



La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter

Répartition, soutenabilité et reconnaissance



Tome 2 : Annexes



Mathias ALBERTONE

Dr Pierre-Yves DEMOULIN

Inspection générale des affaires sociales

Avec la contribution du pôle Data de l'IGAS

2023-009R

Juin 2023

« La présente version du rapport comprend quelques passages occultés. Ces passages, relatifs aux hypothèses de revalorisation des dispositifs de reconnaissance du travail en période de PDSES, sont préparatoires à une décision administrative »

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : RAPPORT D'ETAPE SUR L'EVALUATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE 2020-024R : TOME 1.....	4
ANNEXE 2 : RAPPORT D'ETAPE SUR L'EVALUATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE 2020-024R : TOME 2	5
ANNEXE 3 : TABLEAU RECAPITULATIF DES OBLIGATIONS DE PDSes POUR LES ACTIVITES REGLEMENTEES A COMPTER DU 1ER JUIN 2023	6
ANNEXE 4 : ANALYSE DE L'ENQUETE SOLEN AUPRES DES ARS.....	18
ANNEXE 5 : ANALYSE DE L'ENQUETE SOLEN REALISEE AUPRES D'UN PANEL D'ETABLISSEMENTS DE SANTE	51
ANNEXE 6 : PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES A METTRE EN ŒUVRE DANS LE CADRE DES RECOMMANDATIONS FORMULEES PAR LA MISSION	76
ANNEXE 7 : SYNTHESE DES MESURES D'IMPACT MISES A L'ETUDE.....	81

ANNEXE 1 : Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissement de santé 2020-024R : Tome 1

Le rapport d'étape 2020-024R n'a pas été rendu public, la crise sanitaire n'ayant pas permis la rencontre de toutes les parties prenantes. Ce rapport d'étape a été une ressource précieuse pour la mission et figure en annexe 1 et 2 ; il est accessible via le lien suivant :

<https://igas.gouv.fr/Rapport-d-etape-sur-l-evaluation-de-la-permanence-des-soins-en-etablissement-de.html>

ANNEXE 2 : Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissement de santé 2020-024R : Tome 2

Le rapport d'étape 2020-024R n'a pas été rendu public, la crise sanitaire n'ayant pas permis la rencontre de toutes les parties prenantes. Ce rapport d'étape a été une ressource précieuse pour la mission et figure en annexe 1 et 2 ; il est accessible via le lien suivant :

<https://igas.gouv.fr/Rapport-d-etape-sur-l-evaluation-de-la-permanence-des-soins-en-etablissement-de.html>

ANNEXE 3 : Tableau récapitulatif des obligations de PDSES pour les activités règlementées à compter du 1er juin 2023

Source : DGOS

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
TEP/gamma cameras et Médecine nucléaire								Pas de permanence des soins	Non	
SSR/SMR		Présence d'un infirmier en permanence	Non				D. 6124-177-5	Présence d'un infirmier en permanence	Non	
Hospitalisation à domicile		Recours à avis médical en permanence	Non				D. 6124-201	Recours à avis médical en permanence	Non	
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie : "Actes portant sur les autres	Permanence des soins requise sans précision. Astreinte possible de médecin cardiologue et anesthésiste réanimateur	Oui pour les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (3. de	Non	Rythmologie	Mention A : électrophysiologie diagnostique, poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	D. 6124-185-1	présence sur site ou en astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en médecine cardio-vasculaire	non	non
						Mention B : en sus des actes autorisés en mention A, ablation atriale droite et atrioventriculaire, poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	D. 6124-185-1	présence sur site ou en astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en médecine cardio-vasculaire justifiant d'une formation attestée en rythmologie interventionnelle	non	non
						Mention C : en sus des actes autorisés en mention B, ablation atriale avec abord transeptal, ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	D. 6124-185-1	présence sur site ou en astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en médecine cardio-vasculaire justifiant d'une formation attestée en rythmologie interventionnelle	non	non

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
	cardiopathies de l’adulte".		l'article R. 6123-128).			Mention D : en sus des actes autorisés en type C, actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire, actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	D. 6124-185-1	présence sur site ou en astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en médecine cardio-vasculaire justifiant d'une formation attestée en rythmologie interventionnelle	non	non
					Cardiopathies congénitales hors rythmologie		D. 6124-185-1	présence sur site ou en astreinte opérationnelle, d'un médecin justifiant d'une formation attestée en cardiologie pédiatrique et congénitale	non	non
					Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		R. 6123-133-1 D. 6124-185-1	présence sur site ou en astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en médecine cardio-vasculaire justifiant d'une formation attestée en cardiologie interventionnelle de l'adulte	oui	non
NRI Neuroradiologie interventionnelle	Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	Astreinte opérationnelle ou garde pour médecin justifiant formation et expérience NRI+ anesthésiste réanimateur	Oui	Oui		Mention A : thrombectomie mécanique et actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu	R. 6123-109-4 D. 6124-149-1	Astreinte opérationnelle ou garde pour médecins justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels en neuroradiologie et médecin spécialisé en anesthésie-réanimation	oui	oui
						Mention A	D. 6124-149-1	Présence sur site d'un médecin spécialisé en neurologie ou un médecin compétent en pathologies neurovasculaires d'une unité neurovasculaire	oui	non

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
						Mention B : activités interventionnelles en neuroradiologie	R. 6123-109-4 D. 6124-149-1	Astreinte opérationnelle ou garde pour médecin justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels en neuroradiologie médecin spécialisé en anesthésie-réanimation	oui	oui
							D. 6124-149-1	Présence sur site d'un médecin spécialisé en neurologie ou un médecin compétent en pathologies neurovasculaires d'une unité neurovasculaire	oui	non
IRM Scanner et équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique							R. 6123-162	Permanence des soins sur proposition du DGARS		Oui sur la base d'une convention
										Permanence des soins sur proposi+J28:M28
						Mention A : à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions B, C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens		Pas de permanence des soins		

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
Activité de radiologie interventionnelle						Mention B : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle		Pas de permanence des soins		
						Mention C : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle		Pas de permanence des soins		

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
						Mention D : actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	R. 6123-172 D. 6124-235	Astreinte ou garde d'un médecin spécialisé en radiologie et imagerie médicale	Oui	Oui
Médecine							R. 6123-155 D. 6124-218	Peut être appelé à participer à la PDSES- dans ce cas, astreinte ou garde d'un médecin	non	non
Psychiatrie		Présence sur site ou astreinte d'un psychiatre					D. 6124-249	Présence sur site ou astreinte d'un psychiatre	non	
	Réanimation adulte	Garde sur place de réanimateur ou anesthésiste réanimateur. Possibilité de permanence par un interne la nuit (doublé par un médecin sénior en astreinte opérationnelle)	Oui	Non		Mention 1 : Réanimation et soins intensifs	R. 6123-35 D.6124-28-2 (I) D.6124-28-1* (I)	Permanence médicale dédiée à l'unité de réanimation et l'unité de soins intensifs polyvalents (organisation plateau technique de soins critiques combinant les deux unités): En journée, présence de deux médecins membres de l'équipe médicale mutualisée des deux unités (*MIR, MAR, le cas échéant autres médecins spécialisés disposant d'une formation ou expérience en soins critiques). En dehors des services de présence d'un médecin spécialisé en médecine intensive-réanimation (MIR) ou en anesthésie-réanimation (MAR) dédié aux activités des deux unités	oui	Non. En dehors des services de jour, organisation tableau de garde MIR/MAR mutualisable avec d'autres sites si les effectifs MIR/MAR au sein de l'équipe et au niveau du site sont insuffisants (ex : au sein du GHT)

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
Soins critiques adultes					Soins critiques adultes	Mention 1 : Réanimation et soins intensifs	R. 6123-35 D.6124-28-2 (III) D.6124-28-1 (II)	En dehors des services de jour, présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle ou une présence sur site par un médecin spécialisé dans la discipline de l'unité de soins intensifs de spécialité.	oui	non
						Mention 2 : soins intensifs polyvalents dérogatoires	R. 6123-35 D.6124-28-2 (II)	En dehors des services de jour, présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle par un médecin spécialisé en médecine intensive-réanimation ou en anesthésie-réanimation.	oui	non
						Mention 3 : soins intensifs de cardiologie	R. 6123-35 D.6124-29-4	En dehors des services de jour, présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline.	oui	non
						Mention 4 : Soins intensifs de neurologie vasculaire	R. 6123-35 D. 6124-30-4 (I)	En dehors des services de jour, présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline ou d'une autre discipline avec expertise en pathologie neurovasculaire. Site avec autorisation NRI : présence sur site d'un médecin spécialisé dans la discipline	oui	non
						Mention 5 : soins intensifs d'hématologie	R. 6123-35 D. 6124-31-4	En dehors des services de jour, présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline.	oui	non

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
Soins critiques pédiatriques	Réanimation pédiatrique	Garde sur place de Pédiatre, réanimateur ou anesthésiste réanimateur Possibilité de permanence par un interne la nuit (doublé par un médecin sénior en astreinte opérationnelle). La nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, commune aux unités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale dès lors que ces deux unités sont à proximité immédiate et que le niveau d'activité le permet. Dans ce cas, un médecin couvrant l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle.	Oui	Non	Soins critiques pédiatriques	Mention 2 : réanimation et soins intensifs pédiatriques	R. 6123-35 D. 6124-33-1 (I)	Permanence médicale de l’unité de réanimation pédiatrique et de l’unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents contigue. En dehors des services de jour, par un médecin de l'équipe médicale* (commune aux deux unités) : <u>*D.6124-33 : rectificatifs à venir (décrets chir)</u> «1° des médecins spécialisés en pédiatrie, en anesthésie-réanimation ou en médecine intensive-réanimation avec une compétence en réanimation pédiatrique. Lorsqu’ils exercent en réanimation pédiatrique, ces médecins disposent d’une compétence en néonatalogie ou en réanimation pédiatrique ou d’une expérience d’au moins deux ans en réanimation pédiatrique ». En dehors des services de jour, la permanence médicale peut être commune aux unités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale si celles-ci sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre et lorsque le niveau d'activité le permet. Dans ce cas, un médecin de l'équipe de l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle.	oui	non
	Réanimation pédiatrique spécialisée	Garde sur place de Pédiatre, réanimateur ou anesthésiste réanimateur – expérience en néonatalogie ou réanimation pédiatrique. Possibilité de permanence par un interne la nuit (doublé par un médecin sénior en astreinte opérationnelle).	Oui	Non		Mention 1 : réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques	R. 6123-35 D.6124-33-1 (I) D.6124-33*	Permanence médicale de l’unité de réanimation pédiatrique de recours et de l’unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents contigue. En dehors des services de jour, par un médecin de l'équipe médicale* (commune aux deux unités) : <u>D.6124-33 : rectificatifs à venir (décrets chir)</u> «1° des médecins spécialisés en pédiatrie, en anesthésie-réanimation ou en médecine intensive-réanimation avec une compétence en réanimation pédiatrique. Lorsqu’ils exercent en réanimation pédiatrique de recours, ces médecins disposent d’une compétence en réanimation pédiatrique ou d’une expérience d’au moins deux ans en réanimation pédiatrique »	oui	non
						Mention 3 : soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	R. 6123-35 D. 6124-33-1 (II)	En dehors des services de jour, présence sur site d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ou en réanimation néonatale + astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents.	oui	non
						Mention 4 : soins intensifs pédiatriques d'hématologie	R. 6123-35 D. 6124-34-3 D.6124-34-1	En dehors des services de jour, présence sur site d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale * (spécialisés en pédiatrie ou en hématologie)	oui	non

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
	Chirurgie des cancers		Non		Chirurgie oncologique	Mention A2 Chirurgie oncologique thoracique	R.6123-92-9	Présence permanente sur le site <u>ou</u> Astreinte opérationnelle d’un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation ou en médecine intensive –réanimation dans le cadre de l’organisation de la continuité des soins des patients pris en charge.	Non	Non
						Mention B Chirurgie oncologique complexe	R.6123-92-9	Présence permanente sur le site <u>ou</u> Astreinte opérationnelle d’un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation ou en médecine intensive –réanimation dans le cadre de l’organisation de la continuité des soins des patients pris en charge.	Non	Non
						Mention C Chirurgie oncologique chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans	R.6123-92-9	Présence permanente sur le site ou Astreinte opérationnelle d’un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation ou en médecine intensive –réanimation dans le cadre de l’organisation de la continuité des soins des patients pris en charge.	Non	Non
	Radiothérapie externe, curiethérapie Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées		Non		Radiothérapie externe, curiethérapie	Mention A Radiothérapie externe				
						Mention B Curiethérapie				
						Mention C Radiothérapie externe pour adultes et chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans				
						Mention C Curiethérapie pour adultes et chez les enfants et adolescents de moins de 18 ans	D. 6124-133-3	Astreinte opérationnelle de médecin radiothérapeute. Cas particulier de la curiethérapie en continue sur plus de 12h.	Non	Non
	Traitement des Cancers					Mention A traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B			Non	Non

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
Chimiothérapie ou autres TMSC			Non		Transversal TMSC	Mention B : TMSC pour adulte et chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours.	D.6124-134-9	<u>Possibilité d’organiser</u> une astreinte téléphonique d’un médecin de l’équipe de TMSC pour la continuité des soins en fonction de la lourdeur et de la complexité du TMSC réalisé pour le patient, les nuits et le week-end .	Non	Non
						Mention C : TMSC pour enfant et adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours.				
					TMSC pour adultes	Mention A				
					TMSC pour adultes y compris les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours.	Mention B	R. 6123-94-2 D. 6124-134-8	Au-moins une Astreinte opérationnelle. Garde d’un médecin qualifié spécialisé (24h/ 24h et 7 jours sur 7 : présence sur site) + Astreinte d’un médecin qualifié spécialisé en oncologie-hématologie ou en hématologie justifiant d’une expérience dans la prise en charge des aplasies de longue durée. Cas particulier des chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours.	Non	Non
					TMSC chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans y compris les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours.	Mention C	R. 6123-94-2 D.6124-134-8	Au-moins une Astreinte opérationnelle. Garde d’un médecin qualifié spécialisé (24h/ 24h et 7 jours sur 7 : présence sur site) + Astreinte d’un médecin qualifié spécialisé en oncologie-hématologie ou en hématologie justifiant d’une expérience dans la prise en charge des aplasies de longue durée. Cas particulier des chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours.	Non	Non
					Chirurgie adulte			Pas de permanence ni astreinte	Non	

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
Chirurgie					Chirurgie pédiatrique			Pas de permanence ni astreinte	Non	
					Chirurgie bariatrique			Pas de permanence ni astreinte	Non	
Neurochirurgie		Obligation d’astreinte opérationnelle ou de garde pour neurochirurgien et anesthésiste réanimateur	oui	Oui			R. 6123-101 D. 6124-138 D. 6124-164	Obligation d’astreinte opérationnelle ou de garde pour neurochirurgien et anesthésiste réanimateur	Oui	Oui
Chirurgie cardiaque		Obligation d’astreinte exclusive ou de garde sur site	oui	Non			R. 6123-73 D.6124-123	Obligation d’astreinte exclusive ou de garde sur site	Oui	Non
Médecine d'urgence		Obligation d'assurer, en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé. Obligation d'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation doit comprendre un médecin.	Oui	Non	Pas de changement à date					

Activité de soins ou EML	Règlementation applicable avant le 1 ^{er} juin 2023				Règlementation applicable après le 1er juin 2023					
	Modalité	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 nouveaux patients	Mutualisation possible avec un autre site	Modalité	Mention	Base juridique	Obligation de permanence sur site	Accueil H24 (nouveaux patients)	Mutualisation possible avec un autre site
Obstétrique		Obligation pour l'unité d'obstétrique d'assurer 24h/24 les accouchements et les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.	Oui	Non	Pas de changement à date					
traitement des grands brûlés		obligation d'accueillir et de dispenser des soins à tout moment	Oui	Non	Pas de changement à date					

ANNEXE 4 : Analyse de l'enquête Solen auprès des ARS

Afin d'apporter un éclairage de terrain, une enquête SOLEN a été diffusée aux ARS le 10 mars 2023. L'objectif de l'enquête était décrit en préambule de l'enquête comme suit :

« Cette enquête vise à documenter, sur le plan quantitatif et qualitatif, les dispositifs mis en œuvre en application des schéma régionaux de la PDSES. Elle cherche à établir un recensement consolidé des dispositifs de PDS reconnus et de leur financement par les ARS. L'enquête comprend un volet qualitatif destiné à identifier les lignes en difficultés ou susceptibles de le devenir, les solutions envisagées pour y remédier, les principaux leviers de mutualisation mis en œuvre. »

L'enquête consistait, au-delà du dénombrement des lignes de gardes et d'astreintes par spécialité et secteur (public, privé à but non lucratif, et privé lucratif), en 21 questions portant à la fois sur la mise en œuvre du schéma régional, et sur un volet axé sur le financement de la PDSES. Enfin 4 questions ouvertes portant sur l'appréciation de la situation actuelle, de la prime de solidarité et leur expérience en termes de mutualisation clôturaient l'enquête.

Toutes les ARS métropolitaines ainsi que la Guadeloupe ont répondu à l'enquête. Par ailleurs, on remarque qu'une attention particulière a été portée au remplissage du questionnaire : les données sont de qualité comme en témoigne le peu de valeurs manquantes ou aberrantes remontées ainsi que les commentaires et suggestions sur la situation actuelle formulés avec précision. Ce recueil permet donc d'établir des statistiques fiables.

Le questionnaire diffusé figure pour information en fin d'annexe.

Les enseignements de l'enquête à partir de l'ensemble des ARS ayant répondu sont les suivants.

Question 1 : Nombre de lignes de PDSES sénior inscrites au schéma régional de la PDSES, financées par l'ARS et mises en œuvre, par type de dispositif

Cette question visait à disposer d'une connaissance précise des spécialités et activités inscrites aux schémas régionaux.

