encadré 1 : Représentativité des résultats de l'enquête : taux d'établissements répondants

Les ARS¹³ ont identifié parmi les sites MCO de leur région ceux qui sont concernés par la PDSES. Il ressort de ce contrôle que plus de 80 % des établissements pour lesquels une activité de permanence des soins est connue de l'ARS ont répondu à l'enquête. Cela ne signifie pas pour autant que les établissements concernés ont recensé l'ensemble de leur activité de permanence des soins toute spécialités confondues.

Parmi les répondants figurent également des sites que les ARS n'identifiaient pas comme réalisant de la PDSES. Ils ont bien été retenus dans le champ des analyses du présent rapport.

Établissements répondants

Nombre d'établissements juridiques identifiés par les ARS comme participant à la PDSES	745
Nombre d'établissements juridiques répondants	734*
Dont nombre de CHU	31
Dont nombre de CLCC	15
Nombre d'établissements juridiques répondants pré identifiés par les ARS comme participant à la PDSES	601
Taux de réponse à l'enquête des établissements juridiques pré-identifiés par les ARS comme participant à la PDSES	80%
Nombre de sites géographiques répondants à l'enquête	985

* Parmi les répondants, certains n'étaient pas identifiés par les ARS comme réalisant une activité de PDSES

** $601/745 = 80\%$

1.1 Un nombre important de lignes recensées par les établissements, qui correspondent majoritairement à des astreintes

L'enquête a permis de recenser 11 339 lignes d'activité réparties sur 985 sites géographiques, dont seules 9 906 relèvent du périmètre de l'enquête, effectuées au sein de 912 sites¹⁴. Seules les lignes de PDSES assurées par au moins un praticien de plein exercice pour une des spécialités retenues dans le champ de l'enquête et ne se limitant pas à la seule continuité des soins ont été retenues pour la présente analyse. Ainsi, 267 lignes dont les spécialités hors champ (notamment la médecine d'urgence), 687 lignes supplémentaires ne renseignant que de l'activité de continuité des soins et 410 lignes sans mention d'un praticien de plein exercice ont été écartées de l'analyse¹⁵.

13. Une ARS n'a pas communiqué le nombre d'établissements concernés par la PDSES de sa région. Par ailleurs, ce nombre n'est qu'indicatif, certains établissements pouvant participer à la PDSES sans que cette activité soit connue et financée par l'ARS.

14. Dont 870 identifiés au niveau géographique et 42 n'ayant pu être rattachés à un site géographique et seulement identifiés par leur numéro Finess juridique.

15. Réglementairement, une ligne doit être assurée par un praticien de plein exercice, alors que le statut des praticiens « juniors » prévoit qu'ils participent à la PDSES sous la forme d'une activité supervisée.

Enfin 69 lignes de PDES ne correspondant pas aux modalités de format exigées par l'enquête ont dû être écartées car les données étaient inexploitable. Selon ces critères, les données de 912 sites ont pu être exploitées¹⁶.

Parmi les lignes recensées pendant l'enquête pour lesquelles l'information sur le type de permanence réalisé est disponible, près de 27 % sont des gardes, 69 % des astreintes, et 4 % des lignes mixtes (périodes de garde et d'astreinte se succédant au cours de la semaine).

Lignes de permanence des soins incluses dans l'analyse

Nombre de lignes recensées	11 339
Nombre de lignes exploitables	9 906
Dont nombre de lignes partagées	521*
Dont nombre de lignes de gardes	2 431
Dont nombre de lignes d'astreintes	5 992

*Comprenant les lignes partagées entre plusieurs établissements, entre plusieurs sites d'un même établissement et avec une structure de ville

Ligne de permanence des soins écartées de l'analyse

Lignes dont la spécialité est hors champ	267
Lignes dont l'activité relève uniquement de la continuité des soins	687
Lignes sans mention d'un praticien de plein exercice	410
Lignes au format non conforme	69

1.2 Les lignes partagées : une organisation faiblement mobilisée

Sur l'ensemble des lignes de PDES recensées sur le territoire, les résultats de l'enquête indiquent qu'environ 5 % des lignes sont partagées entre plusieurs établissements ou plusieurs sites d'un même établissement (521 lignes¹⁷).

Il convient de noter que le taux de lignes partagées sur le territoire peut être considéré comme inférieur aux 5 % susmentionnés. En effet, bien que le guide d'accompagnement de la maquette de l'enquête précise que « les informations relatives à une ligne partagée doivent être saisies par un seul établissement ou site géographique d'un même établissement concerné », certains établissements partageant une même ligne ont pu répondre individuellement à l'enquête, ce qui a conduit à la création de doublons.

D'après les données de l'enquête, 75 % de ces partages sont mis en place entre plusieurs établissements de santé, certaines lignes sont partagées entre plusieurs sites d'un même établissement (22 %) ou entre un établissement de santé et une structure de médecine de ville¹⁸ (3 %).

16. À noter toutefois que toutes les données du présent rapport ne reposent pas sur le même périmètre et que le nombre de lignes peut varier pour certains indicateurs en fonction du niveau de réponse.

17. Ce chiffre intègre les partages de lignes entre plusieurs sites d'un même établissement. En prenant en considération uniquement les lignes partagées entre différents établissements (dont un établissement et une structure de ville), l'enquête a permis de recenser 406 lignes. En revanche, ce chiffre ne prend pas en considération les organisations régionales qui sont comptabilisées à part.

18. Cette notion recoupe différents cas de figure : ligne partagée avec un cabinet de ville ou une structure d'exercice coordonné, qui peut impliquer une intervention d'un professionnel libéral ou salarié au sein de l'établissement de santé, ou un intervenant à distance (télémédecine, avis téléphonique...).

Parmi les lignes partagées entre établissements, le partage au sein d'un même secteur est majoritaire (45 % entre établissements publics, 24 % entre établissements privés). Les partages public-privé représentent 20 % des lignes partagées. À noter qu'environ 12 % des lignes sont recensées comme partagées sans que le statut des établissements partenaires ne soit précisé.

Les partages de lignes entre plusieurs établissements concernent principalement la chirurgie (33 %) et les spécialités médico-techniques (28 %).

Les organisations régionales¹⁹ représentent environ 7 % de l'ensemble des lignes partagées recensées dans l'enquête, soit 37 lignes au total. Sur ces 37 lignes, 18 d'entre elles relèvent de la chirurgie, soit près de la moitié des organisations régionales (49 %).



2. DES DONNÉES TÉMOIGNANT DE LA FORTE IMPLICATION DU SECTEUR PUBLIC DANS L'ACTIVITÉ DE PDSES

2.1. L'enquête recense l'activité réalisée au titre de la permanence et de la continuité des soins sur les lignes concernées

La continuité de soins correspond à la prise en charge des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement qui nécessitent l'intervention d'un professionnel de santé pendant la période de permanence des soins. La permanence des soins fait référence aux patients considérés comme « nouveaux patients »²⁰. Il s'agit des patients qui ne sont pas présents au sein de l'établissement au début de la période de PDSES et qui ont un besoin d'accès aux soins non programmés, que ce soit après passage par le service d'accueil des urgences (SAU) ou après entrée directe.

Dans le cadre de cette enquête, en revanche, n'ont pas été enregistrées les données relatives à l'activité des établissements dont les praticiens effectuent exclusivement de la continuité des soins pendant leurs gardes et astreintes.

Point de vigilance !

La distinction entre l'activité de continuité des soins et permanence des soins est là aussi une donnée indicative, car purement déclarative et sujette à interprétation. Cette distinction peut, notamment, varier d'un établissement à l'autre en fonction de l'horaire de début de la période de PDSES variable selon les établissements (entre 18 et 20h en semaine) et même d'une ligne à l'autre.



19. Cette notion recouvre les situations dans lesquelles une astreinte ou une garde est organisée sur l'ensemble du territoire régional pour des spécialités telles que l'inféctiologie, l'hématologie, la cardiologie...

20. L'objectif de l'enquête n'est pas uniquement de recenser le nombre de nouveaux patients pris en charge pendant la période de l'enquête aux horaires de PDSES, mais de comptabiliser l'activité pendant cette période. Par conséquent, la consigne donnée aux établissements dans l'enquête était qu'un individu considéré comme « nouveau patient » devait être comptabilisé comme tel lors de son entrée dans l'établissement, mais pouvait également être comptabilisé les jours suivants au sein des patients recensés au titre de la continuité de soins.

