

points de repère



La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire

La réforme de l'organisation de la permanence des soins entreprise depuis plusieurs années, combinée à l'amélioration de la rémunération, a permis d'atteindre un seuil important de participation des médecins : en 2007, ils sont pratiquement 30 000 médecins à avoir effectué au moins une astreinte au cours de l'année sur l'ensemble du territoire. Pour ces médecins, la rémunération des astreintes représente en moyenne 2,9 % de la totalité de leurs honoraires. Le taux d'activité régulée est de 53 % au 1^{er} semestre 2008 et atteint 75 % en milieu de nuit (minuit-8h). Toutefois, dans cette dernière tranche horaire, l'activité reste modeste car elle ne représente que 10 % de l'ensemble des actes de permanence des soins.

Une analyse des facteurs explicatifs de la participation des médecins à la permanence des soins indique que, toutes choses égales par ailleurs, la mobilisation provient davantage des généralistes hommes, exerçant en zone rurale ou à faible densité médicale. En revanche, le nombre moyen d'astreintes réalisé par médecin est très variable d'un département à l'autre et témoigne d'une grande hétérogénéité des situations.

En 2007, la permanence des soins de ville de premier recours a coûté 350 millions d'euros tous régimes confondus au risque maladie. Ce montant comprend 200 millions d'euros au titre de l'activité de visites et de consultations et 150 millions d'euros de financement des forfaits d'astreinte et de régulation.

On définit la permanence des soins en secteur ambulatoire comme la réalisation de soins par des médecins libéraux de premier recours en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux ou centres de santé.

En 2004, en lien avec les professionnels de santé, les pouvoirs publics et l'assurance maladie cherchent à en améliorer le fonctionnement. Ses principes ont ainsi été redéfinis et de nouvelles dispositions introduites. Au titre des innovations mises en œuvre figure le découpage des départements en secteurs géographiques de permanence qui doivent être adaptés aux spécificités démographiques et géographiques du territoire. Il a également été créé une nouvelle fonction dite de régulation, organisée par les centres téléphoniques du Service médical d'aide d'urgence (SAMU)¹. Elle est assurée par des médecins « régulateurs » dont la mission est d'apporter la réponse la plus adaptée à toute demande de soins d'un patient. Selon les cas, il peut s'agir d'un conseil, d'une réorientation vers une consultation programmée, d'un recours au professionnel de permanence ou d'un envoi vers des services d'urgences hospitalières. Enfin, l'organisation territoriale a été confiée aux préfets de départements qui s'appuient sur le Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence

¹ Elle peut également être organisée par les centres d'appel des associations de permanence des soins s'ils sont interconnectés avec le SAMU.

des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS). Cette nouvelle organisation doit ainsi garantir un service médical de garde efficient tout en s'appuyant sur une participation active de médecins volontaires (encadré 1).

Parallèlement, de manière à rendre le dispositif plus attractif, des moyens financiers importants ont été apportés. A partir de 2002, un forfait de 50 euros par astreinte de 12 heures a été institué par avenant conventionnel et la rémunération des heures de régulation mise

en œuvre sur la base de trois consultations de l'heure. En 2005, l'avenant n° 4 à la convention médicale constitue un tournant. En particulier, celui-ci révisé les règles de tarification et renforce encore davantage la régulation en créant d'une part, des surmajorations spécifiques aux actes effectués à la demande du médecin régulateur et d'autre part, en revalorisant le forfait d'astreintes de 12h à 150 euros (encadré 2). Au-delà des seuls aspects financiers, cet avenant préconise un ajustement des secteurs géographiques de permanence selon la période couverte,

dans l'objectif de regrouper certains secteurs au-delà de minuit, période durant laquelle l'activité est minimale.

Sur la base des données issues des remboursements, ce document dresse le bilan de l'activité de permanence des soins depuis 2004 et explore plus avant la participation des médecins² au nouveau dispositif selon leurs profils et conditions d'exercices (encadré 3)³. L'analyse distingue deux catégories de rémunérations : d'une part, celle constituée par les paiements des astreintes et

Encadré 1

Définition et principes organisationnels de la permanence des soins

Définition de la permanence des soins [article R 6315-1 du code de santé publique]

La permanence des soins en médecine ambulatoire « est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins.

La permanence des soins peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département :

- 1° le samedi à partir de midi ;
- 2° le lundi lorsqu'il précède un jour férié ;
- 3° le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié ».