6535 lignes sont recensées, toutes modalités confondues. 30 % des lignes sont des lignes de gardes, 58 % des lignes d'astreintes, 12% des lignes « mixtes » (½ gardes, ½ astreintes, ou astreintes de semaine gardes de week-end). La répartition par spécialité est très différente selon les modalités, les gardes sont concentrées sur très peu de spécialités, tandis que les astreintes couvrent beaucoup plus de spécialités.

Le détail par spécialité est donné dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Répartition des lignes de garde, astreintes et autres par spécialité

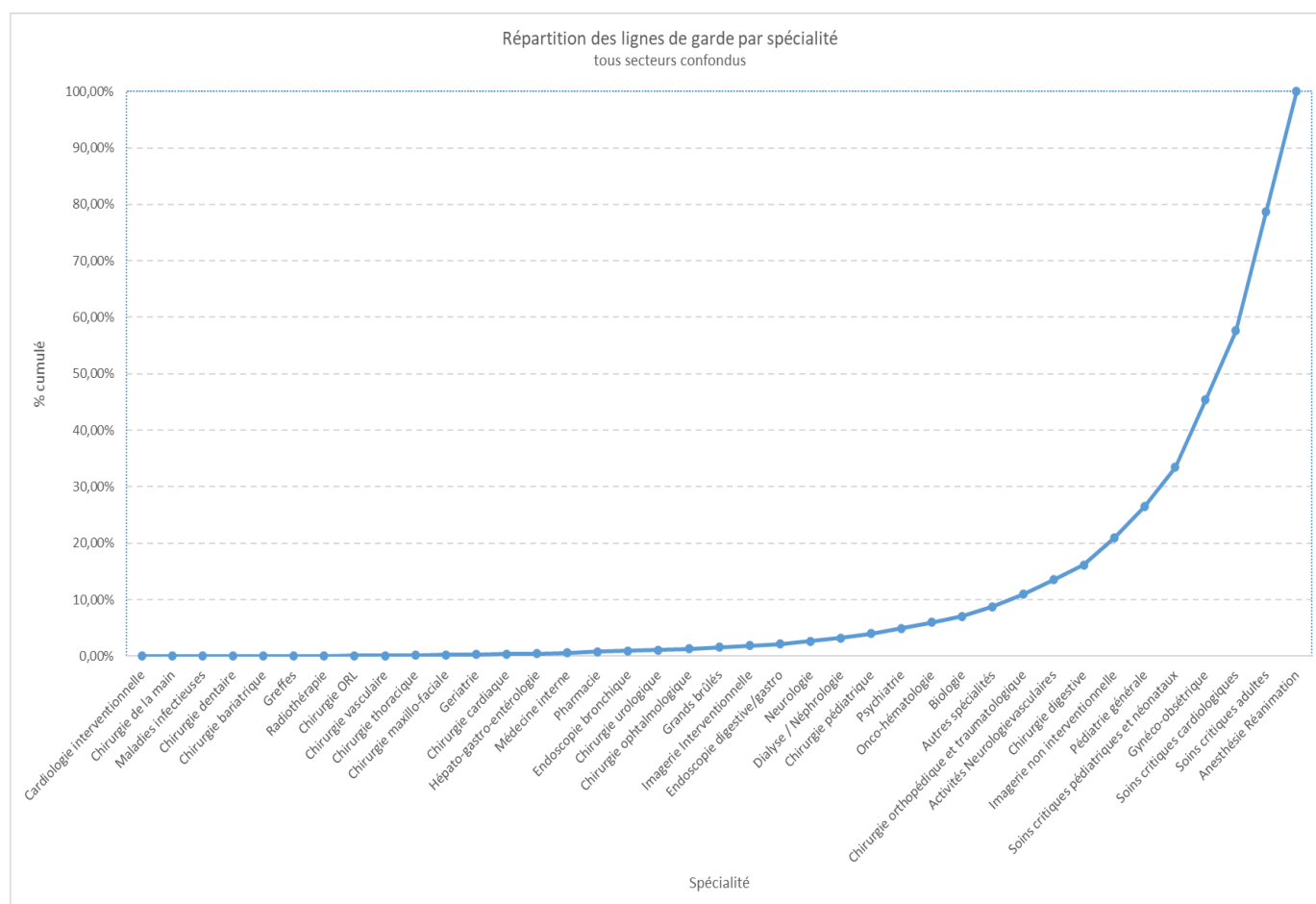
Spécialité	Gardes	%gardes	Astreintes	% ast.	Autres	%autres	TOTAL	% TOTAL
Anesthésie Réanimation	426	21%	365,25	10%	77	10%	868,25	13,3%
Gynéco-obsétrique	239	12%	254	7%	4	1%	497	7,6%
Soins critiques adultes	423	21%	55	1%	19	3%	497	7,6%
Chirurgie digestive	52	3%	315,5	8%	93	13%	460,5	7,0%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	45	2%	225,1	6%	144	20%	414,1	6,3%
Imagerie non interventionnelle	95,5	5%	276,25	7%	36	5%	407,75	6,2%
Pédiatrie générale	112	6%	220	6%	11	1%	343	5,2%
Soins critiques cardiologiques	246	12%	30	1%	21	3%	297	4,5%
Soins critiques pédiatriques et néonataux	139	7%	110	3%	0	0%	249	3,8%
Cardiologie interventionnelle	0	0%	201	5%	1	0%	202	3,1%
Chirurgie urologique	4	0%	152,7	4%	35	5%	191,7	2,9%
Médecine interne	3	0%	135,5	4%	43	6%	181,5	2,8%
Biologie	22	1%	116	3%	41	6%	179	2,7%
Endoscopie digestive/gastro	6	0%	124	3%	26	4%	156	2,4%
Autres spécialités	34	2%	85	2%	26	4%	145	2,2%
Activités Neurologie vasculaires	51	3%	84,5	2%	5	1%	140,5	2,1%
Chirurgie ORL	1	0%	112	3%	15	2%	128	2,0%
Chirurgie vasculaire	1	0%	117,9	3%	8	1%	126,9	1,9%
Chirurgie ophtalmologique	4	0%	85	2%	28	4%	117	1,8%
Chirurgie pédiatrique	17	1%	79	2%	9	1%	105	1,6%
Imagerie Interventionnelle	5,5	0%	76	2%	8	1%	89,5	1,4%
Pharmacie	3	0%	67	2%	19	3%	89	1,4%
Chirurgie cardiaque	2	0%	67	2%	4	1%	73	1,1%
Psychiatrie	17,5	1%	51	1%	2	0%	70,5	1,1%
Dialyse / Néphrologie	11	1%	43	1%	15	2%	69	1,1%
Endoscopie bronchique	3	0%	63	2%	2	0%	68	1,0%
Neurologie	10	0%	52	1%	3	0%	65	1,0%
Hépto-gastro-entérologie	2	0%	54	1%	5	1%	61	0,9%
Onco-hématologie	21	1%	34	1%	4	1%	59	0,9%
Chirurgie de la main	0	0%	41	1%	15	2%	56	0,9%
Chirurgie thoracique	1	0%	36	1%	1	0%	38	0,6%
Chirurgie maxillo-faciale	1	0%	29	1%	2	0%	32	0,5%
Maladies infectieuses	0	0%	25	1%	3	0%	28	0,4%
Geriatric	1	0%	4	0%	9	1%	14	0,2%
Grands brûlés	5	0%	7	0%	0	0%	12	0,2%
Chirurgie dentaire	0	0%	2	0%	2	0%	4	0,1%
Chirurgie bariatrique	0	0%	1	0%	0	0%	1	0,0%
Greffes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Radiothérapie	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Total	2003,5		3795,7		736,0		6535,2	

Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Anesthésie-réanimation, soins critiques en cardiologie (USIC), soins critiques adultes et gynécologie-obstétrique concentrent à elles seules 66 % des lignes de gardes financées par les ARS (tous secteurs confondus), tandis que 14 spécialités n'ont aucune ligne de garde financée.

Les 10 spécialités les plus importantes concentrent 89 % des lignes de garde. La répartition peut se représenter graphiquement comme suit.

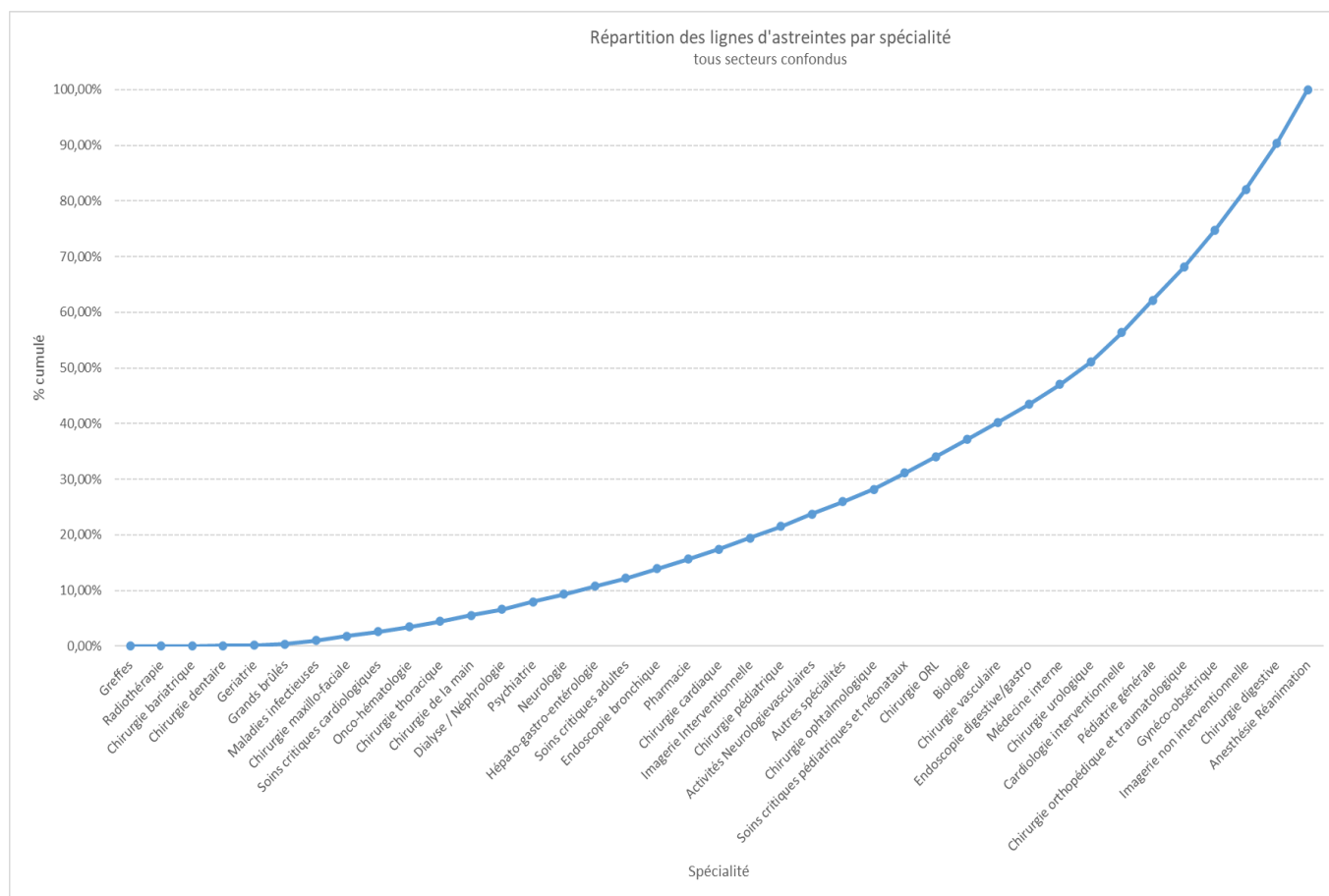
Schéma 1 : Répartition des lignes de garde par spécialité, tous secteurs confondus
(courbe de Lorenz)



Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

En revanche, la répartition entre spécialités est plus équitable pour les astreintes, puisque les 10 spécialités les plus représentées ne concentrent que 60 % des lignes d'astreintes, comme le montre la figure 2 ci-dessous :

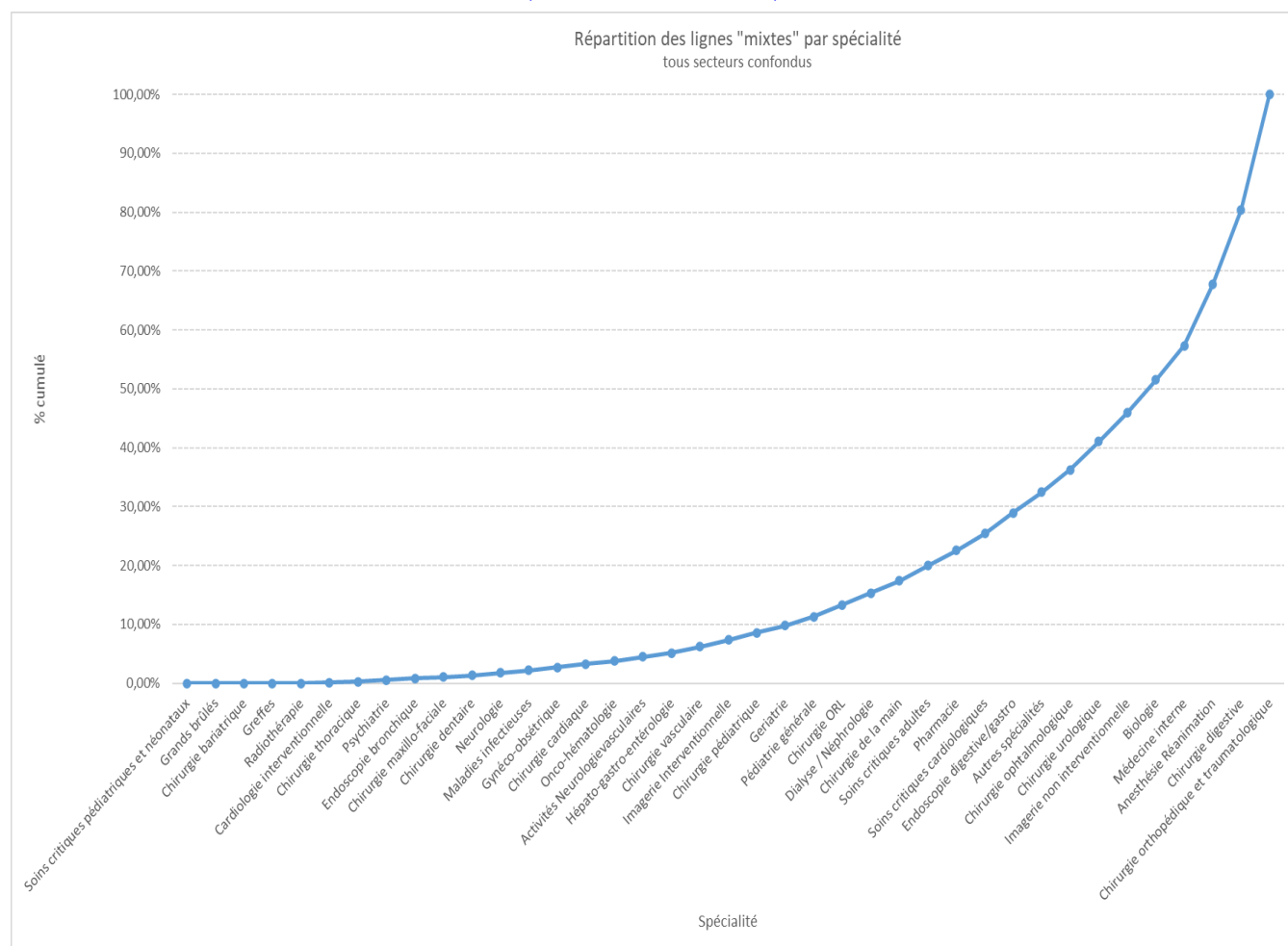
Schéma 2 : Répartition des lignes d'astreinte par spécialité, tous secteurs confondus (courbe de Lorenz)



Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Enfin, les modes mixtes de PDSES sont utilisés par la plupart des spécialités (seulement 5 spécialités ne sont pas concernées) et sembleraient toucher plus particulièrement des activités de chirurgie : chirurgie orthopédique, digestive, urologique et ophtalmique.

Schéma 3 : Répartition des lignes d'astreinte par spécialité, tous secteurs confondus (courbe de Lorenz)



Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Questions 2 à 5 :

Les questions 2 à 5 visent à mieux appréhender la place des CHU et des établissements supports de GHT autres que les CHU dans la PDES

- 2.Proportion des lignes de gardes mises en œuvre dans le cadre du schéma régional assurées par les CHU (% du nombre total de lignes de gardes du schéma régional).
- 3.Proportion des lignes d'astreintes mises en œuvre dans le cadre du schéma régional assurées par les CHU (% du nombre total de lignes d'astreintes du schéma régional)
- 4.Proportion des lignes de gardes mises en œuvre dans le cadre du schéma régional assurées par les établissements supports de GHT autres que les CHU (% du nombre total de lignes de gardes du schéma régional)
- 5.Proportion des lignes d'astreintes mises en œuvre dans le cadre du schéma régional assurées par les établissements supports de GHT autres que les CHU (% du nombre total de lignes d'astreintes du schéma régional)

La place des CHU dans les schémas régionaux de la permanence des soins varie sensiblement. Le pourcentage des lignes de garde assurées par les CHU varie entre 26 % et 70 %¹. En moyenne² 40 % des lignes de garde sont assurées par les CHU. La proportion d'astreintes assurée par les CHU est nettement moindre, seulement 23 % des astreintes sont assurées par les CHU, avec encore de gros écarts entre régions puisque l'ARS Pays de la Loire affirme que 38 % des astreintes sont assurées par les CHU tandis que le CVL et la Normandie déclarent que seulement 18 % des astreintes sont assurées par les CHU.