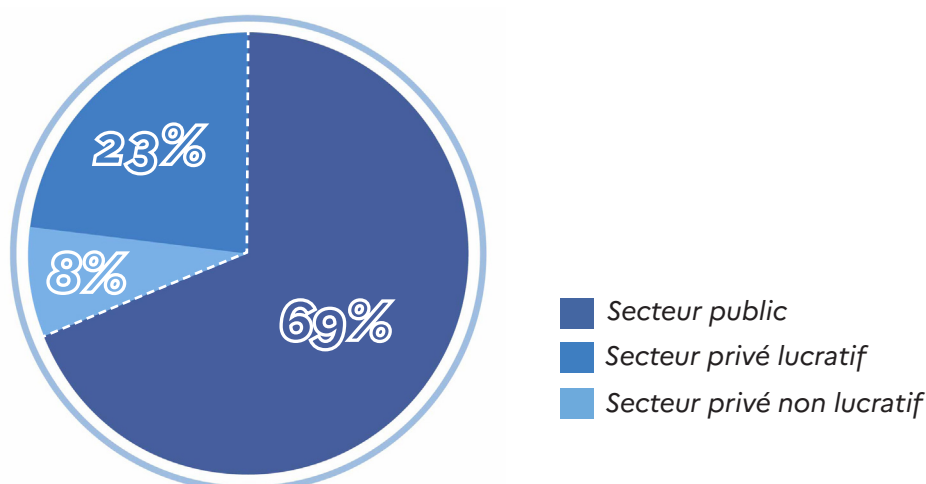
Afin de comptabiliser l'ensemble de l'activité réalisée que ce soit au titre de la continuité de soins ou de la permanence des soins, l'activité a été évaluée :

- au sein d'une même ligne, par le nombre de patients pris en charge pendant la période de PDSES
- au sein d'un groupe de spécialités, d'un établissement ou pour l'ensemble des établissements d'un même secteur, par le nombre des prises en charge en période de PDSES²¹, un même patient pouvant donner lieu à plusieurs prises en charge.

2.2. Le secteur public assure la majorité des prises en charge le soir et le week-end

Parmi les lignes recensées :

- 69 % sont mises en place dans le secteur public
- 8 % sont mises en place dans le secteur privé non lucratif
- 23 % sont mises en place dans le secteur privé lucratif²²



Le nombre des prises en charge toutes spécialités confondues au sein de l'échantillon de l'enquête correspond pour :

- 49 % à de la continuité des soins (pour des patients déjà présents dans l'établissement)
- 51 % à de la permanence des soins (pour des nouveaux patients).

Au sein du secteur public, le nombre de prises en charge correspond à 85 % **du total** des prises en charge pendant les horaires de PDSES, dont :

- 50 % relevaient de la continuité des soins
- 50 % relevaient de la permanence des soins.

21. La consigne donnée aux établissements était qu'un même patient ayant été pris en charge dans différentes lignes de spécialités différentes devait être comptabilisé comme plusieurs prises en charge.

22. Le rapport IGAS publié en 2023 faisant un état des lieux de la PDSES sur le territoire recense 87 % des gardes et 77 % des astreintes assurées par le secteur public, 13 % des gardes et 18 % des astreintes assurées par le secteur privé lucratif et 5 % des gardes et des astreintes assurées par le secteur privé à but non lucratif. Les ordres de grandeur sont globalement cohérents avec les données recueillies dans la présente enquête. Pour rappel, concernant les « limites » de l'exercice et les différences de méthodologie : La répartition des lignes par secteur dans le rapport IGAS a été recensée à partir des réponses de 14 ARS à l'enquête SOLEN à partir des lignes présentes au sein des SRS. En revanche, l'enquête DGOS est une enquête déclarative directement adressée aux établissements de santé MCO, et regroupe également des lignes qui ne sont pas intégrées au sein des SRS. Elle porte par ailleurs sur une période de 4 semaines qui ne permet pas de prendre en compte d'éventuelles variations saisonnières.

En prenant en considération uniquement les prises en charge de patients relevant de la permanence des soins (« nouveaux patients »), **le secteur public a pris en charge pendant la période de l'enquête 83 % de l'activité de permanence des soins.**

Au sein du **secteur privé non lucratif**, le nombre de prises en charge pendant les horaires de PDSES correspond à **6 % du total** des prises en charge à cette période, dont :

- 57 % relevaient de la continuité des soins
- 43 % relevaient de la permanence des soins.

En prenant en considération uniquement les prises en charge de patients relevant de la permanence des soins (« nouveaux patients »), **le secteur privé non lucratif a pris en charge pendant la période de l'enquête 5 % de l'activité de permanence des soins.**

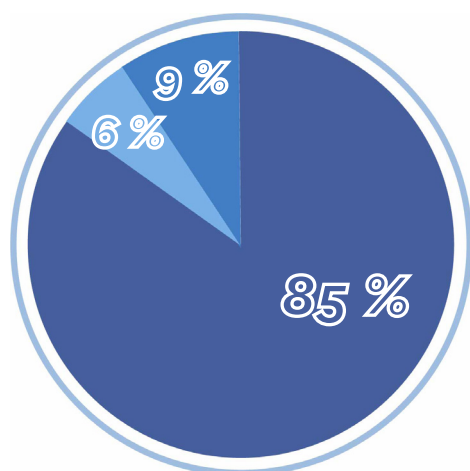
Au sein du **secteur privé lucratif**, le nombre de prises en charge pendant les horaires de PDSES correspond à **9 % du total** des prises en charge pendant la PDSES, dont :

- 35 % relevaient de la continuité des soins
- 65 % relevaient de la permanence des soins.

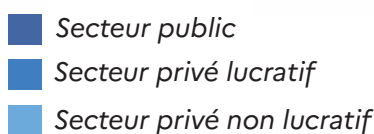
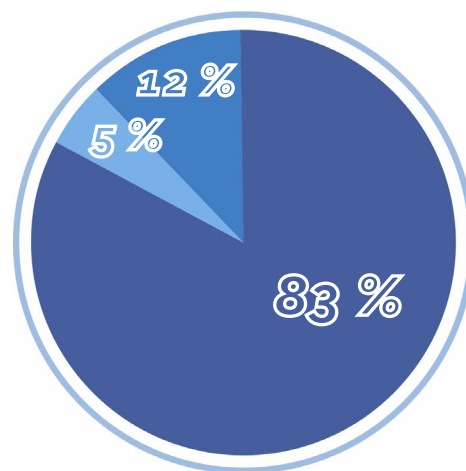
En prenant en considération uniquement les prises en charge de patients relevant de la permanence des soins, **le secteur privé lucratif a pris en charge pendant la période de l'enquête presque 12 % de de l'activité de permanence des soins.**

Le graphique ci-dessous permet d'illustrer la répartition de l'activité entre secteurs en comparant l'activité totale²³ recensée par le secteur public, le secteur privé non lucratif et le secteur privé lucratif.

Répartition de l'activité (continuité et permanence)
en période de permanence des soins



Répartition de l'activité (uniquement permanence)
en période de permanence des soins



23. L'activité totale comprend l'activité de permanence des soins et l'activité de continuité des soins pendant la période de PDSES.



3. UNE RÉPARTITION DIFFÉRENCIÉE DE L'ACTIVITÉ SELON LES GROUPES DE SPÉCIALITÉS

Pour rappel, cette enquête visait à établir un panorama de l'activité de PDSes par spécialité et par territoire. Toutefois, les données recueillies sont déclaratives et ne représentent pas l'ensemble des établissements, offrant plutôt une estimation générale. Le caractère déclaratif des données et les incertitudes sur le codage exact des horaires de prises en charges ne permettent pas de distinguer l'activité faite en nuit profonde.

Afin de faciliter la lisibilité des résultats obtenus dans l'enquête, l'analyse de ce rapport s'organise selon 7 groupes de spécialités identifiés qui intègrent l'ensemble des spécialités indiquées dans la maquette de recueil des données transmise aux établissements. Les 7 groupes de spécialités sont²⁴ :

- la médecine
- la chirurgie
- les soins critiques et les unités de surveillance continue (USC)²⁵
- l'anesthésie²⁶
- les activités interventionnelles²⁷
- l'obstétrique
- les spécialités médico-techniques²⁸.

L'ensemble des données recueillies avec le détail par spécialité a été transmis aux ARS pour qu'elles puissent disposer d'une vision complète et détaillée de l'activité de permanence des soins sur leur territoire.

3.1. Les volumes d'activité par ligne sont variables d'un groupe de spécialités à l'autre²⁹



Point de vigilance !