Principes organisationnels de la permanence des soins [articles R 6315-1, R 6315-2, R 6315-3, R 6315-4, R 6315-5, R-6315-6 du code de santé publique]

La permanence des soins en médecine ambulatoire est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).

Elle s'appuie sur :

- un découpage du département « en secteurs de permanence », dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. Ces limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour toute ou partie de la période de permanence de soins, aux besoins de la population.

La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du Conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du CODAMUPS. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés ;

- la mise en place d'une régulation libérale des appels, organisée en lien avec le centre 15 ;
- elle est assurée par des médecins volontaires, inscrits au tableau des médecins de permanence établi par le Conseil départemental de l'ordre pour chaque secteur.

Le médecin de permanence intervient auprès du patient après appel de la régulation (régulation organisée par le service d'aide médicale urgente ou par les centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le SAMU).

Les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation sont fixées par le cahier des charges départemental, arrêté par le préfet après avis du CODAMUPS.

² Par la suite, lorsque ce n'est pas précisé, le terme « médecin » s'entend au sens « omnipraticien », il inclut à la fois les généralistes et les médecins à exercice particulier (MEP).

³ La permanence des soins effectuée par des médecins spécialistes libéraux en établissement ne fait pas partie du périmètre de cette analyse.

des heures de régulation téléphonique donnant lieu à un versement forfaitaire et d'autre part, celle des soins (consultations et actes) effectués pendant les plages horaires couvertes par la permanence rémunérée. En outre, on distingue également : d'une part les soins réalisés selon les règles nouvelles de fonctionnement de la permanence des soins, que l'on nomme « permanence régulée » ou « organisée » et d'autre part, les soins assurés par les médecins de ville aux mêmes tranches horaires, admis en dehors de toute organisation spécifique

du parcours du patient, ces soins étant simplement rémunérés selon le modèle ancien, mais toujours en vigueur, des majorations tarifaires de nuits, dimanche et jours fériés. Cependant, l'ensemble des consultations et actes compose l'activité dite de permanence des soins, quel que soit le modèle d'organisation et de rémunération dans lequel ils s'inscrivent. Le cumul des rémunérations forfaitaires et les remboursements d'actes régulés représentent pour leur part le coût de la permanence des soins « organisée ».

● **En 2007, l'Assurance maladie a consacré 352 millions d'euros à la permanence des soins**

D'un montant de 266 millions d'euros en 2004, la dépense de l'Assurance maladie pour la permanence des soins a crû de 33 % en quatre ans pour atteindre 352 millions d'euros⁴ en 2007 (tableau 1). Ce budget constitue dorénavant l'équivalent de 4,4 % des honoraires totaux des omnipraticiens libéraux. Ces dépenses comprennent d'une part 146 millions d'euros de rémunération forfaitaire,

Encadré 2

Règles tarifaires de l'avenant n° 4

	Avant publication de l'avenant 4	Après publication de l'avenant 4
Forfait d'astreinte	50 € pour 12 heures	Période 20h-0h : 50 € Période 0h-8h : 100 € Pour la période 20h-8h et pour les dimanches et jours fériés : 150 €
Régulation		Périodes : dimanche et jours fériés, nuit de 20h-8h : 3C (60 €) par heure
Majorations de l'activité de consultation	Majoration de nuit : 35 € Majoration de milieu de nuit : 40 € Majoration de dimanche et jours fériés : 19,06 €	<u>En cas de consultation régulée</u> ^(a) Majoration spécifique de nuit (20h-0h et 6h-8h) : 42,5 € Majoration spécifique de milieu de nuit (0h-6h) : 51,5 € Majoration spécifique de dimanche et jours fériés : 26,5 € <u>En cas de consultation non régulée</u> Majoration de nuit : 35 € Majoration de milieu de nuit : 40 € Majoration de dimanche et jours fériés : 19,06 €
Majorations de l'activité de visite	<u>En cas de visite justifiée</u> (critères médicaux ou sociaux) Majoration déplacement de nuit (20h-0h et 6h à 8h) : 38,5 € Majoration déplacement de milieu de nuit (0h-6h) : 43,5 € Majoration déplacement de dimanche ou jour férié : 22,6 € <u>En cas de visite non justifiée :</u> Majoration de nuit : 35 € Majoration de milieu de nuit : 40 € Majoration de dimanche et jours fériés : 19,06 €	<u>En cas de visite régulée</u> ^(a) Majoration spécifique de nuit (20h-0h et 6h-8h) : 46 € Majoration spécifique de milieu de nuit (0h-6h) : 55 € Majoration spécifique de dimanche et jours fériés : 30 € <u>En cas de visite non régulée mais justifiée</u> (critères médicaux ou sociaux) Majoration déplacement de nuit (20h-0h et 6h à 8h) : 38,5 € Majoration déplacement de milieu de nuit (0h-6h) : 43,5 € Majoration déplacement de dimanche ou jour férié : 22,6 € <u>En cas de visite non justifiée et non régulée :</u> Majoration de nuit : 35 € Majoration de milieu de nuit : 40 € Majoration de dimanche et jours fériés : 19,06 €