Les établissements support de GHT occupent également une place importante dans la permanence des soins, ils assurent 30 % des gardes et 23 % des astreintes. On observe à nouveau de fortes disparités entre régions, notamment en région PACA où les supports de GHT semblent très peu impliqués que ce soit pour les gardes ou le astreintes (13 % et 14 %)

La part des gardes qui ne sont assurées ni par les CHU ni par les supports de GHT est en moyenne de 30 %, 8 régions se situent autour de cette moyenne (+/- 5 %) signifiant que généralement deux tiers des gardes se répartissent entre CHU et support de GHT, en proportions variables selon l'importance des CHU. En revanche il est intéressant de d'observer qu'en PACA, 61 % des gardes sont assurées en dehors des CHU et des supports de GHT, alors qu'en Bretagne, Normandie et Pays de la Loire, seulement 20 % sont assurées à l'extérieur.

Les astreintes sont en moyenne autant assurées par les établissements support de GHT que par les CHU (24 % vs 23 %). On retrouve les régions Pays de la Loire et Bretagne parmi celles où les lignes d'astreintes sont les moins assurées en dehors de CHU et support de GHT. PACA et l'Île de France en revanche ont une large part des astreintes couvertes en dehors de ces structures (61 % et 66 % respectivement).

¹ On exclut la Corse qui n'ayant pas de CHU a par construction une valeur égale à 0

² On pondère par le nombre de ligne de garde (resp. astreintes) de chaque région

Les tableaux 2 et 3 ci-dessous font apparaître par région la répartition des gardes et astreintes selon le type d'établissement (CHU, support de GHT et autres)

Tableau 2 : Répartition des lignes de garde par type d'établissement et par région

Région	Proportion de gardes assurées par les CHU	Proportion de gardes assurées par les établissements support de GHT (autres que CHU)	Proportion de gardes assurées par les autres catégories d'établissements
Provence-Alpes-Côte d'Azur	26%	13%	61%
Occitanie	38%	27%	35%
Grand Est	34%	31%	35%
Auvergne-Rhône-Alpes	42%	25%	33%
Nouvelle-Aquitaine	37%	31%	31%
Hauts-de-France	33%	36%	31%
Guadeloupe	70%	0%	30%
Île-de-France	49%	22%	29%
Centre-Val de Loire	28%	44%	28%
Normandie	32%	48%	20%
Pays de la Loire	52%	30%	18%
Bretagne	39%	45%	17%
Bourgogne-Franche-Comté	51%	49%	0%
Corse	0%	100%	0%
Moyenne pondérée (y.c Corse)	40%	30%	30%

Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Tableau 3 : Répartition des lignes d'astreintes par type d'établissement et par région

Région	Proportion d'astreintes assurées par les CHU	Proportion d'astreintes assurées par les établissements support de GHT (autres que CHU)	Proportion d'astreintes assurées par les autres catégories d'établissements
Île-de-France	25%	9%	66%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25%	14%	61%
Auvergne-Rhône-Alpes	23%	18%	59%
Hauts-de-France	16%	28%	56%
Nouvelle-Aquitaine	26%	22%	53%
Occitanie	23%	26%	51%
Normandie	18%	32%	50%
Grand Est	24%	27%	49%
Centre-Val de Loire	18%	36%	46%
Bretagne	24%	40%	37%
Pays de la Loire	38%	27%	35%
Guadeloupe	65%	0%	35%
Bourgogne-Franche-Comté	26%	74%	0%
Corse	0%	75%	25%
Moyenne pondérée (y.c Corse)	23%	24%	53%

Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

En complément des données recueillies dans le cadre de l'enquête, un rapprochement a été fait entre l'activité et la part du nombre de lignes de gardes inscrites aux schémas de la PDSES de chaque région.

Le nombre de passages aux urgences a été choisi comme indicateur du volume d'activité. Les données de 2021³ ont été prises en compte, celle de 2022 n'étant pas encore disponibles. Le tableau ci-dessous procède à ce rapprochement :

Tableau 4 : Comparaison de la part des lignes de gardes attribuées et du nombre de passages aux urgences

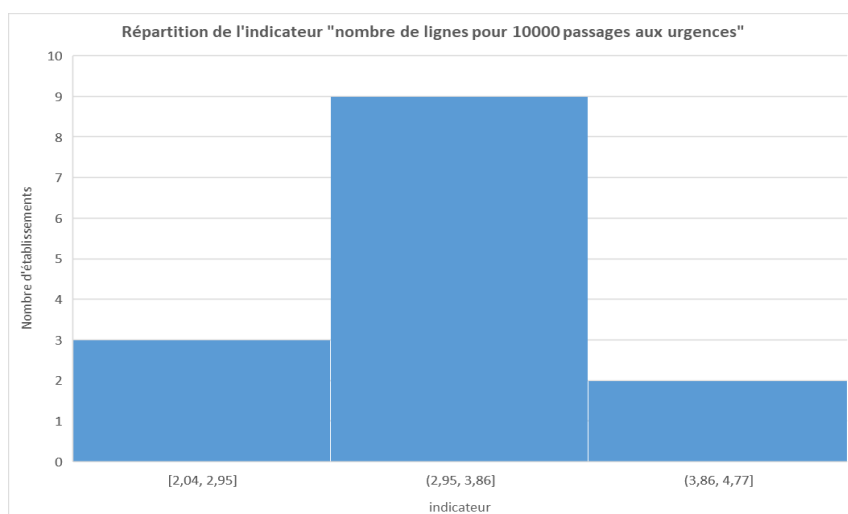
Région	% passages aux urgences	%lignes
Île-de-France	19,20%	15,88%
Auvergne-Rhône-Alpes	12,25%	12,67%
Nouvelle-Aquitaine	8,40%	10,19%
Occitanie	9,10%	9,82%
Hauts-de-France	9,24%	9,20%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8,93%	8,54%
Grand Est	7,44%	8,29%
Bourgogne-Franche-Comté	4,45%	6,14%
Pays de la Loire	4,80%	5,23%
Bretagne	4,73%	4,73%
Centre-Val de Loire	3,98%	4,44%
Normandie	6,36%	3,84%
Guadeloupe	0,63%	0,52%
Corse	0,51%	0,50%
TOTAL	100%	100%

Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Un indicateur « nombre de lignes pour 10 000 passages aux urgences » a été calculé sur ces base, sa répartition présente le profil suivant :

³ Source PMSI

Schéma 4 : Distribution de l'indicateur « nombre de ligne pour 10 000 passages aux urgences tous secteurs confondus »



Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Cet indicateur est relativement homogène, avec une moyenne de 3,43 lignes de gardes pour 10 000 passages aux urgences et un écart type de 0,63. Ceci montre que globalement les ARS financent de façon homogène leurs lignes de garde et en lien avec le nombre de passages aux urgences.

Questions 6 et 7 : Les questions 6 et 7 étaient consacrées au recueil du nombre de lignes de garde par spécialité pour les secteurs privé à but non lucratif et privé à but lucratif. Elles sont destinées à obtenir une répartition de la contribution des secteurs d'hospitalisation (publics/privés) à la PDSSES et ainsi qu'une typologie d'activités préférentielles pour chaque secteur.

- 6. Nombre de lignes inscrites au schéma régional de la PDSSES, financées par l'ARS et mises en œuvre par des établissements privés à but non lucratif
- 7. Nombre de lignes inscrites au schéma régional de la PDSSES, financées par l'ARS et mises en œuvre par des établissements privés à but lucratif

Tableau 5 : Répartition régionale des lignes de garde par secteur

GARDES	Part du secteur public dans la région	Part du secteur privé lucratif dans la région	Part du secteur privé non lucratif dans la région
Auvergne-Rhône-Alpes	82%	11%	7%
Bourgogne-Franche-Comté	93%	7%	0%
Bretagne	88%	7%	5%
Centre-Val de Loire	87%	13%	0%
Corse	100%	0%	0%
Grand Est	77%	16%	7%
Guadeloupe	67%	25%	8%
Hauts-de-France	88%	8%	4%
Ile de France	83%	10%	7%
Normandie	80%	20%	0%
Nouvelle-Aquitaine	81%	17%	2%
Occitanie	73%	27%	1%
Pays de la Loire	83%	16%	1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	70%	20%	10%
Total	82%	13%	5%

Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Avant de se pencher plus précisément sur le détail par spécialités, cette question permet de quantifier la part des secteurs privé non lucratif et privé lucratif dans la PDES. France entière, 13 % des lignes de garde financées par les ARS sont assurées par le secteur privé lucratif, 5 % par le secteur privé non lucratif et 82 % par le secteur public.

Les régions Occitanie, PACA, Normandie et la Guadeloupe financent une partie importante des lignes de garde dans le secteur privé lucratif. En revanche les ARS Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts de France et Ile de France ont une part de lignes de gardes assurées par le privé inférieure à la moyenne nationale (de 7 % à 10 %).

Le secteur privé non lucratif est très peu présent, il occupe toutefois une part plus importante en Auvergne-Rhône-Alpes et Grand-Est (7 %) et en PACA (10 %).

Le secteur privé lucratif est plus présent dans les astreintes (18 % au national), alors que la part du secteur privé non lucratif est la même (5 %). On observe de fortes disparités au niveau national, la part du secteur privé dans les astreintes variant de 3 % à 29 % selon les régions. Le détail de la répartition des gardes et astreintes par secteur au sein de chaque région est donné dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 6 : Répartition régionale des lignes d'astreintes par secteur

ASTREINTES	Part du secteur public dans la région	Part du secteur privé lucratif dans la région	Part du secteur privé non lucratif dans la région
Auvergne-Rhône-Alpes	74%	21%	5%
Bourgogne-Franche-Comté	95%	3%	2%
Bretagne	87%	10%	2%
Centre-Val de Loire	80%	20%	0%
Corse	70%	30%	0%
Grand Est	82%	13%	5%
Guadeloupe	73%	27%	0%
Hauts-de-France	77%	16%	8%
Ile de France	54%	29%	17%
Normandie	71%	29%	0%
Nouvelle-Aquitaine	83%	13%	4%
Occitanie	70%	28%	2%
Pays de la Loire	84%	14%	2%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	77%	15%	9%
Total	77%	18%	5%

Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Tableau 7 : Répartition des spécialités secteurs public

Spécialité	Gardes	%gardes	Astreintes	% ast.	Autres	%autres	TOTAL	% TOTAL
Anesthésie Réanimation	343	21%	178,25	6%	51	10%	572,25	11,3%
Soins critiques adultes	353	22%	53	2%	19	4%	425	8,4%
Gynéco-obstétrique	174	11%	202	7%	4	1%	380	7,5%
Imagerie non interventionnelle	90,5	6%	206,75	7%	25	5%	322,25	6,3%
Chirurgie digestive	51	3%	208	7%	44	9%	303	6,0%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	45	3%	147,5	5%	87	17%	279,5	5,5%
Pédiatrie générale	99	6%	154	5%	10	2%	263	5,2%
Soins critiques cardiologiques	167	10%	28	1%	16	3%	211	4,2%
Soins critiques pédiatriques et néonataux	125	8%	83	3%	0	0%	208	4,1%
Médecine interne	3	0%	125,5	4%	38	8%	166,5	3,3%
Biologie	21	1%	110	4%	31	6%	162	3,2%
Endoscopie digestive/gastro	6	0%	119,5	4%	12	2%	137,5	2,7%
Cardiologie interventionnelle	0	0%	133	5%	1	0%	134	2,6%
Activités Neurologievasculaires	50	3%	78,5	3%	4	1%	132,5	2,6%
Chirurgie urologique	4	0%	105,5	4%	20	4%	129,5	2,6%
Chirurgie ORL	1	0%	109	4%	7	1%	117	2,3%
Chirurgie ophtalmologique	3	0%	83	3%	24	5%	110	2,2%
Autres spécialités	6	0%	78,5	3%	20	4%	104,5	2,1%
Chirurgie pédiatrique	17	1%	68	2%	8	2%	93	1,8%
Chirurgie vasculaire	0	0%	88,8	3%	3	1%	91,8	1,8%
Imagerie Interventionnelle	4,5	0%	74	3%	7	1%	85,5	1,7%
Pharmacie	2	0%	63	2%	18	4%	83	1,6%
Psychiatrie	17,5	1%	48	2%	2	0%	67,5	1,3%
Dialyse / Néphrologie	10	1%	39	1%	15	3%	64	1,3%
Endoscopie bronchique	3	0%	58	2%	2	0%	63	1,2%
Chirurgie cardiaque	2	0%	50	2%	4	1%	56	1,1%
Neurologie	10	1%	43,5	1%	2	0%	55,5	1,1%
Hépto-gastro-entérologie	2	0%	49	2%	3	1%	54	1,1%
Onco-hématologie	19	1%	30	1%	4	1%	53	1,0%
Chirurgie thoracique	1	0%	30,75	1%	1	0%	32,75	0,6%
Chirurgie maxillo-faciale	1	0%	29	1%	2	0%	32	0,6%
Chirurgie de la main	0	0%	23	1%	5	1%	28	0,6%
Maladies infectieuses	0	0%	25	1%	3	1%	28	0,6%
Geriatric	1	0%	4	0%	9	2%	14	0,3%
Grands brûlés	5	0%	7	0%	0	0%	12	0,2%
Chirurgie dentaire	0	0%	2	0%	2	0%	4	0,1%
Chirurgie bariatrique	0	0%	1	0%	0	0%	1	0,0%
Greffes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Radiothérapie	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Total (%tous secteurs confondus)	1637	(82%)	2936	(77%)	503	(68%)	5076	(78%)

Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

On observe par ailleurs que pour les secteurs privés lucratif et privé non lucratif, la PDES est concentrée sur quelques spécialités.

Dans le secteur privé non lucratif les 4 spécialités anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, les soins critiques adultes et pédiatriques-néonataux concentrent 73 % des lignes de gardes. En revanche les astreintes sont plus équitablement réparties entre spécialités (cf. tableau 7). Il est intéressant de noter que la réanimation pédiatrique qualifiée d'activité de recours

représente 10 % des lignes de gardes pour le secteur. En revanche la chirurgie digestive, la médecine polyvalente et les chirurgies orthopédique et viscérale qui font partie des activités organisées en activité de proximité sont peu ou pas représentées dans le secteur.

Tableau 8 : Répartition des spécialités secteur privé non lucratif

Spécialité	Gardes	%gardes	Astreintes	% ast.	Autres	%autres	TOTAL	% TOTAL
Anesthésie Réanimation	26	26%	29	15%	5	9%	60	17,5%
Gynéco-obsétrique	18	18%	10	5%	0	0%	28	8,1%
Chirurgie digestive	1	1%	13	7%	11	20%	25	7,3%
Imagerie non interventionnelle	2	2%	22	12%	0	0%	24	7,0%
Pédiatrie générale	6	6%	16	8%	1	2%	23	6,7%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	0	0%	7,2	4%	13	24%	20,2	5,9%
Soins critiques adultes	19	19%	1	1%	0	0%	20	5,8%
Cardiologie interventionnelle	0	0%	13	7%	0	0%	13	3,8%
Soins critiques cardiologiques	8	8%	1	1%	4	7%	13	3,8%
Soins critiques pédiatriques et néonataux	10	10%	3	2%	0	0%	13	3,8%
Biologie	1	1%	6	3%	4	7%	11	3,2%
Autres spécialités	1	1%	4	2%	4	7%	9	2,6%
Chirurgie urologique	0	0%	8	4%	1	2%	9	2,6%
Médecine interne	0	0%	4	2%	5	9%	9	2,6%
Chirurgie pédiatrique	0	0%	7	4%	1	2%	8	2,3%
Chirurgie vasculaire	1	1%	6,5	3%	0	0%	7,5	2,2%
Endoscopie digestive/gastro	0	0%	2	1%	4	7%	6	1,7%
Onco-hématologie	2	2%	4	2%	0	0%	6	1,7%
Endoscopie bronchique	0	0%	5	3%	0	0%	5	1,5%
Pharmacie	1	1%	3	2%	1	2%	5	1,5%
Activités Neurologievasculaires	1	1%	3	2%	0	0%	4	1,2%
Chirurgie cardiaque	0	0%	4	2%	0	0%	4	1,2%
Chirurgie thoracique	0	0%	4	2%	0	0%	4	1,2%
Hépto-gastro-entérologie	0	0%	3	2%	1	2%	4	1,2%
Imagerie Interventionnelle	1	1%	2	1%	0	0%	3	0,9%
Neurologie	0	0%	3	2%	0	0%	3	0,9%
Psychiatrie	0	0%	3	2%	0	0%	3	0,9%
Chirurgie de la main	0	0%	1	1%	0	0%	1	0,3%
Chirurgie ophtalmologique	1	1%	0	0%	0	0%	1	0,3%
Chirurgie ORL	0	0%	1	1%	0	0%	1	0,3%
Dialyse / Néphrologie	0	0%	1	1%	0	0%	1	0,3%
Chirurgie bariatrique	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Chirurgie dentaire	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Chirurgie maxillo-faciale	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Geriatric	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Grands brûlés	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Greffes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Maladies infectieuses	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Radiothérapie	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Total (%tous secteurs confondus)	99	(5%)	190	(5%)	55	(7%)	344	(5%)

Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Dans le secteur privé à but lucratif les 4 spécialités les plus représentées mobilisent 84 % des lignes de gardes. Parmi les activités de proximité, la médecine polyvalente (interne) et/ou gériatrique n'est pas une activité de PDES où le secteur privé se mobilise. En revanche on observe qu'une part importante de sa PDES est consacrée à certaines activités de référence comme les soins critiques adultes et la cardiologie interventionnelle (8 % des astreintes).