Le nombre des patients ou de prises en charge ne tient pas compte de la durée et de la complexité de ces prises en charge, qui ont pu être très variables d'une période à l'autre au sein d'une même spécialité, selon les établissements, selon les spécialités etc...

À la demande des CNP MIR et ARMPO, le présent rapport ne distingue pas l'activité de permanence et de continuité des soins pour les soins critiques et les USC, cette distinction étant considérée comme non pertinente pour ces unités.

Enfin, l'activité des anesthésistes a été une activité complexe à recenser dans la mesure où ils interviennent en lien avec plusieurs autres spécialistes, mais également au sein des unités de soins critiques. Dans le 1^{er} cas de figure, l'enquête a été conçue afin de pouvoir indiquer en regard de chaque ligne d'anesthésie la spécialité nécessitant de l'anesthésie (orthopédie, chirurgie viscérale, obstétrique) et c'est cette activité qui est décomptée au point « Anesthésie ». Dans le 2^{ème} cas de figure, l'activité des anesthésistes a été décomptée au sein de l'activité des unités de soins critiques/USC.

24. La liste complète des spécialités de chaque groupe figure à la fin de l'annexe méthodologique.

25. Les nouvelles autorisations de soins critiques n'étant pas toutes délivrées au moment de la réalisation de l'enquête, il n'a pas été possible de distinguer les USC, futures USIP ou USIPD et les USC maintenues à titre transitoire.

26. L'activité des anesthésistes au sein des réanimations, des unités de soins intensifs et des USC est compatible au sein des soins critiques

27. Cardiologie interventionnelle, endoscopies interventionnelles, neuroradiologie interventionnelle, radiologie interventionnelle.

28. Les spécialités médico-techniques regroupent la radiologie diagnostique, la biologie(biochimie, hématologie, bactériologie, virologie...) et l'anatomo-pathologie.

29. Il est rappelé que le nombre de patients ou le nombre de prises en charges (un même patient ayant pu être comptabilisé sur plusieurs lignes pendant la même période) sont des indicateurs qui ne reflètent pas la durée et la complexité de chacune des prises en charge.

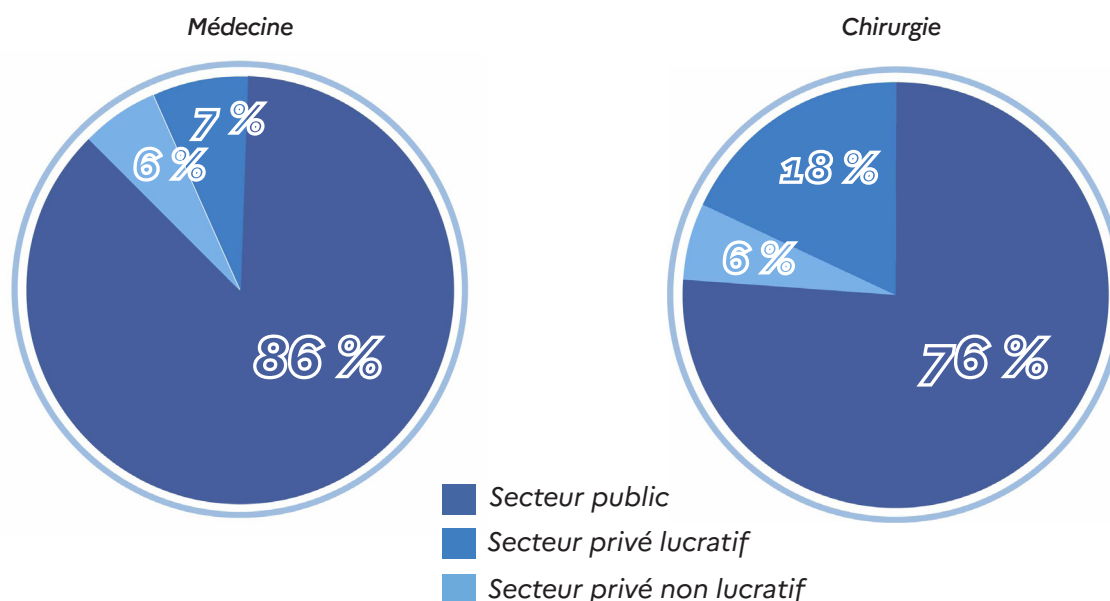
Pendant les 4 semaines de l'enquête, tous secteurs confondus et par groupe de spécialités, les nombres moyens de prises en charge de patients sont les suivants :

- pour les **spécialités médicales** : 104 prises en charge par ligne de PDSES, soit environ 26 prises en charge par semaine et par ligne. L'activité de permanence des soins (prises en charge des « nouveaux » patients) représente environ 30 % du nombre total des prises en charge
- pour les **spécialités chirurgicales** : 89 prises en charge par ligne de PDSES, soit environ 22 prises en charge par semaine et par ligne. L'activité de permanence des soins représente 65 % du nombre total des prises en charge
- pour les **soins critiques/USC** : 313 prises en charge par ligne de PDSES, soit environ 78 prises en charge par semaine et par ligne
- pour **l'anesthésie** : 135 prises en charges ont été réalisées par ligne, soit environ 34 prises en charge par semaine et par ligne
- pour **l'activité interventionnelle**, 36 prises en charge par ligne, soit environ 9 prises en charge par semaine et par ligne. L'activité de permanence des soins représente 67 % du nombre total des prises en charge
- pour **l'obstétrique**, 225 prises en charge par ligne, soit environ 56 prises en charge par semaine
- pour les **spécialités médico-techniques**, 598 prises en charge³⁰ par ligne, soit 149 prises en charge par semaine ; l'activité de permanence des soins représente 58 % du nombre total des prises en charge.

3.2. Une mobilisation variable des secteurs selon les spécialités

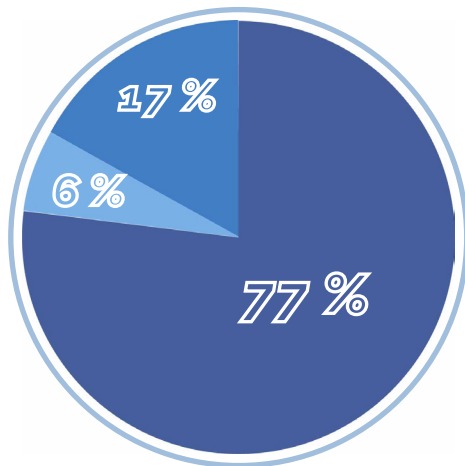
Le graphique ci-dessous illustre la répartition de l'activité (recensée par nombre de prises en charges) par secteurs recensée au cours des 4 semaines de l'enquête.

Graphique : répartition du nombre de prises en charges entre groupes de spécialités

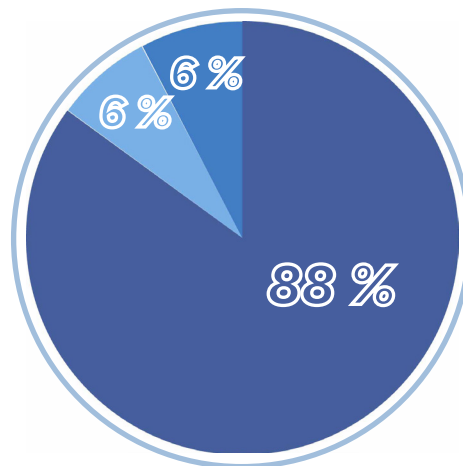


30. Pour ces spécialités, il est possible que le décompte ait été fait par certains établissements de santé non par le nombre de patients pris en charge (pouvant regrouper plusieurs examens pour un même patient) comme recommandé, mais par le nombre d'examens.