(a) Les majorations spécifiques peuvent être cotées uniquement par le médecin de permanence inscrit en tant que tel au tableau du Conseil départemental de l'ordre et qui intervient à la demande du centre de régulation (centre 15 ou interconnecté au 15).

Note de lecture : Avant la mise en place de l'avenant n° 4, un médecin de permanence percevait 50 € au titre d'une astreinte de nuit. Après l'entrée en vigueur de l'avenant n° 4, les montants d'astreintes sont revalorisés en fonction des heures de garde : 50 € en début de nuit, 100 € en milieu de nuit ou 150 € une nuit entière ou dimanche et jours fériés. En sus du forfait, s'il est sollicité par le médecin régulateur, soit le médecin appliquera les majorations spécifiques aux actes régulés. S'il réalise un acte en dehors de la régulation, alors il appliquera les règles tarifaires déjà en vigueur avant l'avenant n° 4, une majoration de 35 € la nuit, 40 € en milieu de nuit et 19,06 € les dimanche et jours fériés s'il s'agit d'une consultation soit les majorations s'appliquant aux visites en fonction du caractère justifié de celles-ci.

⁴ Ces montants ne tiennent pas compte des financements spécifiques des fonds suivants : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), Fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (FICQS) et Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR).

composée à 85 % d'astreintes et 15 % de forfaits de régulation, et d'autre part 206 millions d'euros de remboursements d'actes (tableau 2). Parmi les actes, 108 millions d'euros sont versés au titre

des soins régulés et 98 millions d'euros sur des actes non régulés. Ainsi, le coût du système organisé est de 254 millions d'euros et représente 72 % de l'ensemble du dispositif.

Entre 2004 et 2007, à la suite de la revalorisation des forfaits d'astreinte, leur montant a été multiplié par trois, passant de 54 millions d'euros à 123 millions d'euros, alors même que leur volume

Encadré 3

Sources de données

Les données utilisées dans cette présentation comprennent plusieurs sources d'information :

- des données de remboursement de l'Assurance maladie
- des données administratives INSEE caractérisant les communes
- des données des secteurs de permanence des soins associés aux communes.

Les données de remboursement de l'Assurance maladie qui sont servies à cette analyse s'appuient sur deux bases de données :

- ERASME (Extraction, recherche et analyses pour un suivi médico-économique) : cette base contient l'ensemble de la facturation de l'activité libérale réalisée par les médecins et liquidée par le Régime général. Sauf indication contraire les données sont extraites en date de soins. Les montants d'astreintes et de régulation sont des montants liquidés pour l'ensemble des régimes, c'est pourquoi ils ne sont pas redressés. En revanche, les honoraires totaux par médecin le sont. Dans ce cas, l'extrapolation est faite pour chaque département à partir d'un taux de passage des données du Régime général et des sections locales mutualistes à l'ensemble des régimes. Les données sont disponibles en fin de mois avec un décalage d'un mois.
- le SNIR-PS : cette base contient également les données de remboursements. Il s'agit d'une base axée sur les professionnels de santé libéraux et leur lieu d'exercice. Elle restitue des données de remboursement plus agrégées que celle d'ERASME et dont la disponibilité est plus tardive. Elle a été utilisée ici pour mesurer les taux de participation des médecins à la permanence des soins. Les mesures effectuées sur cette base sont en date de liquidation.

Les données administratives INSEE utilisées dans cette présentation sont issues du découpage territorial en commune de 1999. Il fournit des indications sur la surface et la densité de population au km² par commune. On utilise par ailleurs le zonage en aires urbaines (ZAU) des communes pour distinguer l'espace à dominante urbaine de l'espace à dominante rurale :

- l'espace à dominante urbaine est défini comme l'ensemble des aires urbaines et des communes multipolarisées ;
- l'espace à dominante rurale est défini comme l'ensemble des communes n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine.