Tableau 9 : Répartition des spécialités secteur privé lucratif

Spécialité	Gardes	%gardes	Astreintes	% ast.	Autres	%autres	TOTAL	% TOTAL
Anesthésie Réanimation	57	21%	158	24%	21	12%	236	21,1%
Chirurgie digestive	0	0%	94,5	14%	38	21%	132,5	11,9%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	0	0%	70,4	11%	44	25%	114,4	10,3%
Gynéco-obsétrique	47	18%	42	6%	0	0%	89	8,0%
Soins critiques cardiologiques	71	26%	1	0%	1	1%	73	6,5%
Imagerie non interventionnelle	3	1%	47,5	7%	11	6%	61,5	5,5%
Pédiatrie générale	7	3%	50	7%	0	0%	57	5,1%
Cardiologie interventionnelle	0	0%	55	8%	0	0%	55	4,9%
Chirurgie urologique	0	0%	39,2	6%	14	8%	53,2	4,8%
Soins critiques adultes	51	19%	1	0%	0	0%	52	4,7%
Autres spécialités	27	10%	2,5	0%	2	1%	31,5	2,8%
Soins critiques pédiatriques et néonataux	4	1%	24	4%	0	0%	28	2,5%
Chirurgie vasculaire	0	0%	22,6	3%	5	3%	27,6	2,5%
Chirurgie de la main	0	0%	17	3%	10	6%	27	2,4%
Chirurgie cardiaque	0	0%	13	2%	0	0%	13	1,2%
Endoscopie digestive/gastro	0	0%	2,5	0%	10	6%	12,5	1,1%
Chirurgie ORL	0	0%	2	0%	8	4%	10	0,9%
Neurologie	0	0%	5,5	1%	1	1%	6,5	0,6%
Biologie	0	0%	0	0%	6	3%	6	0,5%
Chirurgie ophtalmologique	0	0%	2	0%	4	2%	6	0,5%
Médecine interne	0	0%	6	1%	0	0%	6	0,5%
Activités Neurologievasculaires	0	0%	3	0%	1	1%	4	0,4%
Chirurgie pédiatrique	0	0%	4	1%	0	0%	4	0,4%
Dialyse / Néphrologie	1	0%	3	0%	0	0%	4	0,4%
Hépto-gastro-entérologie	0	0%	2	0%	1	1%	3	0,3%
Chirurgie thoracique	0	0%	1,25	0%	0	0%	1,25	0,1%
Imagerie Interventionnelle	0	0%	0	0%	1	1%	1	0,1%
Pharmacie	0	0%	1	0%	0	0%	1	0,1%
Chirurgie bariatrique	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Chirurgie dentaire	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Chirurgie maxillo-faciale	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Endoscopie bronchique	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Geriatric	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Grands brûlés	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Greffes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Maladies infectieuses	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Onco-hématologie	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Psychiatrie	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Radiothérapie	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Total (%tous secteurs confondus)	268	(13%)	670	(18%)	178	(24%)	1116	(17%)

Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Rapprochement de l'activité et de l'armement de la PDSES par secteurs d'hospitalisation

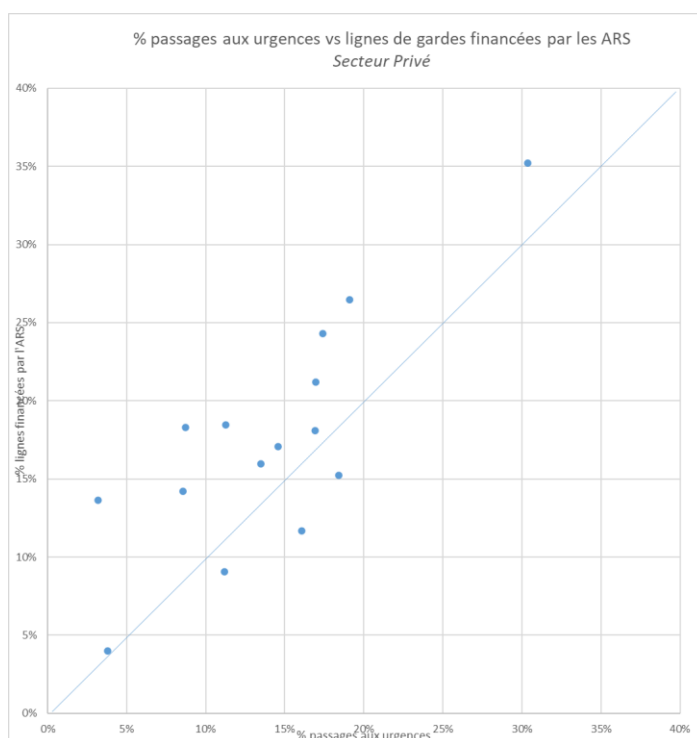
Tableau 10 : Répartition du nombre de passages aux urgences dans chaque secteur (privé lucratif vs autres secteurs) par région⁴

Nombre de passages aux urgences	Ex-DG et ESPIC	Privé lucratif
Ile de France	82 %	18 %
Auvergne-Rhône-Alpes	83 %	17 %
Hauts-de-France	97 %	3 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	89 %	11 %
Nouvelle-Aquitaine	87 %	13 %
Grand Est	91 %	9 %
Occitanie	70 %	30 %
Normandie	83 %	17 %
Bourgogne-Franche-Comté	96 %	4 %
Bretagne	89 %	11 %
Pays de la Loire	84 %	16 %
Centre-Val de Loire	91 %	9 %
Guadeloupe	81 %	19 %
Corse	83 %	17 %
National	85 %	15 %

Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

⁴ Source PMSI données 2021

Schéma 5 : % passages aux urgences vs part de lignes de gardes assurées –secteur privé lucratif (ex-OQN)

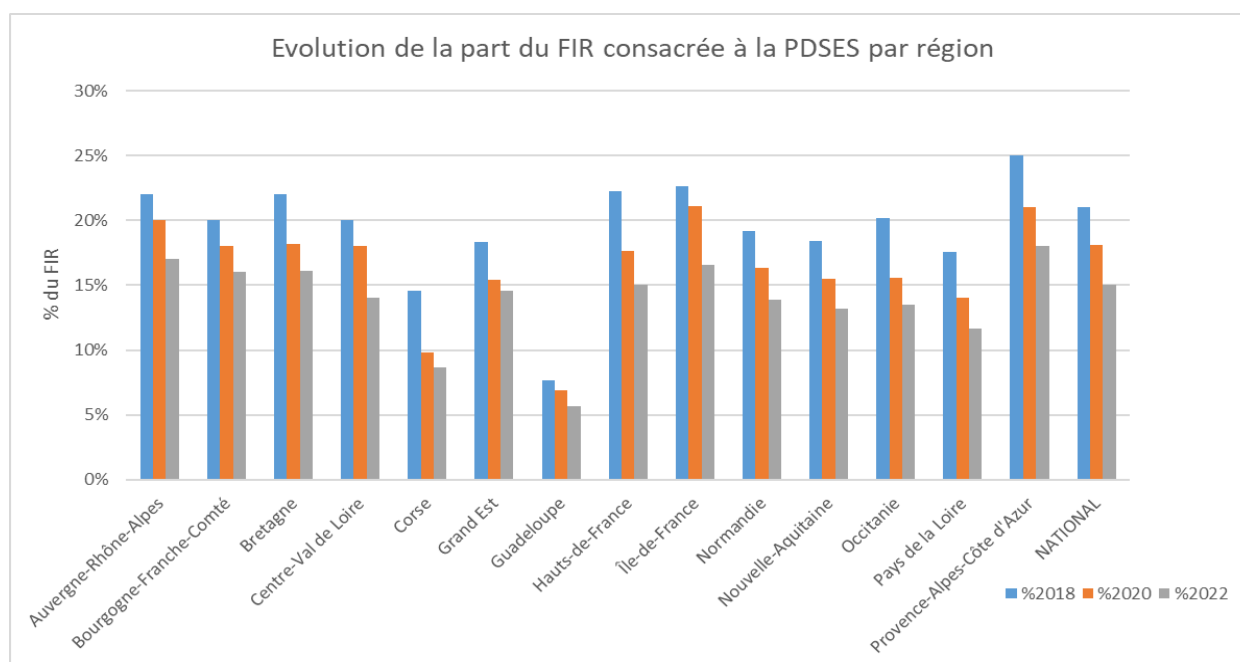


Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

La figure ci-dessus représente graphiquement les % de lignes financées vs % passages aux urgences pour le secteur privé lucratif. Tous les points au-dessus de la ligne en pointillés (1ere bissectrice) représentent des ARS pour lesquelles la part de lignes financées est supérieure à la part d'urgences assurées dans la région dans le secteur.

Questions 8 à 13: Les questions 8 à 15 portaient sur le montant du financement de la PDSES et sa part dans le FIR au titre des années 2018, 2020 et 2022, elles permettent d'objectiver les financements consacrés selon les ARS à la PDSES.

Schéma 6 : Evolution par région de la part du FIR consacrée à la PDES en 2018, 2020 et 2022

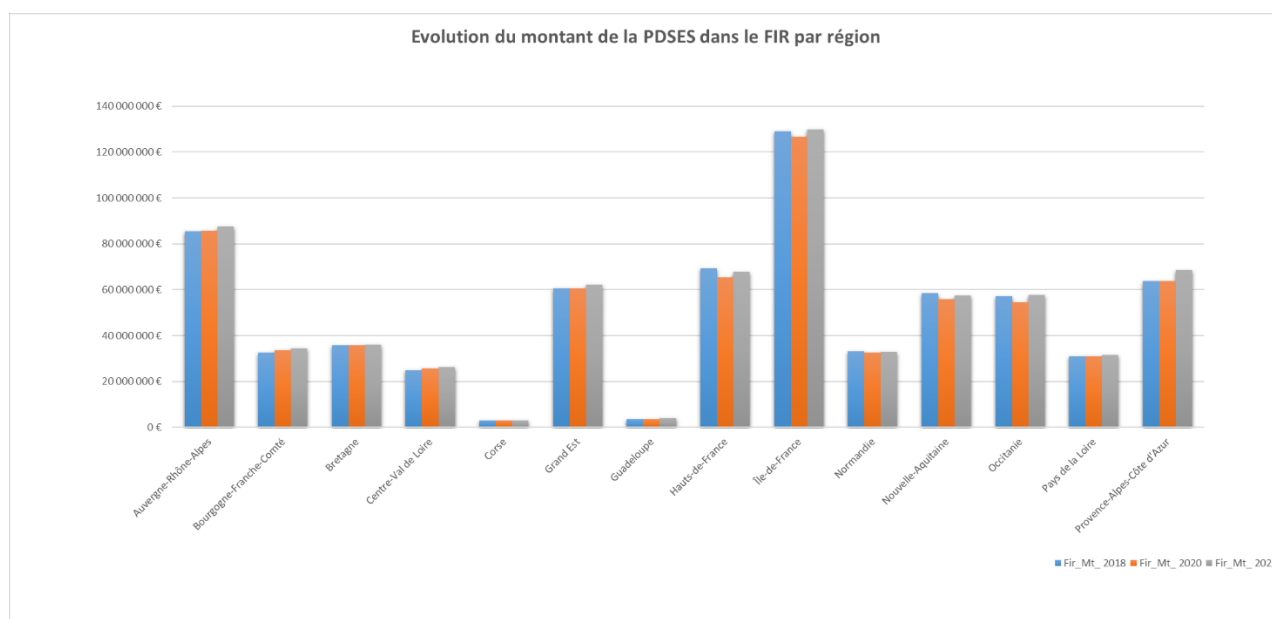


Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

La part du FIR consacrée à la PDES baisse au fil des années. Cela s'explique par une augmentation globale du montant du FIR, et ne reflète pas une baisse des montants consacrés à la PDES qui restent globalement stables sur la période. En moyenne les ARS y consacrent 20,6 % en 2018, 16,25 % en 2020 et 15 % en 2022 du montant du FIR. La variabilité entre ARS est stable sur la période (écart-type autour de 2 %). Si l'on pondère par les montants, les moyennes sont de 20,93 % puis 18,02 % puis 14,95 %. Ce qui montre que ce sont les ARS les moins dotées qui consacrent en proportion moins au FIR.

En revanche, comme le montre la figure 5, les montants restent stables sur la même période ; en moyenne nationale les ARS ont augmenté de 2,77 % les montants consacrés à la PDES ; si l'on pondère cette moyenne par les montants, l'augmentation est de 1,68 %, ce qui montre que ce sont en moyenne ARS qui dédiaient les montants les plus faibles à la PDES qui ont augmenté le plus.

Schéma 7 : Evolution par région du montant du FIR consacrée à la PDSES en 2018, 2020 et 2022



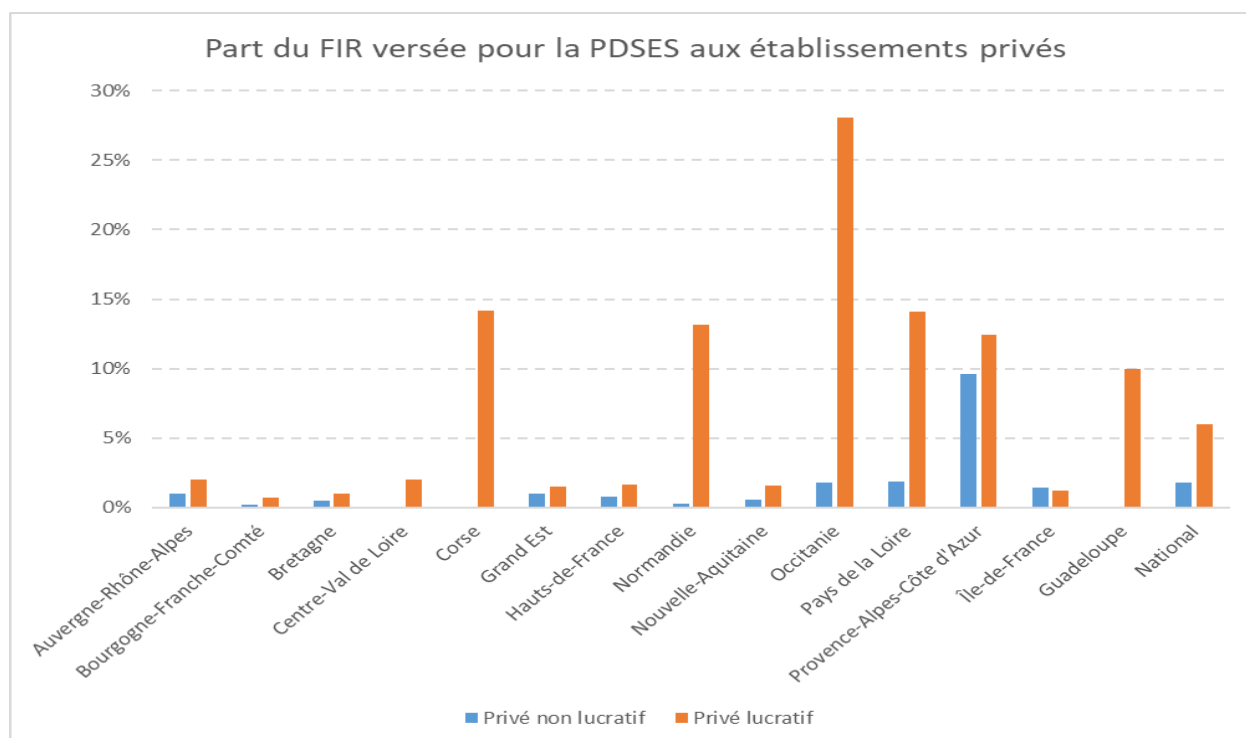
Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Questions 14 et 15 : Les questions 14 et 15 portaient sur la part du FIR consacrée à la PDSES pour les établissements privés à but non lucratif et à but lucratif en 2022.

- 14. Pourcentage du FIR consacré au financement de la PDSES en établissements privés à but non lucratif en 2022
- 15. Pourcentage du FIR consacré au financement de la PDSES en établissements privés à but lucratif en 2022

La part du FIR consacrée à la PDSES pour les privés à but lucratif est très variable ; elle varie de 1 % à 28 % selon les régions. Si l'on pondère par les montants du FIR de chaque région, la part consacrée au secteur privé non lucratif est de 6 % et celle du secteur privé non lucratif de 2 %. Ces résultats sont en cohérence avec la part de chaque secteur dans la PDSES (cf tableaux 4 et 5 supra.).

Schéma 8 : Part du FIR versée aux établissements privés au titre de la PDES en 2022



Source : Enquête Solen ARS 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Questions 16 et 17 : Les questions 16 et 17 portaient le financement des lignes de garde et l'astreinte.

- 16.Montant de référence pour le financement d'une ligne complète de garde (en année pleine)
- 17.Montant de référence pour le financement d'une ligne complète d'astreinte (en année pleine)

Pour les 4 ARS⁵ ayant distingué les secteurs public/privé, le montant pour le secteur public est de 182 529€ et 105 259€ pour le privé, avec très peu de variabilité (écart-type de 268€). On observe plus de variabilité sur le public (2800€ d'écart-type). Si l'on considère que les ARS n'ayant donné qu'un chiffre, ont donné celui du secteur public, on obtient une valeur moyenne pour une ligne de garde dans le secteur public de 186 245€ (avec 5759€ d'écart-type)

3 ARS ont différencié les valeurs des lignes d'astreintes selon le secteur (privé/public). Dans le privé elles s'élèvent à 82 740€ (toutes les 3 ont donné le même chiffre), contre 75 178€ pour le public. Encore une fois, si l'on considère que les ARS n'ayant donné qu'un chiffre ont donné celui du secteur public, on obtient une valeur moyenne de 75 917€ pour une ligne d'astreinte dans le secteur public (avec 7572€ d'écart-type).

⁵ Auvergne Rhône Alpes, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, PACA

Questions 18 et 19 : Les questions 18 et 19 portaient sur la différenciation des indemnités de sujétion

- 18. Le financement des lignes de gardes en CHU tient-il compte du surcoût de l'indemnisation des gardes payées aux personnels hospitalo-universitaires ?
- 19. Si oui, montant du financement d'une ligne de garde en CHU

13 ARS ont répondu sur le surcoût de l'indemnisation des gardes en CHU, 5⁶ déclarent que le financement tient compte du surcoût de l'indemnisation des gardes payées aux personnels hospitalo-universitaires. Pour celles-ci le montant d'une ligne de garde en CHU s'élève à 224 760€ en moyenne, soit 20,6 % supérieure au coût d'une ligne non partiellement assurée par des personnels hospitaliers et universitaires.