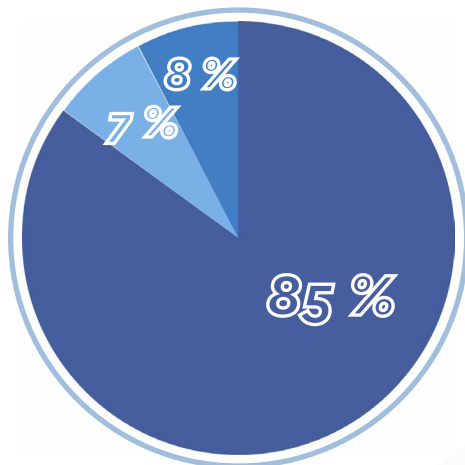
Anesthésie



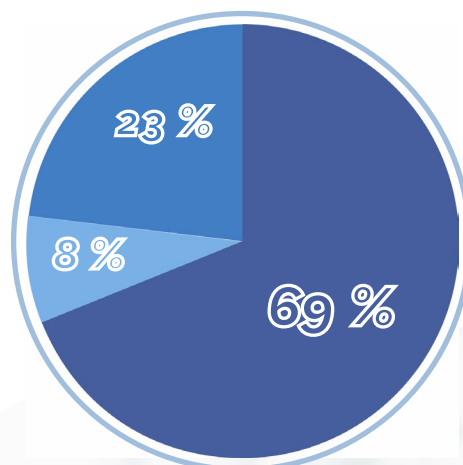
Soins critiques



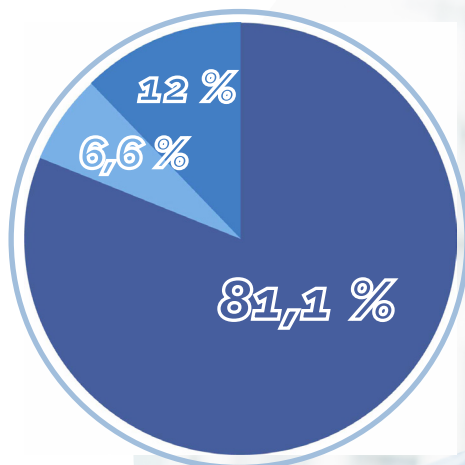
Obstétrique



Secteur interventionnel



Spécialités médico-techniques



Point de vigilance !

Les données relatives aux ressources humaines doivent être interprétées avec précaution. En effet, les données présentées intègrent l'ensemble des praticiens de plein exercice ayant participé à la ligne pendant la période de l'enquête, y compris les praticiens qui n'ont participé qu'à une seule reprise à la ligne, et les intérimaires.

De ce fait, ce nombre ne traduit pas directement le rythme de rotation hebdomadaire des gardes ou des astreintes pour chaque praticien.

De plus, les mêmes praticiens, indiqués comme mobilisés sur une ligne pendant la période de l'enquête ont pu l'être également sur une autre ligne. Il s'agit notamment des anesthésistes, qui ont pu être mobilisés à la fois pour deux spécialités de chirurgie différentes ou pour de la chirurgie et de l'obstétrique, selon les jours.



4. D'IMPORTANTES RESSOURCES MÉDICALES MOBILISÉES POUR LA MISSION DE PDSES

Au niveau national, toutes spécialités et secteurs confondus, le nombre médian³¹ de praticiens de plein exercice ayant été mobilisés par ligne de PDSES est de 5. À partir des données exploitables, et pendant les quatre semaines de l'enquête, 61 332 praticiens de plein exercice, dont 14 567 praticiens libéraux (24 %) ont été déclarés comme assurant la PDSES³².

Encadré 2 : Le rôle des internes, des docteurs juniors et des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE)

Les internes participent à la PDSES de l'établissement de santé dans lequel ils réalisent leur formation³³. Néanmoins, comme en activité de jour, ils doivent pouvoir faire appel à un praticien de plein exercice à tout moment et par tout moyen³⁴. En effet, le code de la santé publique précise spécifiquement que l'interne exerce des fonctions par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève³⁵.

Les lignes déclarées par les établissements comme étant uniquement assurées par des internes sans être rattachées à une ligne de praticien de plein exercice ne sont pas analysées au sein de ce rapport car non interprétables³⁶.

Au total 14 % des lignes recensées dans l'enquête ont déclarés au moins un interne sur la ligne, dont 9 % de l'ensemble des lignes d'astreintes déclarées et 30% des lignes de gardes³⁷.

Pour les lignes auxquelles participent des internes, le nombre médian est de 3 internes par ligne³⁸, toutes spécialités et tous secteurs confondus. Par groupe de spécialités, ce nombre est le suivant :

31. Pour rendre compte des praticiens mobilisés pendant la PDSES, le nombre médian de praticiens par ligne a été utilisé ce qui permet d'indiquer que 50 % des lignes ont mobilisé un nombre inférieur ou égal à la médiane et 50 % un nombre supérieur ou égal. Le nombre médian est un indicateur plus robuste que le nombre moyen (moindre sensibilité aux valeurs extrêmes susceptibles d'être aberrantes).

32. L'enquête recense un nombre de praticiens et non des équivalents temps plein. Ainsi, un médecin sera décompté comme 1 praticien, y compris s'il exerce son service normal de jour à temps partiel.

33. Article R. 6153-2 du Code de la Santé Publique.

34. Article 2 de l'arrêté du 6 août 2015 relatif aux astreintes des internes.

35. Article R. 6153-3 du Code de la Santé Publique.

36. Il est impossible de déterminer si ces lignes ne sont pas rattachées à une ligne assurée par un praticien de plein exercice, ce qui n'est pas réglementaire, ou s'il s'agit d'une erreur de remplissage qui ne permet pas de les rattacher à une ligne de praticien de plein exercice.

37. La présence d'internes est recensée sur 517 lignes d'astreintes (sur un total de 5992 lignes d'astreintes recensées) et 731 lignes de gardes (sur un total de 2431 lignes de garde recensées).

38. Effectif médian par ligne

- en médecine, ce nombre médian est de 3
- en chirurgie, ce nombre médian est de 4
- pour le secteur interventionnel, ce nombre médian est de 2,9
- en anesthésie, ce nombre médian est de 4
- pour les soins critiques, ce nombre médian est de 4
- en obstétrique, ce nombre médian est de 6
- pour les spécialités médico-techniques, ce nombre médian est de 2,5.

Une analyse par groupe de spécialité a été réalisée pour comparer le nombre médian de praticiens de plein exercice sur les lignes avec internes à celui des praticiens de plein exercice sur les lignes sans internes :

- en médecine, ce nombre médian est de 6 (lignes avec internes) versus 5 (lignes sans internes)
- en chirurgie, ce nombre médian est de 5 (lignes avec internes) versus 4 (lignes sans internes)
- pour le secteur interventionnel, ce nombre médian est de 6 (lignes avec internes) versus 4 (lignes sans internes)
- en anesthésie, ce nombre médian est de 9 (lignes avec ou sans internes) ;
- pour les soins critiques, ce nombre médian est de 9 (lignes avec internes) versus 8 (lignes sans internes)
- en obstétrique, ce nombre médian est de 8 (lignes avec internes) versus 7 (lignes sans internes)
- pour les spécialités médico-techniques, ce nombre médian est de 6 (lignes avec internes) versus 5 (lignes sans internes).

Enfin, près de 2 600 praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) et 2 600 docteurs juniors ont participé à la PDSES pendant la période de l'enquête.

Pour les lignes auxquelles participent des PADHUE ou des docteurs juniors, le nombre médian est de 1 par ligne toutes spécialités et tous secteurs confondus. Par groupe de spécialités, ce nombre est identique, sauf pour le nombre médian de PADHUE sur les lignes de médecine et d'obstétrique qui est de 2.

Pour mémoire, les textes réglementaires ne fixent pas de nombre minimum de praticiens devant assurer le fonctionnement d'une ligne de garde ou d'astreinte. Cependant, pour les seules lignes d'astreinte, l'arrêté du 30 avril 2003³⁹ pose une fréquence maximale de participation, par praticien. En l'espèce, cette fréquence est fixée à 3 nuits au plus par semaine et 2 dimanches ou jours fériés par mois.

Le tableau ci-après présente plus en détail la répartition des praticiens de plein exercice recensés par ligne par tranche de 5 praticiens. Pour la majorité des lignes de garde, un nombre de praticiens compris entre 5 et 9 a été mobilisé. Pour la majorité des lignes d'astreinte, ce nombre est compris entre 0 et 5.

39. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Nombre de lignes de PDSES avec un effectif de praticiens de plein exercice par ligne compris entre :	Astreinte uniquement	Garde uniquement	Mixte	Non-renseigné
[0-4]	3025	391	152	77
[5-9]	2122	966	143	45
[10-14]	404	627	48	12
[15-19]	119	195	10	8
[20-24]	41	66	8	1
[25-29]	24	27	2	0
[30-34]	9	6	2	0
[35-39]	3	0	1	0
40+	8	11	0	1
Effectif non renseigné	237	142	33	419
TOTAL	5755	2289	366	144
Dont nombre avec 10 praticiens ou plus	608	932	71	22
Dont part avec 10 praticiens ou plus	11%	41%	19%	15%

4.1. Les lignes de garde

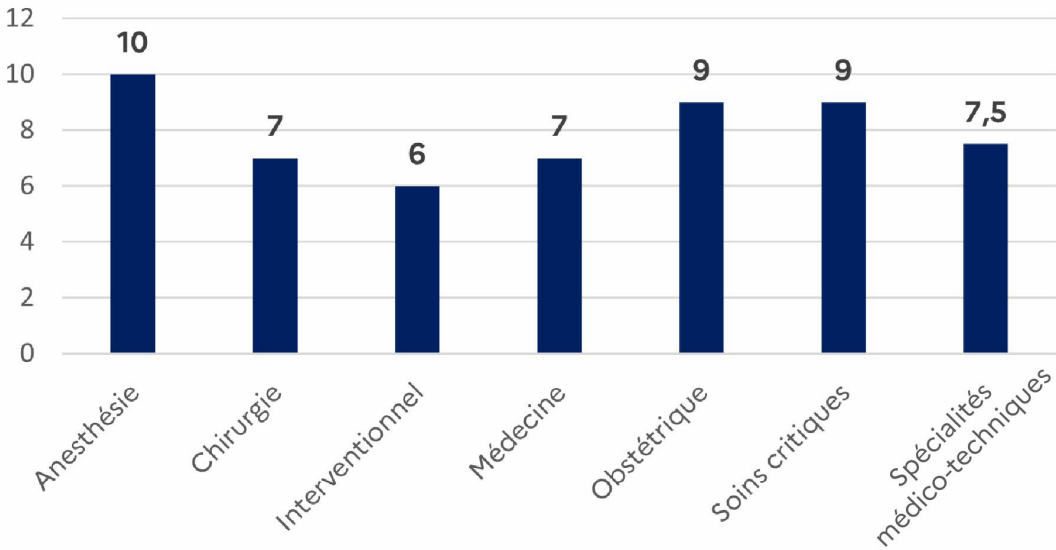
Toutes activités confondues, les données de l'enquête permettent de préciser que l'effectif médian de praticiens de plein exercice assurant une ligne de garde est de 8,5.

Le nombre médian de praticiens mobilisés **par ligne de garde et par groupe de spécialité** est le suivant :

- 7 praticiens par ligne pour la médecine
- 7 praticiens par ligne pour la chirurgie
- 9 praticiens par ligne pour les soins critiques
- 10 praticiens par ligne pour l'anesthésie
- 6 praticiens par ligne pour le secteur interventionnel
- 9 praticiens par ligne pour l'obstétrique
- 7,5 praticiens pour les spécialités médico-techniques.



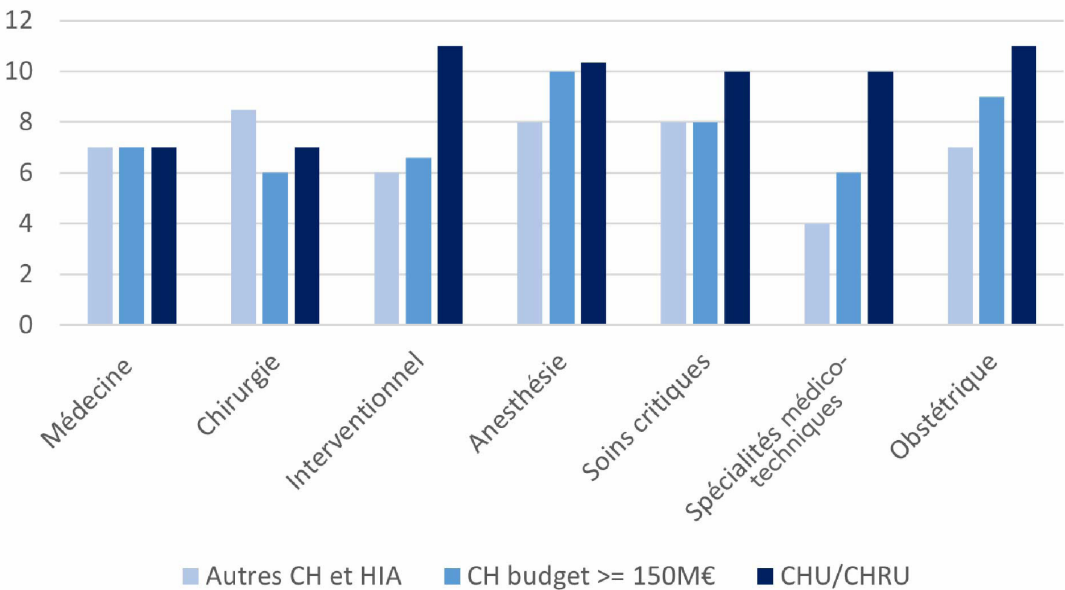
Nombre médian de praticiens de plein exercice ayant participé à la ligne de garde par groupe de spécialités tous secteurs confondus



Encadré 3 : Un nombre de praticiens de plein exercice mobilisés par ligne de garde variable selon la taille de l'établissement

Les nombres médians de praticiens de plein exercice par ligne de garde mentionnés au 4.1 ne sont pas distingués en fonction de la taille des établissements. L'analyse approfondie met en évidence une différence selon la taille des établissements.

Nombre médian des praticiens de plein exercice par ligne de garde selon la taille de l'établissement



4.2 Les lignes d'astreintes

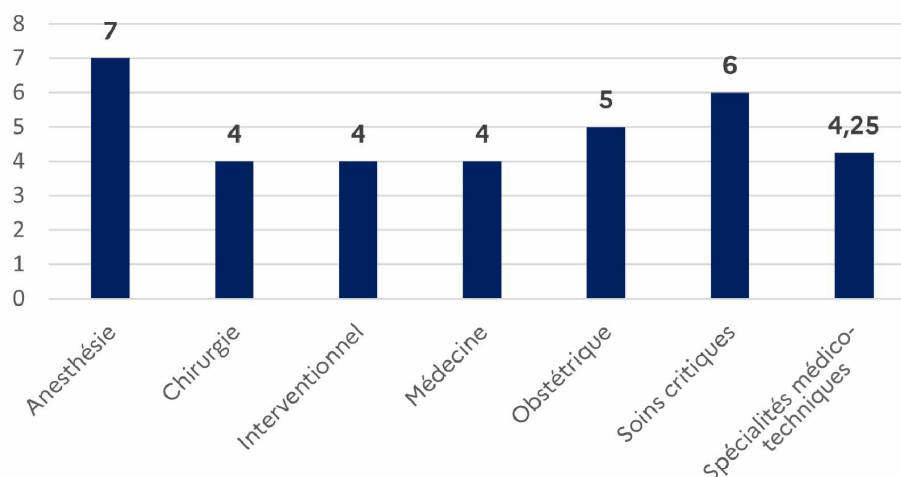
Pour les lignes d'astreintes, le nombre médian toutes activités confondues est de 4 praticiens par ligne d'astreinte, soit plus d'une astreinte par semaine par praticien.

Le nombre médian de praticiens **par ligne d'astreinte** et par groupe de spécialité est le suivant par activité :

- la médecine comptabilise 4 praticiens par ligne
- la chirurgie comptabilise 4 praticiens par ligne
- les soins critiques comptabilisent 6 praticiens par ligne⁴⁰
- l'anesthésie comptabilise 7 praticiens par ligne
- le secteur interventionnel comptabilise 4 praticiens par ligne
- l'obstétrique comptabilise 5 praticiens par ligne

Les spécialités médico-techniques comptabilisent 4,25 praticiens par ligne.