Les données sur les secteurs de permanence des soins sont issues d'un groupe de travail national associant les URCAM Alsace, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Picardie, Nord-Pas-de-Calais. Il correspond à un découpage des secteurs au 31 décembre 2006 pour la majorité des zones. Certaines ont pu être modifiées pour tenir compte des différentes modifications intervenant durant l'année 2007.

Tableau 1

Permanence des soins ambulatoire : dépenses remboursées par nature d'activité (en millions d'euros)

Montants	Année 2004	Année 2005	Année 2006	Année 2007	Évolution 2007/2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	1 ^{er} semestre 2008 / 1 ^{er} semestre 2007
Forfaits d'astreinte	54	65	125	123	-1,5 %	64	60	-6,7 %
Forfaits de régulation	0	2	17	23	34,0 %	11	13	18,4 %
TOTAL Forfaits	54	66	142	146	2,7 %	75	73	-3,0 %
Activité régulée (C+V) ^(a)	0	17	88	108	23,2 %	56	63	12,5 %
Activité non régulée (C+V) ^(a)	212	183	108	98	-9,0 %	52	48	-8,2 %
<i>Part de l'activité régulée</i>		9 %	45 %	52 %		52 %	57 %	
TOTAL Activité	212	201	196	206	5,4 %	108	111	2,5 %
Ensemble des forfaits et de l'activité régulée		84	230	254	10,5 %	131	136	3,6 %
Ensemble des forfaits et de l'activité	266	267	338	352	4,3 %	183	184	0,2 %

(a) C + V : consultation et visites

Champ : France entière, en date de liquidation, extrapolés tous régimes
Source : ERASME et SNIR-PS (CNAMTS)

Tableau 2

Répartition des dépenses d'assurance maladie liée à la permanence des soins selon le modèle d'organisation et de rémunération

		Mode de rémunération	Dépenses (en millions d'euros)	Part dans l'ensemble des forfaits	Part dans l'ensemble des dépenses liées au dispositif
Modèle d'organisation	Permanence des soins organisée	Astreintes	123	85 %	35 %
		Régulation	23	15 %	6 %
		Ensemble des forfaits	146	100 %	41 %
		Activité régulée	108		31 %
	Permanence des soins non organisée	Activité non régulée	98		28 %
	Ensemble du dispositif de permanence des soins	Ensemble des forfaits	146		41 %
	Ensemble de l'activité	206		59 %	
	Ensemble des forfaits et des actes	352		100 %	

Note de lecture : En 2007, les rémunérations forfaitaires représentent 146 millions d'euros, soit 41 % des dépenses liées au dispositif de permanence des soins.

Champ : France entière, en date de liquidation extrapolées tous régimes
Source : ERASME et SNIR-PS (CNAMTS)

a diminué de 2,4 %, la baisse étant plus prononcée entre 2006 et 2007 (-1,6 %) (tableau 3). Cette inflexion en volume s'explique sans doute en partie par la diminution du nombre de secteurs⁵ qui a résulté des préconisations de l'avenant n° 4 à la convention sur les secteurs de nuit profonde⁶. Dans le même temps, la rémunération des heures de régulation a fortement progressé, passant de

2 millions d'euros en 2005 à 23 millions en 2007. Cette hausse provient essentiellement d'un simple jeu comptable lié à l'intégration au sein des dépenses d'assurance maladie de financements auparavant pris en charge par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)⁷. Par ailleurs, l'indexation de l'heure de régulation sur la consultation contribue également à majorer cette évolution du fait

des revalorisations successives annuelles de cet acte (+1 euro par consultation en juillet 2006 et en juillet 2007).

En 2007, le remboursement des actes de permanence, régulée ou non, est de 206 millions d'euros et correspond à 5,2 millions de consultations et de visites. L'activité des « dimanche et jours fériés » est la plus importante avec 2,8 millions d'actes, arrive ensuite celle de début de nuit (20h-24h) avec 1,9 millions d'actes et dans une moindre mesure les actes de milieu de nuit (00h-8h) avec un peu moins de 450 000 actes (tableau 3). Rapportées aux nombres d'astreintes, cette activité représente l'équivalent de 19,1 interventions les dimanche et jours fériés, 2,3 prestations en début de soirée et 0,7 en milieu de nuit.