Question 20 : La question 20 portait sur la prise en compte du repos de sécurité

Pour 10 des 11 ARS qui ont répondu à la question, le financement des lignes de garde ne tient pas compte du repos de sécurité. Pour celle qui a répondu favorablement, elle mentionne ce mécanisme

« Les astreintes avec pas ou moins de 200 déplacements déclarés par an : 20 799 €/an (forfait de sécurité avec paiement intégral des cotisations), astreinte avec au moins 200 déplacements déclarés par an : 73 233 €/an (forfait opérationnel + cotisations + 1 déplacement par période, soit 454) »

Questions 21, 22 et 23 : Les questions 21 à 23 portaient sur le financement des gardes l'internes (reconnaissance éventuelle, montants, nombre)

Pour 14 ARS, aucune ligne de garde d'interne n'est financée par les ARS⁷. La Bourgogne qui a répondu favorablement ne donne pas le montant mais signale que 30 lignes de garde d'internes sont financées.

Questions 24 à 30 : Les questions 24 à 30 étaient des questions plus ouvertes sur l'appréciation par les ARS de la situation et les éventuelles suggestions qu'elles avaient à formuler

- 24. La permanence des soins rencontre-t-elle des difficultés ou pourrait-elle en rencontrer à court terme dans la région
- 25. Si oui, dans quelles spécialités ou territoires la situation est-elle la plus fragile ?
- 26. Le dispositif de la prime de solidarité territoriale vous semble-t-il adapté pour favoriser l'engagement des praticiens hospitaliers dans des dispositifs de PDSES à l'échelle du territoire ?
- 27. Si non, pour quelles raisons ?
- 28. Si non, avez-vous des suggestions à formuler pour améliorer la situation ?

⁶ PACA, Pays de Loire, Hauts-de-France, Grand-Est et BFC

⁷ Nouvelle-Aquitaine n'a pas répondu à la question

- 29. Avez-vous des exemples de PDSES réorganisée à l'échelle territoriale grâce à une mutualisation des ressources médicales et/ou non médicales (IADE, IBODE, MERN...), entre établissements publics ou avec des établissements privés, à but lucratif ou non ?
- 30. Si oui, merci d'en préciser les principales caractéristiques

Toutes les ARS signalent que la permanence des soins rencontre des problèmes dans la région, notamment dans le recrutement du personnel médical. Les spécialités comme la pédiatrie et la gynéco obstétrique rencontrent des difficultés sur pratiquement l'ensemble des territoires. L'anesthésie/réanimation et la gastro-entérologie sont très souvent citées aussi. On parle également d'ophtalmologie, de neurologie, de gériatrie, de médecine interne et polyvalente et d'urologie.

Enfin 3 ARS sur 12 qui ont répondu à la question trouvent le dispositif de prime de solidarité territoriale adapté, soit 25 %. Et 4 ARS sur 11 soit 36% ont des exemples de PDSES réorganisée grâce à une mutualisation des ressources médicales et/ou non médicales.

Enquête SOLEN relative à la PDSES à l'attention des agences régionales de santé

Cette enquête, réalisée à la demande de l'IGAS dans le cadre d'une mission relative à la permanence des soins en établissements de santé, vise à documenter, sur le plan quantitatif et qualitatif, les dispositifs mis en œuvre en application des schémas régionaux de la PDSES. Elle cherche à établir un recensement consolidé des dispositifs de PDS reconnus et de leur financement par les ARS.

L'enquête comprend un volet qualitatif destiné à identifier les lignes en difficultés ou susceptibles de le devenir, les solutions envisagées pour y remédier, les principaux leviers de mutualisation mis en œuvre.

Les réponses apportées doivent correspondre à la situation à date ou à défaut à fin 2022.

Cette enquête doit pouvoir être renseignée avec les données dont les ARS disposent, elle n'appelle pas de démarche particulière auprès des établissements de santé sur lesquelles la PDSES repose (un autre questionnaire sera par ailleurs adressé à un panel d'établissements de santé).

Dans le cas où les informations dont vous disposez ne correspondent pas exactement aux questions posées (lignes regroupant plusieurs spécialités, organisations locales ad hoc, informations partielles...) nous vous remercions de répondre de la manière la plus proche possible des situations en vigueur dans votre région. Il sera précieux pour l'analyse des résultats de l'enquête de disposer des informations les plus exhaustives.

Les réponses sont attendues, au plus tard pour le jeudi 30 mars prochain.

**Région
concernée :
(réponse
obligatoire)**

Volet organisation

**Nombre de lignes de PDSES sénior inscrites au schéma régional de la PDSES, financées par l'ARS
et mises en œuvre, par type de dispositif**

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Soins critiques adultes (hors cardiologie) (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, caisson hyperbare)			
Soins critiques cardiologiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)			
Soins critiques pédiatriques et néonataux (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)			
Gynécologie obstétrique			
Pédiatrie (toutes surspécialités hors soins critiques)			
Anesthésie réanimation (tous types d'activité pris en compte)			
Neurochirurgie			
Chirurgie cardiaque			
Cardiologie interventionnelle			
Activités neurovasculaires			
Grands brûlés			
Greffes			

RAPPORT IGAS N°2023-009R (ANNEXES)

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Imagerie non interventionnelle			
Imagerie interventionnelle			
Chirurgie digestive et viscérale			
Chirurgie orthopédique et traumatologique			
Chirurgie urologique			
Chirurgie vasculaire			
Chirurgie ophtalmologique			
Chirurgie ORL			
Chirurgie thoracique			
Chirurgie maxillo-faciale			
Chirurgie pédiatrique			
Chirurgie de la main			
Chirurgie bariatrique			
Dialyse / Néphrologie			
Endoscopie digestive/gastro			
Endoscopie bronchique			
Maladies infectieuses			
Radiothérapie			

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Médecine interne et polyvalente			
Hépatogastro-entérologie			
Onco-hématologie			
Gériatrie			
Psychiatrie			
Chirurgie dentaire			
Biologie			
Pharmacie			
Autre spécialité			

Proportion des lignes de gardes mises en œuvre dans le cadre du schéma régional assurées par les **CHU** (% du nombre total de lignes de gardes du schéma régional)

Proportion des lignes d'astreintes mises en œuvre dans le cadre du schéma régional assurées par les **CHU** (% du nombre total de lignes d'astreintes du schéma régional)

Proportion des lignes de gardes mises en œuvre dans le cadre du schéma régional assurées par **les établissements supports de GHT autres que les CHU** (% du nombre total de lignes de gardes du schéma régional)

Proportion des lignes d'astreintes mises en œuvre dans le cadre du schéma régional assurées par **les établissements supports de GHT autres que les CHU** (% du nombre total de lignes d'astreintes du schéma régional)

Nombre de lignes inscrites au schéma régional de la PDSES, financées par l'ARS et mises en œuvre par des établissements privés à but non lucratif

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Soins critiques adultes (hors cardiologie) (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, caisson hyperbare)			
Soins critiques cardiologiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)			
Soins critiques pédiatriques et néonataux (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)			
Gynécologie obstétrique			
Pédiatrie (toutes surspécialités hors soins critiques)			
Anesthésie réanimation (tous types d'activité pris en compte)			
Neurochirurgie			
Chirurgie cardiaque			
Cardiologie interventionnelle			
Activités neurovasculaires			
Grands brûlés			
Greffes			

RAPPORT IGAS N°2023-009R (ANNEXES)

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Imagerie non interventionnelle			
Imagerie interventionnelle			
Chirurgie digestive et viscérale			
Chirurgie orthopédique et traumatologique			
Chirurgie urologique			
Chirurgie vasculaire			
Chirurgie ophtalmologique			
Chirurgie ORL			
Chirurgie thoracique			
Chirurgie maxillo-faciale			
Chirurgie pédiatrique			
Chirurgie de la main			
Chirurgie bariatrique			
Dialyse / Néphrologie			
Endoscopie digestive/gastro			
Endoscopie bronchique			
Maladies infectieuses			
Radiothérapie			

RAPPORT IGAS N°2023-009R (ANNEXES)

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Médecine interne et polyvalente			
Hépatogastro-entérologie			
Onco-hématologie			
Gériatrie			
Psychiatrie			
Chirurgie dentaire			
Biologie			
Pharmacie			
Autre spécialité			

Nombre de lignes inscrites au schéma régional de la PDESS, financées par l'ARS et mises en œuvre par des établissements privés à but lucratif

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Soins critiques adultes (hors cardiologie) (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, caisson hyperbare)			
Soins critiques cardiologiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)			
Soins critiques pédiatriques et néonataux (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)			
Gynécologie obstétrique			
Pédiatrie (toutes surspécialités hors soins critiques)			
Anesthésie réanimation (tous types d'activité pris en compte)			
Neurochirurgie			
Chirurgie cardiaque			
Cardiologie interventionnelle			
Activités neurovasculaires			
Grands brûlés			
Greffes			

RAPPORT IGAS N°2023-009R (ANNEXES)

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Imagerie non interventionnelle			
Imagerie interventionnelle			
Chirurgie digestive et viscérale			
Chirurgie orthopédique et traumatologique			
Chirurgie urologique			
Chirurgie vasculaire			
Chirurgie ophtalmologique			
Chirurgie ORL			
Chirurgie thoracique			
Chirurgie maxillo-faciale			
Chirurgie pédiatrique			
Chirurgie de la main			
Chirurgie bariatrique			
Dialyse / Néphrologie			
Endoscopie digestive/gastro			
Endoscopie bronchique			
Maladies infectieuses			
Radiothérapie			

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Médecine interne et polyvalente			
Hépatogastro-entérologie			
Onco-hématologie			
Gériatrie			
Psychiatrie			
Chirurgie dentaire			
Biologie			
Pharmacie			
Autre spécialité			

Volet financement

Montant du FIR consacré au financement de la PDSES en **2018**

Pourcentage du FIR consacré au financement de la PDSES en **2018**

Montant du FIR consacré au financement de la PDSES en **2020**

Pourcentage du FIR consacré au financement de la PDSES en **2020**

Montant du FIR consacré au financement de la PDSES en **2022**

Pourcentage du FIR consacré au financement de la PDSES en **2022**

Pourcentage du FIR consacré au financement de la PDSES en **établissements privés à but non lucratif** en **2022**

Pourcentage du FIR consacré au financement de la PDSES en **établissements privés à but lucratif** en **2022**

Montant de référence pour le financement d'une **ligne complète de garde** (en année pleine)

Montant de référence pour le financement d'une **ligne complète d'astreinte** (en année pleine)

Le financement des **lignes de gardes en CHU** tient-il compte du surcoût de l'indemnisation des gardes payées aux **personnels hospitalo-universitaires** ?

Si oui, montant du financement d'une **ligne de garde en CHU** ?

Le financement des **lignes de gardes** tient-il compte du **repos de sécurité** ?

Si oui, selon quelles modalités ?

Les/des lignes de **gardes d'internes** sont-elles financées par l'ARS dans le cadre du **schéma régional de la PDES** ?

Si oui, montant du financement d'une **ligne de garde d'internes** ?

Nombre de **lignes de gardes d'internes** financés dans le cadre du schéma régional :

Questions ouvertes

La permanence des soins rencontre-t-elle des **difficultés** ou pourrait-elle en rencontrer à court terme dans la région ?

Si oui, **dans quelles spécialités ou territoires** la situation est-elle la plus fragile ?

Le dispositif de la **prime de solidarité territoriale** vous semble-t-il adapté pour favoriser l'**engagement des praticiens hospitaliers dans des dispositifs de PDSES à l'échelle du territoire** ?

Si non, pour quelles raisons ?

Si non, avez-vous des suggestions à formuler pour améliorer la situation ?

Avez-vous des exemples de **PDSES réorganisée à l'échelle territoriale grâce à une mutualisation des ressources médicales et/ou non médicales** (IADE, IBODE, MERN...), entre établissements publics ou avec des établissements privés, à but lucratif ou non ?

Si oui, merci d'en préciser les principales caractéristiques

ANNEXE 5 : Analyse de l'enquête Solen réalisée auprès d'un panel d'établissements de santé

Deux enquêtes destinées aux établissements ont été diffusées dans le réseau via les ARS.

La sélection des établissements revenait aux ARS qui devaient désigner, un à trois départements/GHT de leur région dans lesquels seraient diffusées les enquêtes (sous-entendu que seuls les établissements participant à la PDSSES devaient être sollicités).

26 départements/territoires de GHT ont été sélectionnés selon la répartition suivante :

Auvergne Rhône Alpes	3 départements	dont 1 CHU
Bourgogne Franche Comté	2 départements	dont 1 CHU
Bretagne	1 département	dont 1 CHU
Centre Val de Loire	1 département	dont 1 CHU
Grand Est	3 départements	dont 1 CHU
Hauts de France	2 départements	dont 1 CHU
Ile de France	3 départements	dont 1 CHU
Normandie	2 départements	dont 1 CHU
Nouvelle Aquitaine	3 départements	dont 1 CHU
Occitanie	3 départements	dont 1 CHU
Pays de Loire	1 département	dont 1 CHU
Provence Alpes Côte d'Azur	2 départements	dont 1 CHU

Source : Mission

Les 6 collectivités hors métropole et Corse étant pour ainsi dire mono « départementales », l'enquête établissements ne leur a pas été diffusées, les informations utiles étant recueillies via l'enquête ARS dont elles étaient en revanche destinataires.

La première enquête était destinée aux établissements supports de GHT.

La deuxième enquête était destinée aux établissements participant à la PDSSES, quel que soit leur statut (public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif).

Le questionnaire pour les supports de GHT était identique à celui de l'enquête établissement avec en supplément une section portant sur le GHT, son organisation et leur perception de la PDSSES.

L'enquête a été diffusée au cours du mois de mars par les ARS. Un appel aux fédérations a été également lancé afin qu'elles relaient l'intérêt de répondre au questionnaire. Il semblerait que certaines d'entre elles aient aussi transmis le questionnaire au-delà des établissements choisis.

L'enquête a été clôturée le 11 avril 2023. A réception des fichiers, un premier travail de nettoyage a été réalisé consistant à :

- écarter les établissements dont le département n'était pas dans les listes transmises par les ARS ;
- écarter les réponses qui n'avaient aucune ligne de garde et qui n'auraient pas dû être inclus dans l'enquête ;
- écarter les établissements qui avaient entre 1 et 2 lignes mais relevant du champ SSR ou étant identifiés comme USLD ;
- supprimer et fusionné les doublons (plusieurs réponses pour le même FINESS, avec différentes sections remplies, on a gardé le maximum d'information)
- reformater les entrées inexploitable (texte dans les sections numériques par exemple) ;
- harmoniser les FINESS (parfois le SIRET de l'établissement était rentré, mélange entre FINESS juridiques et géographiques)

Pour l'enquête GHT exploite les résultats de 37 établissements (dont 13 CHU), répartis sur 27 départements. Notons qu'aucun établissement support de GHT de la région PACA n'a répondu à l'enquête.

Région	ARA	BFC	Bretagne	CVDL	GE	HdF	IdF	NA	Normandie	OCC	PdL	Total
Départements	3	2	1	1	7	2	2	3	2	3	1	27
Etablissements	3	2	2	1	9	5	3	4	3	4	1	37

Les établissements sélectionnés dans l'enquête représentent, parmi les établissements supports de GHT 29 % des passages aux urgences, et 38 % des montants du FIR consacrés à la PDSES. Les CHU sont particulièrement bien représentés puisque l'enquête concentre 48 % des passages aux urgences réalisés par les CHU⁸, en contrepartie, les établissements de l'échantillon ne concentrent que 18 % des passages aux urgences dans les établissements supports de GHT (hors CHU).

Pour l'enquête établissements les réponses de 143 établissements sont exploitées, répartis comme suit :

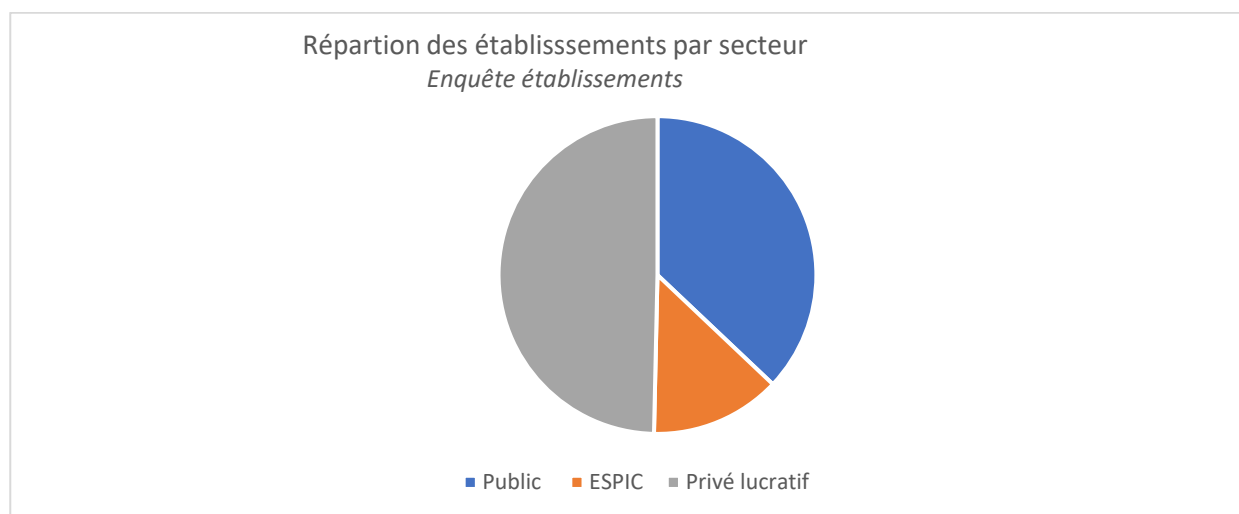
Région	ARA	BFC	Bretagne	CVDL	GE	HdF	IdF	NA	Normandie	OCC	PACA	Total
Départements	3	2	1	1	3	2	3	3	2	3	2	25
Etablissements	17	2	3	3	11	18	25	24	5	17	18	143

La répartition des établissements par secteur montre une très nette surreprésentation du secteur privé lucratif qui s'est particulièrement bien mobilisé pour répondre à l'enquête. Le secteur privé non lucratif est aussi sur représenté, et on observe donc à *fortiori* une sous-représentation du secteur public. En effet 71 établissements relèvent du secteur privé lucratif, 53 du secteur public

⁸ Source PMSI 2021

et 19 du secteur privé non lucratif, la répartition des établissements par secteur peut donc s'illustrer comme suit :

Schéma 1 : Répartition des établissements par secteur



Source : *Enquête Solen Etablissements 2023, analyse Pôle DATA IGAS*

Les établissements ayant participé à l'enquête représentent 21 % des passages aux urgences dans les établissements hors support de GHT. En termes de répartition du nombre de passages aux urgences, ils ne sont pas représentatifs de la répartition nationale puisque le secteur privé à but lucratif représente 35 % de l'échantillon et le secteur privé à but non lucratif 11 % (la moyenne nationale est de 13 % et 6 % respectivement). On veillera donc par la suite à bien séparer les secteurs dans le souci de ne pas biaiser l'analyse.