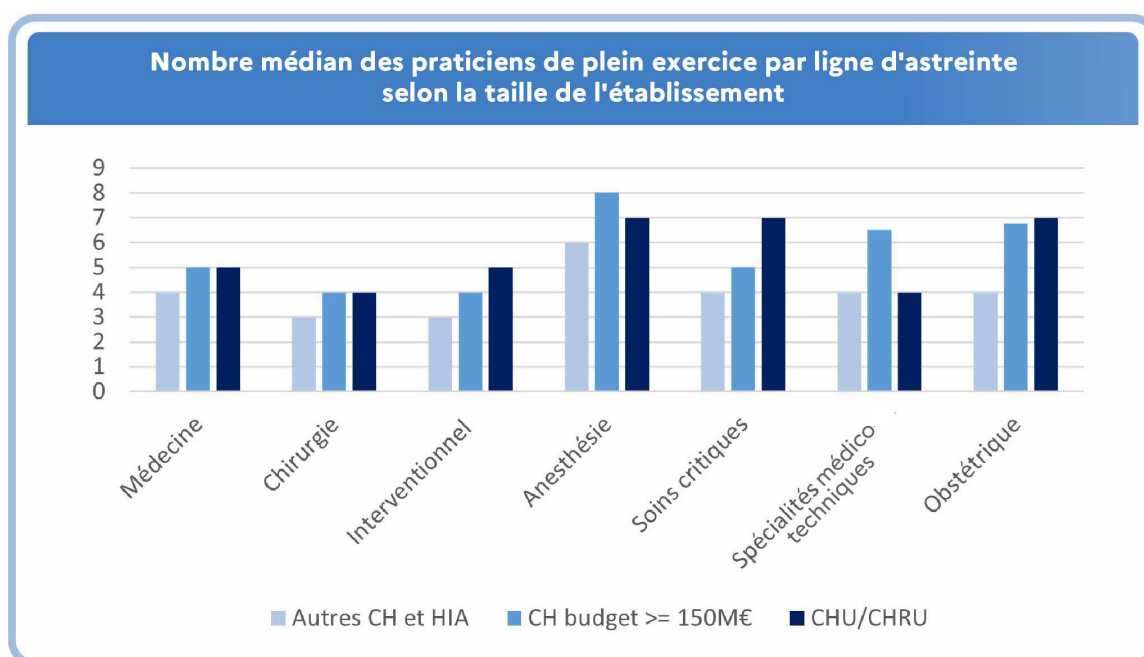
Nombre médian de praticiens de plein exercice ayant participé à la ligne d'astreinte par groupe de spécialités tous secteurs confondus



Encadré 4 : Un nombre de praticiens de plein exercice mobilisé par ligne d'astreinte variable selon la taille de l'établissement

Les nombres médians de praticiens de plein exercice par ligne d'astreinte mentionnés au 4.2 ne sont pas distingués en fonction de la taille des établissements. Or, comme pour les lignes de gardes, l'analyse approfondie met en évidence une différence selon la taille des établissements.

40. Les astreintes en soins critiques sont celles des praticiens spécialistes « d'organe » qui interviennent au sein des unités de soins intensifs spécialisés (USIC, USINV) en sus du médecin de soins critiques.



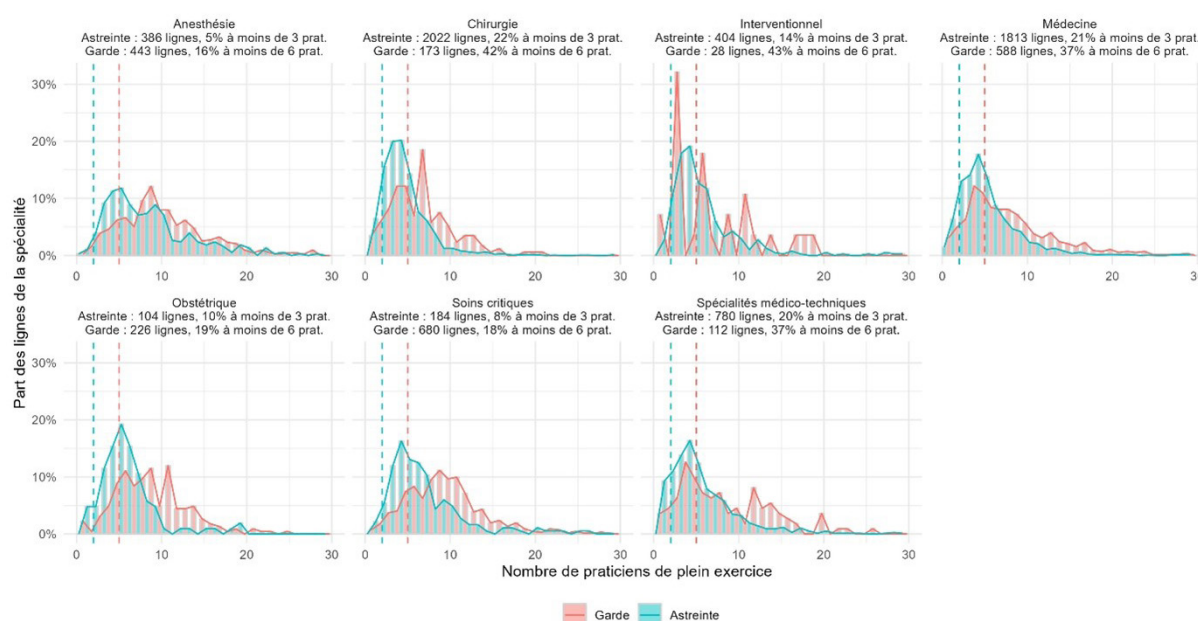
4.3. Analyse globale de la distribution du nombre de praticiens par groupe de spécialité et selon le type de permanence (garde ou astreinte)⁴¹

Pendant la période de l'enquête :

- Au sein des lignes de garde, 31 % d'entre elles ont mobilisé moins de 6 praticiens ;
- Au sein des lignes d'astreintes, 33 % d'entre elles ont mobilisés moins de 3 praticiens.

L'analyse du nombre médian de praticiens par ligne ne tient pas compte du fait que pendant la période de l'enquête, les mêmes praticiens ont pu être mobilisés pour participer à la PDES sur plusieurs lignes. Il n'est donc pas exclu que le nombre de lignes en tension soit sous-estimé, notamment en anesthésie ou en soins critiques.

Le détail de la répartition des praticiens mobilisés **par groupe de spécialités** est présenté ci-dessous.



41. Cette analyse exclut la situation des lignes « mixtes » (par exemple demi-garde, demi-astreinte) qui sont difficilement interprétables au national.



5. CONCLUSION

L'enquête relative à la permanence des soins réalisée en 2024 sur une durée de 4 semaines a permis de recenser le nombre de lignes de permanence des soins en établissements de santé (PDSES) par groupes de spécialités et d'analyser les différences selon le statut des établissements (public, privés non lucratifs, privés lucratifs).

Les agences régionales de santé (ARS), associées au processus d'analyse, ont été destinataires des résultats de cette enquête. Elles ont reçu avant l'été une base de données régionale incluant les données telles qu'elles ont été remontées par les établissements de leur région.

Au niveau national, les données d'activité et les données relatives aux ressources humaines médicales mobilisées qui ont pu être analysées permettent, malgré les biais liés au caractère déclaratif de l'enquête, de disposer d'un panorama global par groupe de spécialités du nombre et du type de prises en charges effectuées pendant les périodes de PDSES et d'une estimation du nombre de praticiens impliqués. De cette analyse, les établissements du secteur public sont ressortis comme étant ceux qui assurent la majorité des prises en charge pendant les périodes de PDSES, sans que l'on puisse analyser la complexité et la durée de celles-ci.

Les ARS ont également reçu une analyse des données de leur région présentées de la même manière que la restitution nationale ci-dessus leur permettant ainsi un comparatif avec les données nationales (voir annexe méthodologique).



ANNEXE : MÉTHODOLOGIE D'EXPLOITATION DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE

1. Collecte des fichiers de réponse des établissements avec le concours de l'ATIH et des ARS

Le dépôt des fichiers par les établissements, par le biais de leur compte PLAGE*, s'est déroulé d'avril à juillet 2024 sur la plateforme de dépôt dédiée mise en place par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). A la suite des difficultés d'utilisation de la plateforme et des retards dans le dépôt de certains établissements, une vingtaine de fichiers a également été transmise par mail à la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

L'ensemble des fichiers déposés a fait l'objet d'un premier examen de forme afin d'identifier les problèmes de formats. Cette première étape a permis de formuler des relances auprès des établissements concernés et a ainsi permis l'intégration d'un plus grand nombre de fichiers pour l'exploitation de l'enquête.

La première analyse a mis en lumière des anomalies dans certains fichiers qui ne permettaient pas leur exploitation. Les agences régionales de santé (ARS) ont donc été chargées de réaliser un contrôle de cohérence afin de s'assurer de la transmission des fichiers au bon format par les établissements concernés par l'enquête, de faire modifier les fichiers non-exploitable identifiés et les données recueillies si elles semblaient incohérentes. Les ARS ont également produit à cette occasion un registre des établissements renseignant, à leur connaissance, s'ils pratiquent une forme de permanence des soins⁴².

À l'issue de ce contrôle de cohérence par les ARS, la base de fichiers définitive a été scellée début juillet 2024.