- Dans un contexte général de baisse d'activité liée à la permanence des soins de ville, le dispositif régulé s'impose comme le modèle privilégié de recours aux soins de ville en dehors des heures d'ouverture

Au sein de l'activité de permanence, les actes régulés sont en constante progression depuis 2005. Alors que leur part en volume n'était que de 7 % en 2005, elle était de 40 % en 2006, puis 48 % en 2007 et 53 % au 1^{er} semestre 2008. Cette part est encore plus significative

Tableau 3

Permanence des soins ambulatoire : nombre d'actes ou de forfaits selon la nature d'activité (en milliers)

Nombre	Année 2004	Année 2005	Année 2006	Année 2007	Évolution 2007/2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	1 ^{er} semestre 2008/ 1 ^{er} semestre 2007
Forfaits d'astreinte	1 071	958	1 062	1 045	-1,6 %	535	517	-3,5 %
Forfaits de régulation	0	24	267	334	25,0 %	167	187	11,6 %
TOTAL Forfaits	1 071	982	1 330	1 379	3,7 %	703	703	0,1 %
Consultations régulées	0	139	680	909	33,7 %	478	554	15,8 %
Visites régulées	0	265	1 350	1 564	15,9 %	823	902	9,6 %
TOTAL Activité régulée (C+V)^(a)	0	404	2 030	2 474	21,9 %	1 301	1 456	11,9 %
TOTAL Activité non régulée (C+V)^(a)	5 627	5 089	3 067	2 689	-12,3 %	1 456	1 285	-11,7 %
<i>Part de l'activité régulée</i>	-	7 %	40 %	48 %		47 %	53 %	
TOTAL Activité	5 627	5 493	5 097	5 163	1,3 %	2 757	2 741	-0,6 %

(a) C + V : consultation et visites

Champ : France entière, en date de liquidation, extrapolés tous régimes
Source : ERASME et SNIR-PS (CNAMTS)

⁵ « En France métropolitaine, entre 2005 et 2007, on observe une diminution du nombre de secteurs quelle que soit la période d'astreinte : -19 % en première partie de nuit à -24 % en deuxième partie de nuit ». Extrait du rapport : « La permanence des soins en ambulatoire en France métropolitaine en 2006 ». Janvier 2008. URCAM Languedoc-Roussillon.

⁶ Cf. article 1^{er} de l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins.

⁷ Le FAQSV contribuait à la permanence des soins ambulatoire à hauteur de 20 millions d'euros en 2004.

en milieu de nuit puisqu'elle concerne les trois-quarts des actes réalisés sur cette tranche horaire. S'agissant des dimanches et jours fériés et des débuts de nuit, la régulation représente environ 50 % des actes et témoigne d'une progression toujours dynamique. Ainsi, les actes issus de la permanence de soins régulée deviennent progressivement majoritaires.

En revanche, sur la période 2004 à 2007, on observe à la fois une baisse des remboursements de 2,7 % et du nombre d'actes correspondants de 8,2 %. Ce flé-

chissement concerne surtout les plages horaires du dimanche et jour férié et du milieu de nuit, respectivement -4,2 % et -4,3 % en moyenne annuelle entre 2004 et 2007. Le nombre d'actes réalisés en début de nuit n'a en revanche quasiment pas varié ; en 2007 il est au même niveau que celui de 2004 (tableau 4). Au-delà de l'objectif d'organisation et d'orientation des soins, le dispositif a aussi pour rôle de rationaliser le recours aux soins en tentant de le limiter aux seules interventions jugées pertinentes par les médecins régulateurs. Il est ainsi

probable que la mise en place de la régulation ait contribué à la modération de cette activité.

Les soins issus de la permanence des soins « organisée » conduisent le plus souvent à privilégier des visites au détriment des consultations : les visites sont presque deux fois plus nombreuses que les consultations. A l'inverse, lorsque l'activité n'est pas régulée, les visites ne représentent plus que 36 % des actes (graphique 1). C'est en début de nuit que cette différence est la plus nette :