Le questionnaire diffusé figure pour information en fin d'annexe.

Questions 1 et 2 : Les questions 1 et 2 visaient à recueillir, par spécialité, le nombre de lignes de garde financées par l'ARS et mises en œuvre au titre de la PDSES et celles financées par l'établissement au titre de la continuité des soins.

- Nombre de lignes de PDSES inscrites au schéma régional de la PDSES, financées par l'ARS et mises en œuvre dans votre établissement
- Nombre de lignes mises en œuvre et financées par l'établissement au titre de la continuité des soins.

L'objectif de ce recueil était de mettre en parallèle le nombre le nombre de lignes au titre de la continuité des soins et celles au titre de la PDSES. Malheureusement, au vu des données recueillies et de la disparité des résultats, il n'est pas possible d'établir de conclusion. Un retour vers quelques établissements *a posteriori* semble indiquer qu'il y ait eu parfois une confusion dans le remplissage et que des gardes d'internes et d'urgentistes (urgences/SAMU/SMUR) qui sont hors périmètre pour l'enquête, aient été prises en compte dans la continuité des soins.

Questions 3 à 8 : Les questions 3 à 8 portaient sur la création des lignes de garde et d'astreinte au cours des quatre dernières années.

Parmi les établissements support de GHT :

67,5 % des établissements déclarent avoir créé des lignes de garde (93 % des CHU et 57 % des CH). En moyenne 2,54 lignes par CH, et 7,85 pour les CHU. Notons qu'un CHU signale avoir créé 58 lignes dont 52 COVID. Si l'on exclut les 52 covid cela ramène la moyenne des CHU ayant répondu positivement à 3,85 lignes.

Les spécialités les plus citées sont l'anesthésie réanimation, la pédiatrie, néonatalogie et chirurgie infantile. On évoque aussi souvent la transformation de lignes d'astreintes en lignes de gardes. La psychiatrie est mentionnée trois fois également (deux CH et un CHU).

100 % des établissements supports de GHT déclarent avoir créé des lignes d'astreintes. Mais tous ne renseignent pas le nombre. On obtient une moyenne de 5,59 lignes créées. Encore une fois le même CHU signale avoir créé 28 lignes de réanimation COVID. Si on les neutralise cette moyenne tombe à 4,59 (6,37 pour les CHU et 2,75 pour les CH).

Concernant les établissements non-support de GHT :

Ils ne sont que 28 % à déclarer avoir créé des lignes de garde : 20 % des établissements privés lucratifs déclarent avoir créé une ligne, 26 % des privés à but non lucratif et 38 % des publics. La réanimation COVID, ou réanimation simple est la plus citée et les établissements mentionnent souvent qu'il s'agit d'une création temporaire. La gynécologie et la pédiatrie sont également souvent citées.

53 % des établissements ont créé des lignes d'astreintes, 55 % dans le public, 56 % dans le privé lucratif et 31 % des établissements privés à but non lucratif. En moyenne, 2,32 lignes chez ceux qui en ont créé. En moyenne, 3,1 lignes sont créées dans le secteur privé lucratif, 2 en privé non lucratif et 1,62 pour le secteur public.

Les spécialités sont très variées. Celles qui reviennent le plus fréquemment sont l'urologie, la chirurgie, médecine polyvalente, on note aussi la pédo psy, la pharmacie.

Il ressort de ces questions que les établissements supports de GHT ont été environ deux fois plus nombreux à créer des lignes de garde et des lignes d'astreintes que les autres établissements. Le secteur privé lucratif et non lucratif s'est également mobilisé. L'épidémie de COVID a eu un impact significatif dans la création des lignes à titre temporaire.

Questions 9 à 14 : Les questions 9 à 14 portaient sur la suppression des lignes de garde et d'astreinte dans les quatre dernières années.

Parmi les établissements support de GHT :

13 % des établissements (5 au total, dont 4 CHU) signalent avoir supprimé une ligne de garde dans les quatre dernières années. Un CHU a supprimé 53 lignes dont 52 lignes COVID, si l'on exclut ces lignes COVID cela fait une moyenne de 1 ligne par établissement. Les spécialités citées sont : une

unité polyvalente, l'imagerie, une anesthésie réa chirurgie, et la modification d'un poste aux urgences.

24 % des établissements ont supprimé des lignes d'astreintes, dont 3 CHU qui avaient également supprimé une ligne de garde. Le nombre moyen de lignes supprimé est de 3,57 si l'on corrige du nombre de lignes COVID (28).

Les spécialités citées sont très variées : on retrouve l'anesthésie et la néonatalogie, alcoologie et la médecine nucléaire, la gériatrie, l'hépatogastro-entérologie (HGE), l'orthopédie et la traumatologie. La transformation des périmètres ou de l'organisation (astreintes changées en gardes ou ½ gardes) est aussi évoquée.

Concernant les établissements non-support de GHT :

8 % ont supprimé des lignes de garde (1 seul privé à but lucratif, sinon tous des CH), 1,4 ligne en moyenne. Les spécialités sont l'anesthésie, la gynécologie-obstétrique, la réanimation COVID (citée 4 fois), la gastro, la pédopsychiatrie et la cardiologie. On mentionne souvent comme raison la réorganisation et la transformation de gardes en astreintes et également la mise en place d'un centre de soins non programmés.

22 % des établissements participant ont supprimé des astreintes (un tiers chez les privés à but lucratif, deux tiers dans le secteur public), en moyenne cela représente 1,7 ligne d'astreinte. Notons que les lignes COVID n'apparaissent que deux fois. Les spécialités citées sont très variées, on relève notamment HGE, l'ORL, la chirurgie, la gynéco, l'ophtalmologie, la gériatrie et la pharmacie.

Il existe donc, à la lumière des questions 3 à 14, un solde positif de lignes de gardes et d'astreintes entre 2018 et 2022. Le COVID a joué un rôle important dans la création des lignes et il faut rester prudent dans l'évaluation du nombre de lignes créées, notamment dans les établissements supports de GHT où les mouvements de création et de suppression sont plus importants.

Questions 15 à 17 : les questions 15 à 17 avaient pour objectif d'évaluer la part du personnel médical âgé de 55 ans et plus et impliqué dans le fonctionnement de la PDSSES

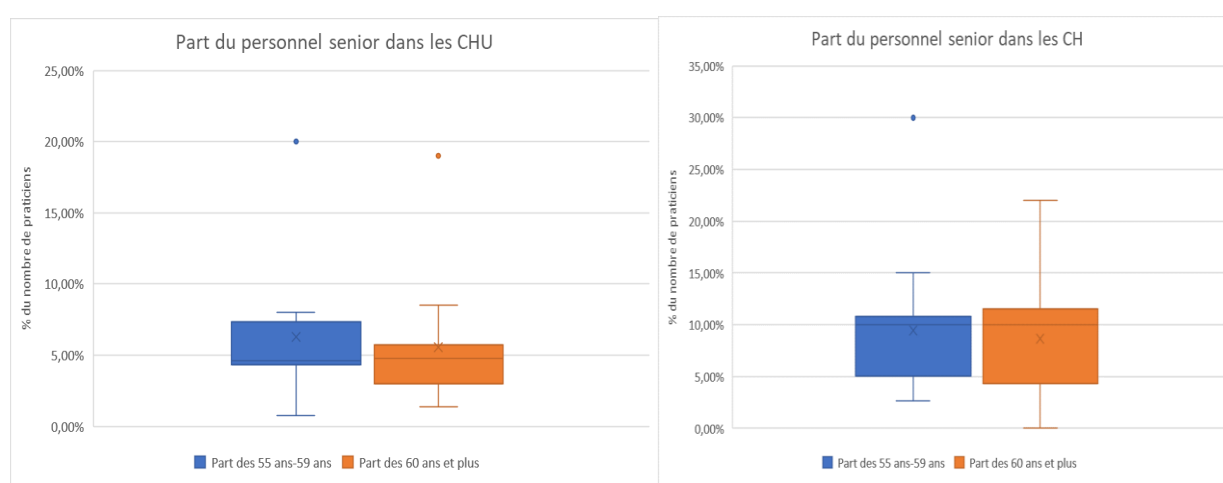
- Parmi l'ensemble des praticiens réalisant des gardes dans l'établissement pourcentage (en personnes physiques) de ceux qui ont :
 - Entre 55 et 59 ans ?
 - 60 ans ou plus ?

La part du personnel médical âgé entre 55 et 59 ans est très variable selon le type de structure et la région. Au sein des établissements supports de GHT, on observe tout type de structure confondu une moyenne de 8,39 % avec un écart-type de 5,2 %, 7,64 % pour les plus de 60 ans (écart-type 5,47 %). Au total 16 % des effectifs ont plus de 55 ans.

- Pour les CHU la part des 55-69 ans représente 6,28 %⁹ du personnel et celle des plus de 60 ans 5,56 % (écart-type important : 4,62 %).
- Pour les CH, la part moyenne du personnel âgé entre 55 ans et 59 ans est nettement supérieure 9,46 % (écart-type de 5,3 %)¹⁰. Pour les plus de 60 ans la moyenne est à 8,64 % avec une variabilité assez importante (5,8 % d'écart-type).

Dans les CHU, le personnel médical réalisant des gardes est en moyenne plus jeune et plus homogène en termes d'âge que celui dans les CH. Les figures ci-dessous représentent graphiquement la dispersion de la part du personnel senior dans les CHU et celle dans les CH.

Schéma 2 :



Source : Enquête Solen Etablissements 2023, analyse Pôle DATA IGAS

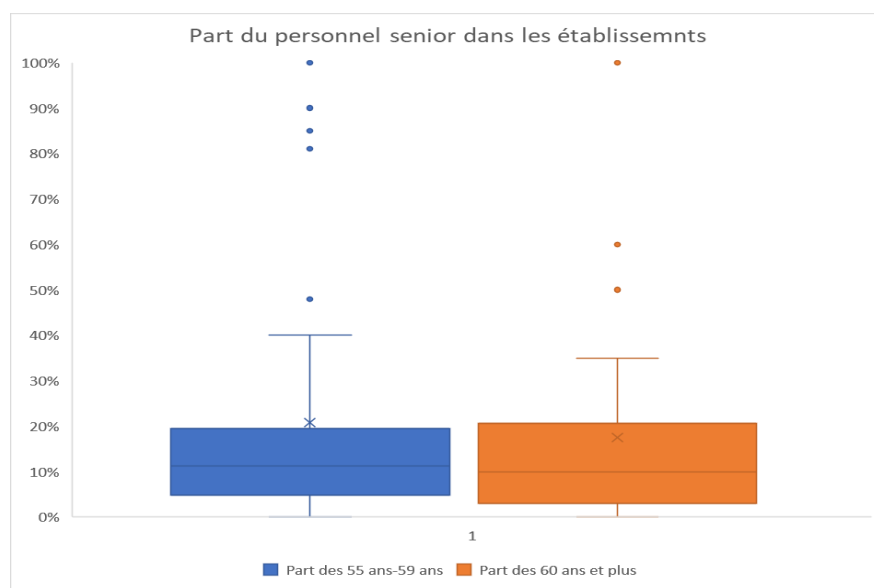
Les données concernant les **établissements non supports de GHT** sont beaucoup plus dispersées. Ceci est dû certainement à la taille des établissements qui est beaucoup plus faible, chaque personne ayant donc un poids relatif plus important.

24 (resp.23) établissements n'ont pas répondu à la question portant sur la part de personnel médical âgé entre 55 et 59 ans (resp. 60 ans et plus). Pour ceux qui ont répondu la moyenne tous secteurs confondus est de 21 % (resp.18 %) avec un écart-type très important (28 % resp. 24 %) et un nombre non négligeable de valeurs extrêmes comme le montre la figure 3 ci-dessous.

⁹ Un CHU a renseigné des valeurs qui semblent peu probables. Si on l'exclut de l'analyse on obtient une moyenne pour les CHU de 5% avec un écart-type bien plus faible (1,9% au lieu de 4,7%). Idem pour la part des 60 ans et plus : la moyenne passe 4,64% et écart-type de 1,9%.

¹⁰ Données surprenantes pour un CH qui affirme avoir 30% (confusion valeur absolues et % ?). la moyenne passe à 8,6% et l'écart-type à 3,2% si on l'exclut.

Schéma 3 : Dispersion de la part des seniors parmi les praticiens réalisant des gardes dans les établissements non supports de GHT



Source : Enquête Solen Etablissements 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Les établissements privés à but lucratif ont un personnel médical en charge des gardes globalement plus âgé que ceux des établissements publics ou privés à but non lucratif. En effet sur les 65 établissements privés à but lucratif ayant répondu la moyenne est de 24 % (écart-type 29 %) de personnel âgé entre 55ans et 59 ans, la part du personnel âgé de plus de 60 ans est de 23 % (écart-type 28 %).

Sur les 60 autres établissements (Ex-DG, PSPH, HIA) ayant répondu la moyenne est de 18 % (écart-type 28 %) de personnel âgé entre 55 ans et 59 ans, la part du personnel âgé de plus de 60 ans est de 13 % (écart-type 19 %).

Question 18 : Cette question portait sur le partage de personnel entre établissements

- Parmi l'ensemble des praticiens réalisant des gardes dans l'établissement, pourcentage (en personnes physiques) de ceux dont l'établissement n'est pas l'établissement de rattachement (cf. originaire d'un CHU, d'un CH, d'un établissement privé du territoire, intérimaires ...)

Pour les établissements supports de GHT, la moyenne est égale à 18 % (écart type 33 %). 8 CHU font appel à des praticiens extérieurs et cela représente 6,5 % des praticiens mais on observe une forte variabilité (par exemple 0,8 % pour un CHU et 13,4 % pour un autre). Parmi les CH les valeurs aussi très dispersées. En moyenne, plus d'un tiers (36 %) des praticiens en charge des gardes n'est pas rattaché à l'établissement ; mais 5 CH signalent que l'intégralité de leurs gardes sont assurées par du personnel externe. Chez ceux qui n'externalisent pas la totalité la moyenne est à 14 %, les valeurs s'étalant de 2 % à 40 %.

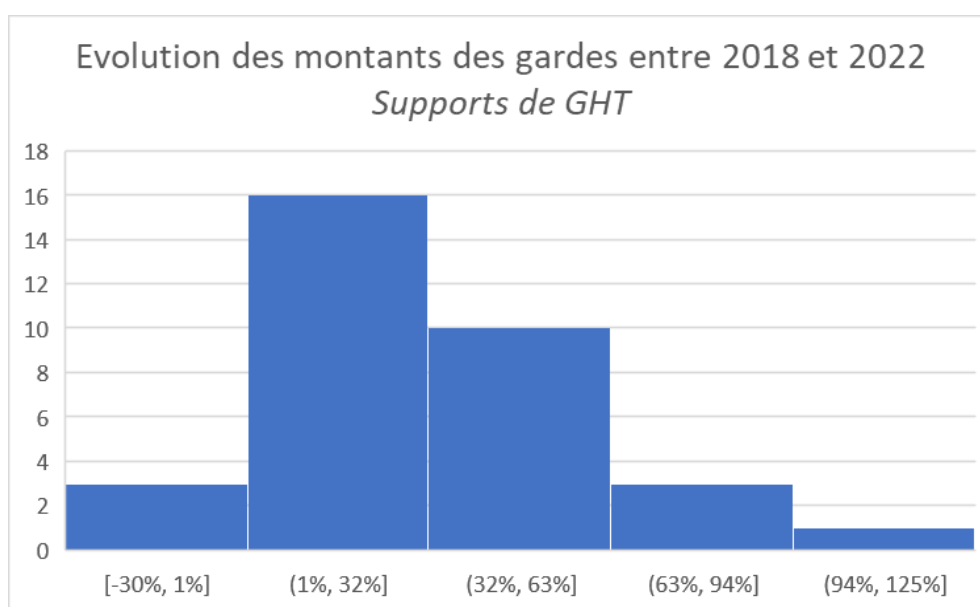
Dans les établissements non support de GHT 9 % du personnel réalisant des gardes ne fait pas partie du personnel de l'établissement, cette proportion est très variable (écart-type 19 %). 64 %

des établissements déclarent ne pas y faire appel, dont 61 % de PNL. Parmi les établissements qui ont répondu positivement, 26 % du personnel en charge des gardes vient de l'extérieur, ce pourcentage est similaire pour le secteur ex-DG, il est proche pour le secteur privé lucratif (25 %) et privé non lucratif (24 %).