2. L'exclusion des fichiers non exploitables et des doublons

L'exploitation des données par le niveau national devait intégrer uniquement des fichiers respectant le format de la maquette de réponse attendue. De ce fait, sur 854 fichiers reçus, 46 ont été exclus et 808 retenus⁴³ :

- 10 fichiers n'ont pu être retenus car le format de maquette de restitution ne correspondait pas à celui attendu et ne répondait pas aux questions posées dans l'enquête (2 ES* publics, 7 ES privés lucratifs, 1 ES privé non-lucratif) ;
- 6 fichiers relevant le détail quotidien de l'activité de PDSES, dont l'information n'a pu être récupérée, ont été exclus (4 ES publics, 1 ES privé lucratif, 1 ES privé non-lucratif) ; 30 fichiers correspondant à des doublons redondants d'autres fichiers déjà intégrés aux analyses ont été retirés.

Ainsi, 808 fichiers au total ont pu être exploités aux fins d'analyse des réponses de l'enquête⁴⁴. Parmi ces 808 fichiers, un peu plus d'une centaine a nécessité des ajustements manuels mineurs (suppression de lignes vides ou de colonnes additionnelles dans le fichier Excel, modifications accidentelles d'intitulés de questions, suppression d'onglets non-pertinents pour l'analyse des résultats), sans incidence sur l'interprétation des données renseignées.

42. Qu'elle soit intégrée dans les SRS et financée ou non.

43. À noter qu'un fichier peut regrouper sites géographiques.

44. dont 14 contenant le relevé quotidien de l'activité de PDSES sur la période mais ayant pu être mis au format attendu par la DGOS en récupérant les données exploitables dans ces fichiers.

* Voir la définition à la fin du rapport dans la partie « glossaire ».

Les réponses de ces 808 fichiers ont été réunies dans un registre unique rassemblant les réponses de tous les établissements et présentant une ligne (une observation) par ligne de permanence des soins. Ce registre a été mis à disposition des ARS (un fichier par région).

Certaines saisies qui ne renseignaient ni la spécialité ni le complément de spécialité de la ligne, ainsi que les lignes présentant moins de 2 variables renseignées parmi les réponses attendues ont été exclues.

Finalement, le fichier qui permettait de recenser les lignes exploitables a comptabilisé 11 339 lignes différentes.

Afin de restreindre l'analyse au seul champ de l'enquête, les filtres suivants ont ensuite été appliqués :

- les lignes dont la spécialité n'est pas dans le champ de l'enquête (267 lignes)
- les lignes ne déclarant que de l'activité de continuité des soins et aucune activité relevant de la permanence des soins (687 lignes supplémentaires)
- les lignes sans aucun praticien de plein exercice (410 lignes supplémentaires)
- 69 lignes en doublon correspondant à une saisie ne respectant pas le format de restitution attendu).

Ces suppressions constituent un total de 1 433 lignes écartées de l'analyse sur 11 339, soit 12 % des déclarations non intégrées aux analyses car elles sont hors du champ de l'enquête.

Pour chaque item analysé, les données manquantes ne sont pas prises en compte dans le calcul des indicateurs qui s'y rapportent. Les lignes dont les données sont manquantes sur un item particulier [le financement/les RH/l'activité/...] sont écartées de l'analyse pour cet item, mais conservées pour le reste de l'analyse.

Représentativité de l'enquête

Le recensement de l'activité de permanence des soins qui est réalisée en dehors des schémas régionaux de santé des agences régionales de santé (ARS) et des financements associés constitue un des objectifs de l'enquête. Ainsi, le périmètre exact des établissements participant à la permanence des soins n'est pas précisément connu a priori, la participation des établissements ne peut donc pas être appréciée sur ce périmètre élargi. Toutefois, il est possible de quantifier la participation à l'enquête des établissements dont l'activité est déjà connue des ARS, que cette activité soit inscrite aux SRS ou non. Les ARS ont en parallèle été sollicitées pour recenser le principe ou non de cette activité au niveau de l'établissement géographique, sur le périmètre des établissements sanitaires autorisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Celle-ci a permis d'identifier 745 établissements relevant du champ sanitaire MCO⁴⁵ étant concernés par la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) à la connaissance de l'ARS (cette enquête ne couvre pas l'ensemble des régions)⁴⁶. Ce périmètre connu et identifié par les ARS permet d'évaluer la participation sur ce seul périmètre constitué de 424 établissements publics, 78 privés non lucratifs et 243 privés lucratifs.

45. Il s'agit d'un chiffre basé sur des identifications déclaratives ARS ne pouvant être considéré comme exhaustif. Cf. page 4 du rapport.

46. Cette enquête spécifique d'identification du périmètre connu a été adressée à l'ensemble des ARS, seuls les résultats pour la Martinique et Mayotte n'ont pu être intégrés à l'analyse. L'enquête recense les établissements participant à la PDSSES connus de l'ARS et/ou financés par le FIR. Une des ARS répondantes n'a transmis que l'information sur le financement FIR.

La participation à l'enquête PDSES sur le périmètre connu s'élève ainsi à 80 % avec 601 établissements renvoyant un fichier sur 745, soit 334 établissements publics (79 % de participation), 68 établissements privés non lucratifs (87,18 %) et 199 établissements privés lucratifs (82 %).

Ces niveaux de participation sont du même ordre de grandeur entre les différents secteurs et traduisent une forte mobilisation des acteurs impliqués dans cette enquête, en premier lieu des établissements, mais également des fédérations et des syndicats, des agences régionales de santé (ARS), de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

En outre, 276 établissements supplémentaires ont répondu à l'enquête (167 établissements publics, 35 privés non-lucratifs et 74 privés lucratifs), tous ne participant pas nécessairement à la PDSES ou n'entrant pas systématiquement dans le champ de l'enquête⁴⁷.

Cette évaluation de la participation présente certaines limites puisque l'identification des établissements concernés par les ARS est faite au niveau de l'établissement géographique et non de la ligne de garde ou d'astreinte. Par ailleurs, l'exhaustivité dans la description des lignes de permanence des soins au sein de chaque établissement répondant ne peut être garantie, on notera à ce titre la participation très incomplète d'un des centres hospitaliers universitaires (CHU) répondant dont les réponses ne couvrent pas l'intégralité de son activité et des lignes de permanence des soins mises en place. Toutefois les taux de participation des établissements rapportés précédemment sont particulièrement élevés et encourageants quant à la représentativité de l'échantillon.

Traitements et corrections des variables d'intérêt pour l'analyse et périmètre de l'enquête

Seules les lignes appartenant au périmètre défini de l'enquête ont été retenues par le niveau national dans les analyses et restitutions, soient 9 906 lignes sur les 11 339 remontées dans l'enquête. Le périmètre est défini comme l'ensemble des lignes qui :

- relèvent d'une des spécialités listées en infra ;
- sont assurées par au moins un praticien senior. Ici, la notion de senior retenue recouvre l'ensemble des praticiens de plein exercice à l'exception des praticiens intérimaires ou en renfort ponctuels, une ligne ne pouvant être assurée uniquement par des effectifs ponctuels ;
- renseignent une activité de permanence des soins et pas uniquement une activité de continuité des soins. Les lignes dont les niveaux d'activité (en nombre de patients accueillis ou pris en charge) en permanence des soins et de continuité sont tous nuls ou non-renseignés sont néanmoins retenues, ces déclarations étant considérées comme de la non-réponse partielle.

47. L'estimation de la participation à l'enquête est réalisée à partir du registre finess MCO, qui est restreint par rapport à celui de l'enquête PDSES elle-même. Ainsi, 601 établissements sur les 745 identifiés comme participant à la PDSES ont renvoyé un fichier, auxquels il faut ajouter 276 établissements répondant à l'enquête sans que l'ARS n'ait pré-identifié une activité de PDSES. Pour 108 établissements ayant renvoyé un fichier, les ARS n'ont pas eu l'opportunité de se prononcer à leur sujet dans les documents de suivi échangés avec elles (par exemple, certains identifiants d'établissements ne sont pas à jour dans le registre Finess. Des confusions ont également été faites entre Finess géographiques et Finess juridiques lorsque le fichier envoyé était identifié uniquement au niveau juridique).

Numéro Finess Géographique

Les réponses des établissements ont été systématiquement associées à un numéro de dépôt de fichier obligatoire et nécessairement valide, qui correspondait au numéro Finess du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), (soit le Finess juridique pour les établissements publics et le Finess géographique pour les établissements privés). De plus, les établissements répondants ont été appelés à déclarer un numéro de Finess juridique unique en en-tête du fichier de réponse, puis un numéro de Finess géographique par ligne de permanence. Ces numéros déclarés pouvant être erronés ou non-valides, le numéro Finess géographique a été corrigé par le niveau national (suppression des espaces, imputation à partir des éventuels Finess déclarés et du Finess juridique dans le cas des entités ne comprenant qu'un seul établissement relevant du champ sanitaire MCO). Le numéro considéré comme le plus fiable était le numéro de dépôt. Pour les besoins de l'analyse et lorsque cela était nécessaire, il était suggéré de se référer au numéro Finess géographique corrigé.