Tableau 4

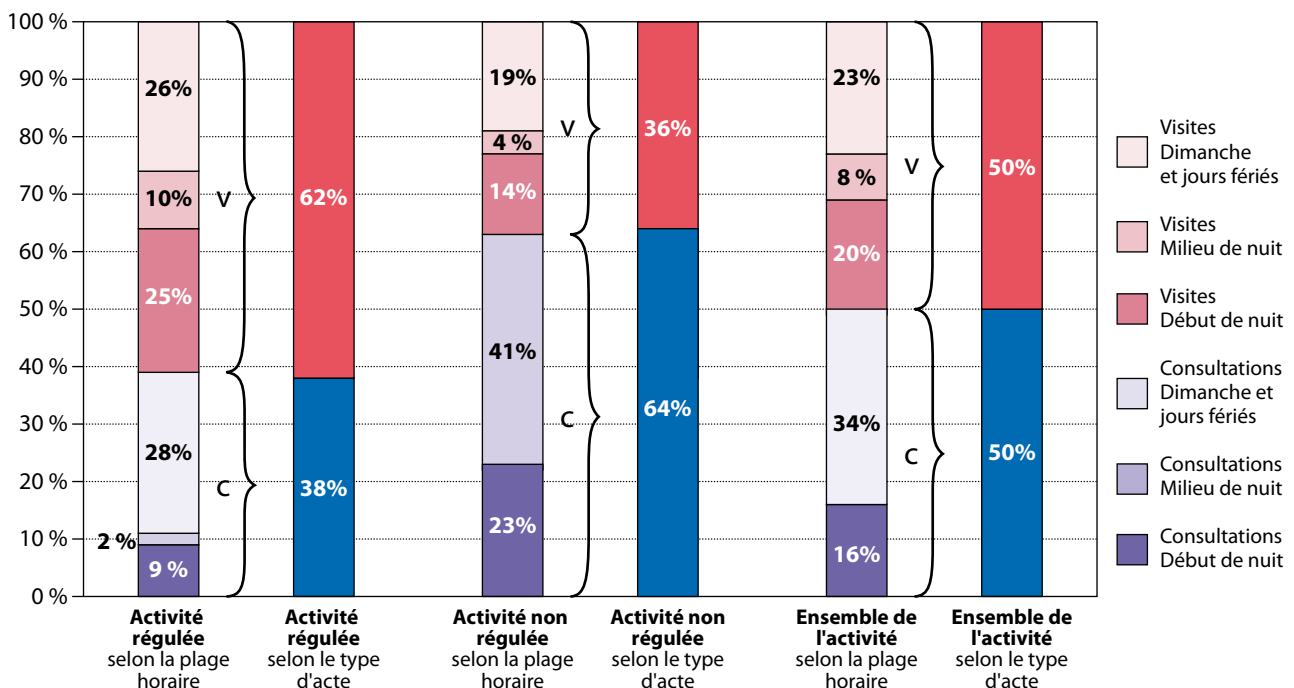
Permanence des soins ambulatoire : ventilation de l'activité de consultations et de visites selon la tranche horaire

Nombre d'actes (en milliers)	Année 2004	Année 2005	Année 2006	Année 2007	Évolution 2007/2006	TCAM 2007/2004	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	1 ^{er} semestre 2008/1 ^{er} semestre 2007
Activité de début de nuit	1 871	1 892	1 805	1 861	3,1 %	-0,2 %	959	972	1,4 %
<i>dont régulée</i>	0 %	8 %	43 %	49 %	14,6 %		49 %	51 %	5,6 %
Activité de milieu de nuit	486	480	429	427	-0,5 %	-4,3 %	220	215	-2,4 %
<i>dont régulée</i>	0 %	12 %	67 %	74 %	10,5 %		73 %	75 %	2,7 %
Activité de dimanche et jour férié	3 269	3 122	2 863	2 875	0,4 %	-4,2 %	1 578	1 554	-1,6 %
<i>dont régulée</i>	0 %	6 %	34 %	43 %	27,8 %		43 %	51 %	19,9 %

Champ : France Entière, en date de liquidation, extrapolés tous régimes
Source : ERASME et SNIR-PS (CNAMTS)

Graphique 1

Structure d'activité de permanence des soins au 1^{er} semestre 2008 (en volume)



V : visite
C : consultation

Champ : France entière, en date de liquidation, extrapolés tous régimes
Source : ERASME et SNIR-PS (CNAMTS)

les consultations et les visites se répartissent à même hauteur au sein de l'activité régulée ; alors qu'en dehors de la régulation les consultations sont 1,6 fois plus nombreuses que les visites. Les actes non régulés de fin de journée (20h-mi-nuit) correspondent très certainement à des consultations de médecins assurant une permanence auprès de leur propre clientèle en prolongement de leur activité de jour.