Questions 19 à 24 : Les questions 19 à 24 portaient sur l'évolution des montants des dépenses de gardes, d'astreintes et d'intérim en 2018 et 2022

Dans les établissements supports de GHT, le montant moyen des dépenses de garde a augmenté de 30 % entre 2018 et 2022. L'évolution est toutefois très variable d'un établissement à un autre comme le montre l'histogramme ci-dessous :

Schéma 4 : Répartition de l'évolution des montants de dépenses de garde chez les établissements support de GHT



Source : Enquête Solen Etablissements 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Pour les 13 CHU répondant, l'indicateur est plus homogène. L'augmentation pour les CHU est de 33 % en moyenne avec un écart-type de 18 % (min=6 % ; max= 85 %). Dans les CH cet indicateur est plus dispersé, il est égal à 27 % en moyenne avec un écart type de 33 % (min : -30 % ; max 73 %).

L'évolution du montant des astreintes entre 2018 et 2022 est très variable (24 % en moyenne, écart-type=56 %). On n'observe pas de corrélation avec l'évolution du montant des gardes sur la même période ($r=0.12$). Pour les CHU, il est égal à 15 % en moyenne, avec des tendances très différentes pouvant être en baisse de 9 % un CHU et en hausse de 46 % pour un autre.

Pour les dépenses d'intérim, il semble que la tendance soit à la baisse dans les CHU (-43 % pour les 6 CHU répondant). Un seul le CHU a un montant qui augmente (+31 %). Pour les CH on observe des comportements très variables, les montants variant de -100 % à une augmentation de 749 %.

Dans les établissements publics ayant répondu (52) hors supports de GHT, les montants des gardes ont augmenté en moyenne de 25 % sur la période. Ces données sont très dispersées, elles varient de -37 % à +100 %. Les astreintes augmentent en moyenne de 24 % et les dépenses d'intérim triplent pratiquement (+191 %).

Dans les établissements privés à but non lucratif, 17 ont répondu. Les montants de garde augmentent de 15 % en moyenne, avec encore une fois de grosses disparités (-57 % à +70 %), les montants d'astreinte évoluent tous à la hausse sauf un, et augmentent en moyenne de 36 %. Seulement 4 établissements ont des dépenses d'intérim, aucune tendance ne se dégage.

20 établissements privés à but lucratif ont répondu à cette question. En moyenne, les dépenses évoluent de 27 % à la hausse avec également de fortes disparités. Les dépenses d'astreinte augmentent de 41 % et sont également très variables. 6 établissements renseignent des dépenses d'intérim, 4 sont en hausse, une en baisse et une est constante sur la période.

Questions 26 à 28 : les questions 26 à 28 portaient sur la forfaitisation des astreintes (mise en œuvre, montants, spécialités)

80 % des établissements supports de GHT ont déclarés forfaitiser les astreintes. Les montants sont variables selon les spécialités (l'information sur les montants par spécialité n'est pas précisée). Certains établissements ont jusqu'à 8 forfaits.

Pour les établissements non support de GHT, les comportements sont très liés au mode financement. En effet le secteur privé lucratif ne forfaitise que 32 % des astreintes, alors que les établissements PSPH et publics (ex-DG) les forfaitisent dans 82 % (resp. 73 %) des cas.

Les montants sont reportés de façon très peu homogènes et difficilement exploitables statistiquement.

On note cependant que le secteur PSPH fait souvent référence à la « formule » 1300€ brut par mois pour une semaine d'astreinte et un WE.

Dans le secteur privé, les montants varient de 331€ et 900€ le week-end. Pour la semaine entre 400€ bruts pour la pharmacie et 1300€.

Dans le secteur public, il est dit que les montants cités varient selon les spécialités et la pénibilité ; ils varient entre 110 et 267 euros.

Les spécialités citées sont très variées, dans le secteur privé reviennent médecine polyvalente, gériatrie, chirurgie viscérale et digestive, l'imagerie, orthopédie, gynéco-obstétrique et anesthésie.

Dans le secteur public, l'ophtalmologie, l'anesthésie, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la cardiologie, la chirurgie, l'ORL, la pharmacie, l'imagerie, la médecine polyvalente et la gériatrie.

Dans le secteur PSPH on retrouve principalement toutes les chirurgies la pneumologie, HGE, l'anesthésie, la cardiologie, urologie pédiatrie, imagerie et pharmacie.

Questions 29 à 32 : Les questions 29 à 32 portaient sur les modalités de décompte du temps de travail du personnel médical

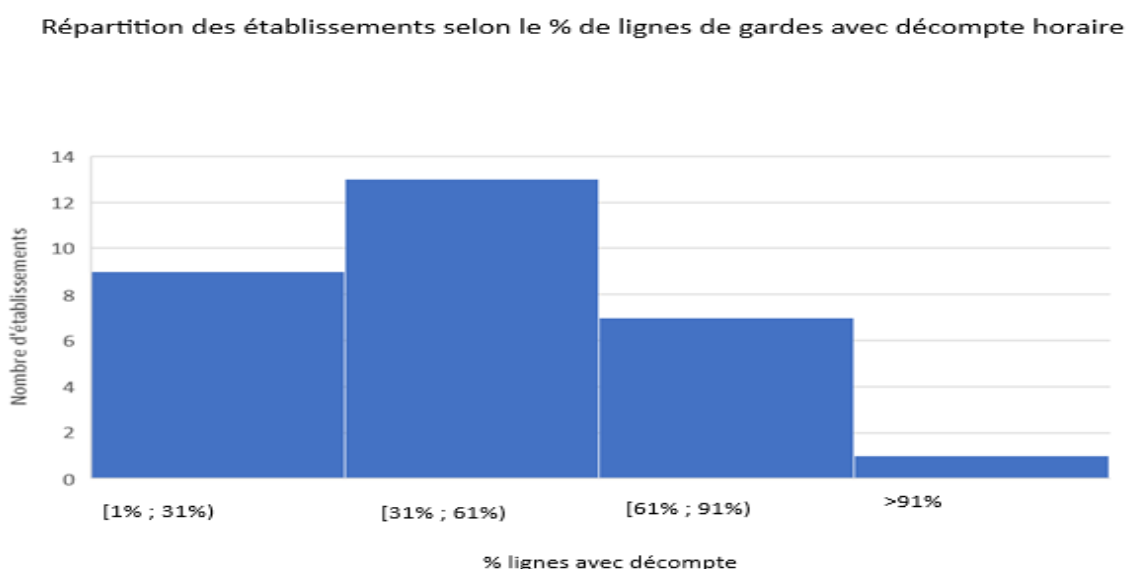
- Au-delà des urgentistes, un décompte horaire du temps de travail médical est-il appliqué à d'autres spécialités ?
- Si oui, quelles spécialités cela concerne-t-il ?
- Quel est le pourcentage, parmi les lignes de gardes en place dans l'établissement, de celles reconnues en décompte horaire ?

80 % des établissements supports de GHT déclarent appliquer un décompte horaire à d'autres spécialités que les urgentistes. Les spécialités citées sont très homogènes, il s'agit de :

- Pédiatrie/néonatalogie
- Anesthésie
- Réanimation
- Gynécologie/obstétrique

En revanche la part de lignes de garde retenues en décompte horaires est très variable. Elle varie entre 2 % et 100 %. La moyenne est de 46 % (écart-type de 27 %, médiane à 54 %) parmi les répondants. Cette variabilité est sûrement liée à la mise en place de lignes de gardes dans d'autres spécialités que celles citées ci-dessus. Pour les CHU, on observe moins de volatilité, la moyenne se situe à 55,29 % pour un écart-type de 12 %

Schéma 5 : Répartition des établissements supports de GHT selon le % de lignes de garde en décompte horaire



Source : Enquête Solen Etablissements 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Dans les établissements non support de GHT ayant répondu (93 %), ils sont 59 % à déclarer appliquer un décompte horaire. Les spécialités citées sont identiques à celles de l'autre enquête à savoir : réanimation, anesthésie, gynécologie/obstétrique et pédiatrie.

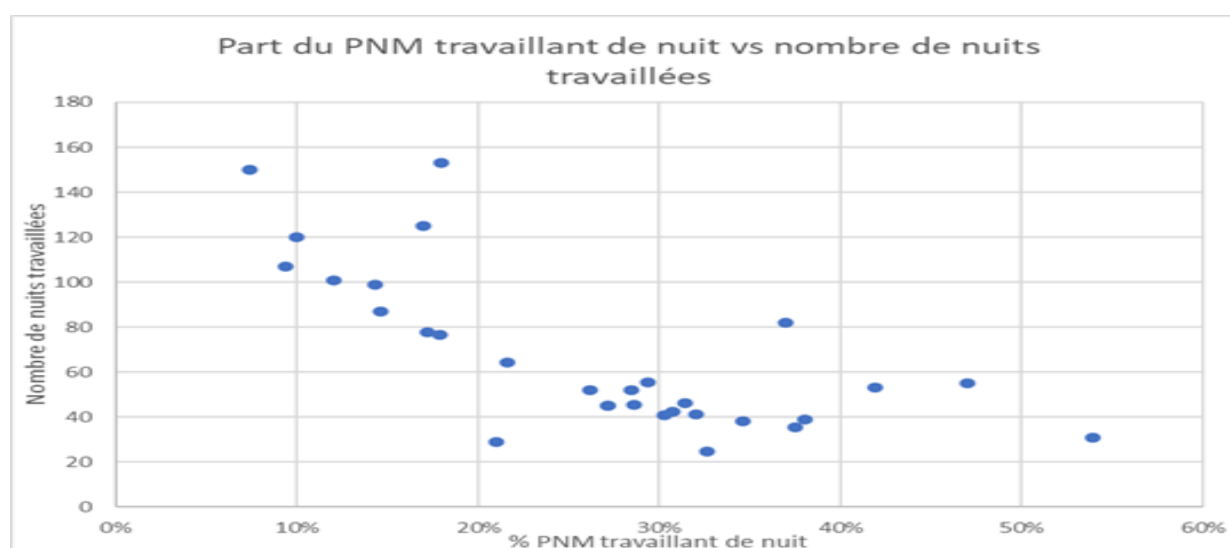
Questions 33 à 36 : les questions 33 à 36 visaient à mieux connaître des caractéristiques du travail du personnel non médical (PNM)

- Pourcentage des agents ayant travaillé de nuit en 2022 (en personnes physique tous corps pris en compte)
- Nombre moyen de nuits réalisées par les agents ayant travaillé de nuit en 2022
- Pourcentage des agents de l'établissement ayant travaillé le dimanche ou un jour férié en 2022 (en personnes physique tous corps pris en compte)
- Nombre moyen de dimanches et de jours fériés réalisés par les agents ayant travaillé au moins un dimanche ou un jour férié en 2022

Dans les établissements supports de GHT, sur 30 établissements répondant, 26 % du PNM a travaillé de nuit, 67 nuits en moyenne. Cette moyenne tombe à 23 % dans les CHU (11 CHU répondant) pour 66 nuits en moyenne (de 35 à 107 nuits, sd =28j). Dans les CH, 26 % du PNM a travaillé de nuit, 67 nuits en moyenne (de 29 à 150, sd= 42). Il est intéressant de constater que le nombre de nuits travaillées est très fortement négativement corrélé au pourcentage de personnes ayant travaillé la nuit ($r=-0.72$). Cela traduit des pratiques d'organisation diverses au sein des établissements : soit peu de personnes sont mobilisées la nuit, mais elles le sont souvent, soit le travail de nuit est plus fréquent parmi le personnel mais le nombre de nuits travaillées dans l'année est plus faible.

Les données peuvent être représentées de la façon suivante :

Schéma 6 : Part du PNM travaillant la nuit vs nombre de nuits travaillées (établissements supports de GHT)



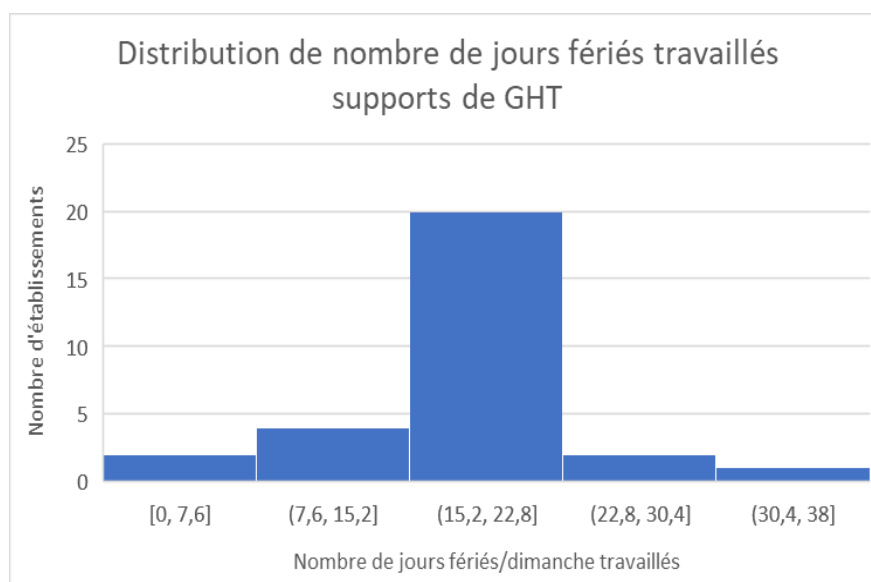
Source : Enquête Solen Etablissements 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Dans les établissements non supports de GHT, 20 % du PNM a travaillé de nuit, 68 nuits en moyenne. Ils sont 22 % du PNM dans les établissements privés à but lucratif pour une moyenne de 62 nuits, 19 % dans les établissements privés à but non lucratifs pour une moyenne de 80 nuits, et 30 % dans les établissements publics pour une moyenne de 71 nuits.

Dans les établissements supports de GHT, 61 % du personnel non médical a travaillé un dimanche ou un jour férié dans l'année 2022. En moyenne, ce sont 17 jours fériés/dimanches dans l'année, les valeurs sont relativement homogènes (5 jours d'écart type).

Cette moyenne passe à 56 % pour 18,5 jours et reste relativement homogène entre les 11 CHU répondant (min=40,6 % max=63 %, écart-type=7 %). Dans les CH 64 % du PNM a travaillé un dimanche ou un jour férié en 2022, mais on observe de plus fortes disparités entre établissements (min=27 % max 75 %, écart-type=14 %). Le nombre de jours travaillés est comparable à celui observé dans les CHU (18,5j).

Schéma 7 : Nombre de jours fériés travaillés parmi les établissements supports de GHT



Source : Enquête Solen Etablissements 2023, analyse Pôle DATA IGAS

Dans les établissements non-supports de GHT, 55 % du PNM a travaillé un dimanche ou un jour férié, et en moyenne ce sont 18,6 jours travaillés. On observe toutefois de nettes disparités entre secteurs : dans le secteur ex-DG 67 % du PNM a travaillé un dimanche ou un jour férié, pour une moyenne de 16,6 jours dans l'année. En revanche, dans les établissements privés lucratifs, la moyenne est de 49 % du PNM avec une moyenne de 19,7 jours et chez les établissements privés à but non lucratif, elle passe à 53 % du PNM pour 19,5 jours en moyenne.

Les questions qui suivent ne concernent que les établissements supports de GHT.

Question 37 à 39 : Les questions 37 à 39 portaient sur le pilotage des GHT

- Le GHT dispose-t-il d'un schéma territorial de la PDES ?

- Si oui, le pilotage de la PDSES est-il effectivement assuré au niveau du GHT (décision de création/fermeture de lignes, recherche de mutualisation des ressources...) ?
- Si oui, appréciation sur les effets induits par ce pilotage sur le fonctionnement de la PDSES

80 % des CH et 79 % des CHU déclarent ne pas avoir de schéma territorial pour la PDSES ; pour ceux qui ont répondu positivement, le pilotage se fait au niveau du GHT dans 56 % des cas. Il semblerait que ce soit plus le cas pour les CH que les CHU, mais au vu des faibles effectifs il vaut mieux rester prudent.

Questions 40 et 41 : Les questions 40 et 41 portaient sur la perception des établissements sur la permanence des soins.

- La permanence des soins rencontre-t-elle des difficultés ou pourrait-elle en rencontrer à court terme dans le territoire couvert par le GHT
- Si oui, dans quelles spécialités la situation est-elle la plus fragile ?

Seul un établissement pense que la PDSES ne rencontre pas de difficulté dans le territoire couvert par le GHT. La situation est particulièrement fragile dans les spécialités de :

- Pédiatrie, néonatalogie et urgences et chirurgie pédiatrique
- Anesthésie/ réanimation
- Gynéco/obstétrique
- Psychiatrie (du fait « des contraintes réglementaires qui rendent la PDSES très lourde »)
- Les urgences
- Gastroentérologie
- Cardiologie
- Gériatrie
- Médecine générale

Questions 42 à 44 : Les questions 42 à 44 portaient sur le dispositif de prime à la solidarité territoriale.

- Le dispositif de la prime de solidarité territoriale vous semble-t-il adapté pour favoriser l'engagement des praticiens hospitaliers dans des dispositifs de PDSES à l'échelle du territoire ?
- Si non, pour quelles raisons ?
- Si non, avez-vous des suggestions à formuler pour améliorer la situation

L'appréciation du dispositif de la prime territoriale est différente entre CH et CHU. Ils sont 64 % des CHU à le trouver adapté, contre seulement 40 % pour les CH.

Questions 45 à 53 : les questions 45 à 53 portaient sur la mutualisation des ressources médicales et non médicales.

- Des solutions de mutualisation des ressources médicales et/ou non médicales (IADE, IBODE, MERN...) sont-elles mises en œuvre au sein du territoire
 - Entre établissements publics ?
 - Si oui, merci d'en préciser les principales caractéristiques
 - Avec des établissements privés à but non lucratifs ?
 - Si oui, merci d'en préciser les principales caractéristiques
 - Avec des établissements privés à but lucratifs ?
 - Si oui, merci d'en préciser les principales caractéristiques
 - Avec des praticiens exerçant exclusivement en ville ?
 - Si oui, merci d'en préciser les principales caractéristiques

75 % des établissements répondant déclarent mettre en œuvre des solutions de mutualisation territoriales entre établissements publics. Cette proportion est plus importante chez les CHU (79 %) et que dans les CH (70 %).