Gardes et astreintes

La qualification des lignes comme ligne de garde, d'astreinte ou de modalité mixte a été faite à partir des déclarations de modalité de permanence par période (4 périodes sur la semaine : du début de la période jusqu'à minuit ; de minuit à la fin de la période ; le samedi ; le dimanche et les jours fériés). Une ligne a été qualifiée de ligne de garde dans son ensemble lorsque seules les modalités de garde ou de demi-garde apparaissaient sur ces 4 périodes ; les lignes d'astreinte ont été qualifiées de façon analogue. Les lignes mixtes rassemblent les lignes où une partie des périodes est assurée par une garde et le reste par une astreinte, ou encore par une demi-garde et une demi-astreinte sur la même période de la semaine.

Activité par ligne : nombre de patients accueillis et pris en charge

Les nombres totaux de patients pris en charge au titre de la continuité et de la permanence des soins sont recalculés à partir de la somme des déclarations spécifiques à chaque période (périodes de nuit, fin de semaine et jours fériés). Certains établissements ayant déclaré en double l'activité de différentes lignes de la même spécialité, les nombres de prise en charge identiques entre plusieurs lignes d'une même spécialité sont systématiquement divisés par le nombre de doublons identifiés. Les valeurs extrêmes sont ensuite identifiées statistiquement et indépendamment pour chaque spécialité en appliquant une méthode en 3 étapes consistant à⁴⁸ : « normaliser » les données pour qu'elles aient les mêmes propriétés statistiques qu'une loi normale ; centrer la moyenne à 0 et réduire l'écart type des données à 1 ; puis mesurer en nombre d'écarts types l'éloignement des données transformées à la moyenne. C'est cette mesure qui permet de qualifier les données aberrantes.

Effectifs de praticiens de plein exercice, d'exercice libéral, d'internes

Les effectifs de praticiens sont analysés dans l'enquête avec des indicateurs robustes à la présence d'éventuelles valeurs extrêmes (médiane et quartiles de distribution). Ainsi, ces effectifs ne sont pas redressés. Néanmoins, ils font l'objet de la même procédure de dédoublement que les données d'activité. En effet, certaines ARS ont pu confirmer auprès d'établissements concernés que ceux-ci avaient pu compter les praticiens intervenant sur plusieurs lignes de la

48. Premièrement, seules les variables de comptes de patients positives sont prises en compte. Ensuite, elles sont normalisées en appliquant la transformée dite d'Anscombe qui consiste à prendre 2 fois la racine carrée des données de compte additionnées de 3/8, soit appliquer la fonction suivante aux données de comptes : $f(x) = 2\sqrt{(x + \frac{3}{8})}$.

même spécialité autant de fois qu'il y a de lignes de cette spécialité. Ainsi, lorsque plusieurs lignes de la même spécialité déclarent exactement le même nombre de praticiens au sein d'un établissement, ces effectifs sont divisés par le nombre de lignes en question.

Par ailleurs, les calculs de nombres médians de praticiens par ligne sont réalisés sur le périmètre restreint des lignes ne faisant pas l'objet d'un partage, afin d'éviter les comptes multiples d'effectifs par des établissements partageant une ligne.

Spécialité et sur-spécialité, ou compléments de spécialité

Dans les cas où la spécialité de la ligne saisie par l'établissement ne correspondait à aucune des spécialités attendues, celle-ci a fait l'objet d'un reclassement réalisé à partir des modalités renseignées de spécialité et sur-spécialité, lorsque l'information saisie était suffisamment précise et pertinente pour pouvoir s'apparenter à une des spécialités attendues. Ce reclassement permet ainsi d'intégrer la ligne en question à l'analyse si elle rentre dans le champ de l'enquête. Ce travail a notamment permis d'identifier 3 spécialités qui n'étaient pas proposées dans la maquette de réponse, mais qui ont été néanmoins codées et intégrées à l'enquête afin de ne pas exclure les nombreuses lignes concernées :

- l'endocrinologie/diabétologie
- l'infectiologie
- autres chirurgies.

Par souci de lisibilité, le rapport présente également les résultats par groupes de spécialités : l'ensemble des spécialités ont été rassemblées dans des groupes de 7 spécialités afin de pouvoir réaliser une analyse plus synthétique et sur un plus grand nombre de lignes.

— La spécialité générale de médecine regroupe :

- médecine interne ou polyvalente ou générale
- pédiatrie hors néonatalogie et hors réanimation et surveillance continue pédiatriques
- spécialités médicales autres (préciser colonne suivante)
- gériatrie aiguë, hors chirurgie
- hépato-gastroentérologie hors endoscopie
- cardiologie hors cardiologie interventionnelle/hors USIC
- néphrologie/dialyse
- pneumologie hors endoscopie
- oncologie
- néonatalogie hors réanimation néonatale
- hématologie clinique
- gynécologie médicale
- endocrinologie-diabétologie
- infectiologie
- néphrologie/greffe.

— La spécialité générale de chirurgie regroupe :

- chirurgie viscérale et digestive
- chirurgie orthopédique et traumatologique hors SOS Main
- urologie
- orl et cervico-faciale
- chirurgie vasculaire et endovasculaire
- ophtalmologie
- chirurgie gynécologique hors obstétrique
- chirurgie orthopédique et traumatologique SOS Main
- neurochirurgie
- chirurgie thoracique et cardiovasculaire hors chirurgie cardiaque
- chirurgie stomatologique ou maxillo-faciale
- chirurgie cardiaque
- chirurgie pédiatrique viscérale (chirurgie viscérale et digestive, gynécologie, urologie et chirurgie thoracique)
- chirurgie pédiatrique orthopédique et traumatologique hors SOS Main
- autres chirurgies
- chirurgie non spécifiée
- chirurgie pédiatrique orthopédique et traumatologique SOS Main
- odontologie.

— Les spécialités médico-techniques regroupent :

- biologie
- radiologie/imagerie diagnostique
- pharmacie
- anatomopathologie.

— La spécialité générale de soins critiques regroupe :

- réanimation adulte médico-chirurgicale
- soins intensifs cardiologiques (USIC)
- réanimation adulte médicale
- surveillance continue adulte
- réanimation adulte chirurgicale
- unité neurovasculaire (UNV)
- soins intensifs neurovasculaires (USINV)
- réanimation néonatale
- réanimation pédiatrique
- soins intensifs polyvalents
- soins intensifs néphrologiques
- soins intensifs d'une autre spécialité
- surveillance continue pédiatrique
- soins intensifs hématologiques
- soins intensifs hépato-gastro-entérologiques (HGE)
- soins intensifs respiratoires
- service de réadaptation post-réanimation (SRPR).

— La spécialité d'anesthésie regroupe :

- anesthésie adulte
- anesthésie pédiatrique.

— Le secteur interventionnel regroupe :

- endoscopie interventionnelle digestive
- cardiologie interventionnelle/angioplastie
- cardiologie interventionnelle/rythmologie
- radiologie interventionnelle hors NRI et cardiologie interventionnelle
- neuroradiologie interventionnelle (NRI)
- endoscopie interventionnelle pulmonaire.

— L'obstétrique



GLOSSAIRE

ARS : agences régionales de santé
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CHU : centres hospitaliers universitaires
CNP-MIR : conseil national professionnel médecine intensive – réanimation
DGOS : direction générale de l'offre de soins
ES : établissement de santé
FIR : fonds d'intervention régionale
HGE : soins intensifs hépato-gastro-entérologiques
IGAS : inspection générale des affaires sociales
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
NRI : neuroradiologie interventionnelle
PADHUE : praticiens à diplôme hors Union européenne
PDES : permanence des soins en établissement de santé
PLAGE : plate-forme de gestion des utilisateurs
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
RH : ressources humaines
SAU : service d'accueil des urgences
SROS-PRS : schéma régional d'organisation des soins - projet régional de santé
SRPR : service de réadaptation post-réanimation
SRS : schéma régional de santé
UNV : unité neurovasculaire
USC : unité de surveillance continue
USIC : soins intensifs cardiologiques
USINV : soins intensifs neurovasculaires
USIP : unités de soins intensifs psychiatriques



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*