En revanche, ils ne sont que 35 % des répondants à déclarer mettre en œuvre des solutions avec des établissements privés à but non lucratif (41 % CHU, 32 % dans les CH) et 17 % avec les établissements privés à but lucratif (25 % les CHU et 12,5 % les CH). Notons que tous ceux qui ont mis en place des solutions de mutualisation avec les établissements privés à but non lucratif en ont aussi mis avec les établissements publics.

16 % des répondants déclarent mettre en œuvre des solutions de mutualisation avec des établissements privés à but lucratif. Tous ces établissements ont également des solutions de mutualisation avec les établissements publics, et la moitié avec des privés à but non lucratif.

Enfin, 22 % des établissements ayant répondu (3CHU et 5 CH) déclarent mutualiser les ressources avec des médecins exerçant exclusivement en ville. Tous ceux-là ont également mis en place des solutions de mutualisation avec des établissements publics 88 % avec des établissements privés à but non lucratif.

Il apparaît donc de l'analyse que les établissements supports de GHT cherchent à mutualiser leurs ressources avec d'autres établissements. Les établissements publics sont les premiers vers lesquels se tournent les supports de GHT mais ils vont également vers les autres secteurs et même vers les médecins de ville.

Enquête relative à la PDSES à l'attention des établissements de santé

Etablissement support de GHT¹¹

Cette enquête, réalisée à la demande de l'IGAS dans le cadre d'une mission relative à la permanence des soins en établissements de santé, vise à établir une analyse, quantitative et qualitative, des ressources humaines mobilisées par les établissements pour assurer le fonctionnement des lignes de gardes et d'astreinte, des difficultés rencontrées et des solutions mises en œuvre pour y remédier (téléexpertise, mutualisation...). Des questions sont également prévues pour documenter les sujets relatifs au personnel nonmédical (travail de nuit, dimanches, jours fériés et périodes critiques).

L'enquête qui vous est adressée comprend en outre des questions relatives à la mise en œuvre de la PDSE au sein de votre GHT auxquelles il vous est demandé de répondre pour le compte du GHT.

En l'absence de bases de données nationales permettant de documenter ces paramètres, les informations quiseront recueillies dans le cadre de cette enquête et leur analyse seront précieuses pour mieux appréhender les situations et envisager les enjeux d'avenir.

Les réponses apportées doivent correspondre à la situation à date ou à défaut à fin 2022.

Dans le cas où les informations dont vous disposez ne correspondent pas exactement aux questions posées (lignes regroupant plusieurs spécialités, organisations locales ad hoc, informations partielles...) nous vous remercions de répondre de la manière la plus proche possible des situations en vigueur dans votre établissement. Il sera précieux pour l'analyse des résultats de l'enquête de disposer des informations les plus exhaustives.

Les réponses sont attendues, au plus tard pour le jeudi 30 mars prochain.

En vous remerciant de votre participation à cette enquête

¹¹ Figure, ici, le questionnaire adressé aux établissements support de GHT, un questionnaire identique, mais ne comprenant pas les questions relatives aux GHT, a été adressé aux établissements publics ou privés du département sélectionné

Etes-vous : ☐ Un CHU ☐ Un centre hospitalier

Quel est votre **numéro FINESS** ?

Volet organisation

Nombre de lignes de PDES inscrites au schéma régional de la PDES, financées par l'ARS et mises en œuvre dans votre établissement

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Soins critiques adultes (hors cardiologie) (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, caisson hyperbare)			
Soins critiques cardiologiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)			
Soins critiques pédiatriques et néonataux (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)			
Gynécologie obstétrique			
Pédiatrie (toutes surspécialités hors soins critiques)			
Anesthésie réanimation (tous types d'activité pris en compte)			
Neurochirurgie			
Chirurgie cardiaque			
Cardiologie interventionnelle			
Activités neurovasculaires			
Grands brûlés			
Greffes			

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Imagerie non interventionnelle			
Imagerie interventionnelle			
Chirurgie digestive et viscérale			
Chirurgie orthopédique et traumatologique			
Chirurgie urologique			
Chirurgie vasculaire			
Chirurgie ophtalmologique			
Chirurgie ORL			
Chirurgie thoracique			
Chirurgie maxillo-faciale			
Chirurgie pédiatrique			
Chirurgie de la main			
Chirurgie bariatrique			
Dialyse / Néphrologie			
Endoscopie digestive/gastro			
Endoscopie bronchique			
Maladies infectieuses			
Radiothérapie			

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Médecine interne et polyvalente			
Hépatogastro-entérologie			
Onco-hématologie			
Gériatrie			
Psychiatrie			
Chirurgie dentaire			
Biologie			
Pharmacie			
Autre spécialité			

Nombre de lignes mises en œuvre et financées par l'établissement au titre de la continuité des soins

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Soins critiques adultes (hors cardiologie) (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, caisson hyperbare)			
Soins critiques cardiologiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)			
Soins critiques pédiatriques et néonataux (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)			
Gynécologie obstétrique			
Pédiatrie (toutes surspécialités hors soins critiques)			
Anesthésie réanimation (tous types d'activité pris en compte)			
Neurochirurgie			
Chirurgie cardiaque			
Cardiologie interventionnelle			
Activités neurovasculaires			
Grands brûlés			
Greffes			

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Imagerie non interventionnelle			
Imagerie interventionnelle			
Chirurgie digestive et viscérale			
Chirurgie orthopédique et traumatologique			
Chirurgie urologique			
Chirurgie vasculaire			
Chirurgie ophtalmologique			
Chirurgie ORL			
Chirurgie thoracique			
Chirurgie maxillo-faciale			
Chirurgie pédiatrique			
Chirurgie de la main			
Chirurgie bariatrique			
Dialyse / Néphrologie			
Endoscopie digestive/gastro			
Endoscopie bronchique			
Maladies infectieuses			
Radiothérapie			

	Gardes	Astreintes	Autres (½ gardes/ ½ astreinte, astreinte de semaine/garde de WE)
Médecine interne et polyvalente			
Hépatogastro-entérologie			
Onco-hématologie			
Gériatrie			
Psychiatrie			
Chirurgie dentaire			
Biologie			
Pharmacie			
Autre spécialité			

Avez-vous **créé, entre 2018 et 2022** inclus, des **lignes de gardes** dans votre établissement au titre de la **continuité des soins** ?

Si oui, combien ?

Si oui, dans quelles spécialités

Avez-vous **créé, entre 2018 et 2022** inclus, des **lignes d'astreintes** dans votre établissement au titre de la **continuité des soins** ?

Si oui, combien ?

Si oui, dans quelles spécialités

Avez-vous **supprimé, entre 2018 et 2022** inclus, des **lignes de gardes** dans votre établissement au titre de la **continuité des soins** ?

Si oui, combien ?

Si oui, dans quelles spécialités

Avez-vous **supprimé, entre 2018 et 2022** inclus, des **lignes d'astreintes** dans votre établissement au titre de la **continuité des soins** ?

Si oui, combien ?

Si oui, dans quelles spécialités

Volet ressources humaines

Parmi l'ensemble des **praticiens réalisant des gardes** dans l'établissement pourcentage (en personnes physiques) de ceux qui ont :

● Entre 55 et 59 ans ?

● 60 ans ou plus ?

Parmi l'ensemble des **praticiens réalisant des gardes** dans l'établissement, pourcentage (en personnes physiques) de **ceux dont l'établissement n'est pas l'établissement de rattachement** (cf. originaire d'un CHU, d'un CH, d'un établissement privé du territoire, intérimaires ...) ?

Volet financierMontants des **dépenses de gardes** :• en 2018 • en 2022 Montants des **dépenses d'astreintes** :• en 2018 • en 2022 Montant des **dépenses d'intérim médical** de l'établissement :• en 2018 • en 2022 L'établissement a-t-il recours à la **forfaitarisation des astreintes** ?Si oui, **montants** des forfaits :Si oui, **spécialités** concernées :**Gestion du temps médical**Au-delà des urgentistes, un **décompte horaire du temps de travail médical** est-il appliqué à d'autres spécialités ?

Si oui, quelles spécialités cela concerne-t-il ?

Quel est le **pourcentage**, parmi les lignes de gardes en place dans l'établissement, de **celles reconnues en décompte horaire** ?

Travail du personnel non médical en dehors des horaires de jour (nuits, dimanches et jours fériés)

Pourcentage des agents ayant travaillé de nuit en 2022 (en personnes physique tous corps pris en compte)

Nombre moyen de nuits réalisées par les agents ayant travaillé de nuit en 2022 :

Pourcentage des agents de l'établissement ayant travaillé le dimanche ou un jour férié en 2022 (en personnes physique tous corps pris en compte)

Nombre moyen de dimanches et de jours fériés réalisés par les agents ayant travaillé au moins un dimanche ou un jour férié en 2022 :

Questions relatives au GHT

Le GHT dispose-t-il d'un **schéma territorial de la PDSES** ?

Si oui, le **pilotage de la PDSES est-il effectivement assuré au niveau du GHT** (décision de création/fermeture de lignes, recherche de mutualisation des ressources...) ?

Si oui, appréciation sur les **effets induits par ce pilotage** sur le fonctionnement de la PDSES :

La permanence des soins rencontre-t-elle des **difficultés** ou pourrait-elle en rencontrer à court terme dans le territoire couvert par le GHT ?

Si oui, **dans quelles spécialités** la situation est-elle la plus fragile ?

Si oui, **dans quelles spécialités** la situation est-elle la plus fragile ?

Le dispositif de la **prime de solidarité territoriale** vous semble-t-il adapté pour favoriser l'**engagement des praticiens hospitaliers dans des dispositifs de PDES à l'échelle du territoire** ?

Si non, pour quelles raisons ?

Si non, avez-vous des suggestions à formuler pour améliorer la situation ?

Des **solutions de** mutualisation des ressources médicales et/ou non médicales (IADE, IBODE, MERN...) sont-elles mises en œuvre au sein du territoire :

Entre établissements publics ?

Si oui, merci d'en préciser les principales caractéristiques

Avec des établissements privés à but non lucratifs ?

Si oui, merci d'en préciser les principales caractéristiques

Avec des établissements privés à but lucratifs ?

Si oui, merci d'en préciser les principales caractéristiques

Avec des praticiens exerçant exclusivement en ville ?

Si oui, merci d'en préciser les principales caractéristiques



ANNEXE 6 : Propositions de modifications législatives et réglementaires à mettre en œuvre dans le cadre des recommandations formulées par la mission

I – MODIFICATION LEGISLATIVE DEDIEE A LA PDSES : L'ARTICLE L 6111-1-3 DU CSP

- La rédaction antérieure de cet article¹² vient d'être complétée dans le cadre de la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Elle s'établit à date comme suit :
« Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire. »
- Plusieurs modifications sont nécessaires pour donner une assise juridique solide aux nouvelles modalités d'organisation de la PDSES recommandées dans le rapport. Ces modifications visent à :
 - o Elargir aux professionnels qui exercent au sein des établissements de santé et des structures autorisées au titre du L. 6122-1 la mission de contribuer, dans les conditions prévues par l'article et par sa déclinaison réglementaire, au fonctionnement de la PDSES.
L'ensemble des parties seront également porteuses de cette responsabilité de contribuer au fonctionnement de la PDSES. L'engagement implique autant les praticiens publics que les praticiens libéraux.
 - o Prévoir l'application aux situations en cours (exercice sous statut dans le public et contrats dans le privé) dans le cadre des dispositions transitoires ;
 - o Ouvrir, en complément de la disposition actuelle qui prévoit la possibilité d'« assurer » la permanence des soins, la possibilité moins forte d'y « contribuer »
 - o Limiter le périmètre d'application des dispositions de l'article au champ de la PDSES
 - o Prévoir un régime de responsabilité pour les professionnels de santé participant à la PDSES
 - o Préciser de manière générique les aspects relatifs aux conditions d'engagement des établissements et des professionnels dans le fonctionnement de la PDSES susceptibles d'être précisés par voie réglementaire.

¹² Les établissements de santé peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire

⇒ Nouvelle rédaction proposée :

I - « Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 ainsi que [les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sage-femmes et les infirmiers diplômés d'État] exerçant en leur sein peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer ou à contribuer^{13r} à la permanence des soins en établissements de santé¹⁴, dans des conditions définies par voie réglementaire concernant notamment les conditions d'engagement et de répartition entre les établissements de santé, les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 et les professionnels dans le fonctionnement de la permanence des soins territorialisée.

L'activité des professionnels extérieurs à un établissement de santé participant à la permanence des soins dans cet établissement est couverte par le régime de la responsabilité qui s'applique aux agents du dit établissement. »

II. - L'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique, à compter de son entrée en vigueur, nonobstant toute clause contractuelle contraire.

- Les déclinaisons réglementaires relatives au processus de mise en œuvre de la PDSES sont présentées dans le IV

II – EXTENSION A LA PDSES DU PERIMETRE DE COMPETENCE DES GHT : L'ARTICLE L 6132-3 DU CSP

- Cet article fixe dans le I - les fonctions mutualisées de droit au sein des GHT. Il prévoit que « I.- L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :... »
- La mise en œuvre de la recommandation 17 du rapport nécessite de rajouter une nouvelle fonction mutualisée relative à la PDSES :

⇒ Rédaction proposée :

« 6° L'organisation et la mise en œuvre de la permanence des soins en établissements de santé mentionnée à l'article L 6111-1-3 »

- La déclinaison réglementaire relative au processus de mise en œuvre de cette compétence est présentée dans le IV.

III – DECLINAISON REGLEMENTAIRE

A – Modalités de mise en œuvre de la PDSES dans le cadre du schéma régional

- Réécriture des art R 6111- 41 à 47 pour décliner le nouveau processus :
 - o D'élaboration du schéma cible,
 - o D'attribution des lignes de PDSES.

¹³ Mention inscrite dans la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé

¹⁴ Mention inscrite dans la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé

- Ces articles devront notamment prévoir :
 - o Les différentes possibilités de mise en œuvre de la PDSES (de manière autonome par un établissement désigné chef de file pour une ligne, alternée entre plusieurs établissements ou mutualisées avec le concours de ressources externes à l'établissement chef de file)
 - o Les modalités de mise en œuvre des appels à candidatures, les étapes successives d'analyse et de désignation par le DGARS jusqu'à, en tant que de besoin, une décision de mobilisation de praticiens au sein d'un territoire
 - o Les obligations incombant aux établissements désignés chefs de file pour assurer de manière autonome ou partagée une/des lignes de PDSES (continuité de fonctionnement, accueil de patients...) ainsi que le principe de l'inscription dans les CPOM
 - o La fréquence maximale de participation par praticiens aux gardes et astreintes dans le cadre de la PDSES / les seuils concernant le nombre minimum de praticiens requis au TB pour faire fonctionner une ligne de garde ou d'astreinte ; le pouvoir de dérogation à ces seuils reconnu au DGARS, le devoir des établissements d'information du DGARS en cas de rupture des conditions de fonctionnement vis-à-vis de ces seuils
 - o La délimitation du « territoire » permettant au DGARS de mobiliser des praticiens pour contribuer au fonctionnement de la PDSES
 - o La dispense de participation à la PDSES à compter de 60 ans, sauf demande expresse du praticien ou de dérogation décidée par le DGARS
 - o La procédure permettant d'examiner les cas où des praticiens appelés à contribuer au fonctionnement de la PDSES se trouveraient en situation d'incompétence ainsi que le mécanisme d'accord du responsable médical du service responsable de la mise en œuvre de la ligne pour l'inscription de praticiens extérieurs à son service
 - o Les conséquences à tirer en cas de non-respect de leurs obligations par les établissements ou les professionnels.
- La réécriture de ces articles pourrait par ailleurs être l'opportunité de s'interroger sur le lien entre le schéma régional et le SRS. Le lien et la procédure pourraient être allégés par rapport à une mission évolutive pour en faire un document de planification indépendant du SRS (avec une gouvernance allégée) pouvant être rapidement adapté par le DGARS avec des garanties en termes d'informations des instances concernées en région ?

B – Obligations des acteurs

- Concernant les établissements, outre l'inscription dans leurs CPOM, il convient de compléter les textes relatifs « *aux établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122 1* » par une disposition, transversale de préférence pour éviter de devoir la décliner activité par activité, prévoyant qu'ils, ainsi que les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sage-femmes et les infirmiers diplômés d'État exerçant en leur sein peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer ou à contribuer à la permanence des soins en établissements de santé mentionnée à l'art L 6111-1-3.

- La rédaction devra veiller à ce que des modalités de PDSES autonome, alternée ou mutualisées, sur le site de l'établissement ou d'un autre l'établissement, puissent être mises en œuvre. Et que toutes les spécialités puissent être concernées.
- Concernant les professionnels, outre les praticiens libéraux dont les contrats les liants aux établissements privés devront être modifiés, la réforme concernera également les praticiens salariés des EPS et ESPIC également susceptibles de participer à la PDSES hors de leur établissement d'affectation (autre établissement public ou privé du territoire). Cela impliquera d'adapter les dispositions statutaires relatives à la permanence des soins.

C – Modalités d'organisation et de mise en œuvre de la PDSES au sein des GHT

- Compléter les dispositions de la partie réglementaire du code relative aux compétences des GHT (art R 6132-1 et suivants) pour préciser les missions à mettre en œuvre sous la responsabilité du GHT en matière d'organisation et de mise en œuvre de la PDSES :
 - Réflexions coordonnées en vue de la réponse à l'appel à candidatures du DG ARS pour l'élaboration du schéma régional de la PDSES,
 - Recherche d'organisations de de PDSES partagée à l'échelle du territoire, entre établissements membres ou extérieurs au GHT,
 - Établissement et suivi du plan de gardes et d'astreintes territorial en application à la fois des missions reconnues aux établissements du GHT dans le cadre du schéma régional de la PDSES et des organisations mises en place en matière de continuité des soins,
 - Politique commune de rémunération des astreintes,
 - Modalités de suivi

ANNEXE 7 : Synthèse des mesures d'impact mises à l'étude

XX