● **En 2007, 30 000 médecins ont participé au moins une fois au dispositif organisé de permanence des soins**

On définit ici la participation des médecins au dispositif organisé de permanence par le paiement, au moins une fois dans l'année, d'une rémunération forfaitaire, qu'il s'agisse d'une heure de régulation ou d'une astreinte. En 2007, près d'un omnipraticien sur deux (49,3 %), soit un peu plus de 30 000 médecins, a perçu l'une ou l'autre de ces rémunérations.

En 2003, sur la base du paiement du forfait d'astreinte de 50 euros, le taux de participation des médecins était de 43,6 % (graphique 2). La revalorisation de l'astreinte de 50 euros à 150 euros pour 12 heures courant 2005, semble avoir eu un effet modéré sur la participation des médecins au dispositif : la part des médecins libéraux ayant perçu au moins un forfait d'astreinte a augmenté de 4,5 points pour atteindre 48,2 % en 2006. Il a ensuite diminué très légèrement, en 2007, à 47,8 %, soit l'équivalent de 29 300 médecins participants.

Les médecins qui réalisent le plus d'astreintes sont également ceux qui participent le plus à la régulation. Parmi les 2 400 médecins ayant perçu au moins un forfait de régulation, 1 500 d'entre eux (63,4 %) ont aussi perçu au moins un forfait d'astreinte (tableau 5). Il arrive parfois que dans certains départements les médecins assurent alternativement des astreintes ou la régulation libérale des appels.

En moyenne, un médecin participant aux astreintes en réalise 34,5 dans l'année, soit 3 jours ou nuits par an pour une rémunération de 4 050 euros (tableau 6). Pour les heures de régulation, la contribution moyenne est 136h par an, soit l'équivalent d'une nuit par mois, pour une rémunération correspondante de 9 300 euros. Les honoraires moyens tous régimes des omnipraticiens ayant effectué au moins une

Graphique 2

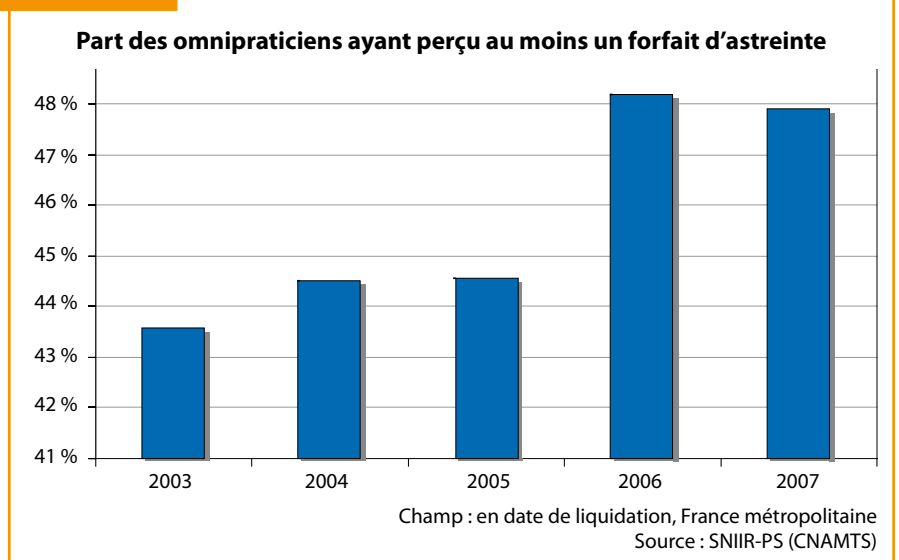


Tableau 5

Répartition des effectifs d'omnipraticiens selon la nature d'activité de permanence en 2007

		Au moins 1 astreinte		
		Oui	Non	Total
Au moins une heure de régulation	Oui	63,4 %	36,6 %	100 %
	Non	47,2 %	52,8 %	100 %
	Total	47,8 %	52,2 %	100 %

Champ : année 2007 en date de soins, liquidations jusqu'à fin août 2008, France métropolitaine
Source : ERASME (CNAMTS)

Tableau 6

Dispersion de la participation des médecins aux astreintes et aux heures de régulation en 2007

	Astreintes		Régulation	
	Nombre annuel d'astreintes	Rémunération annuelle des astreintes (en €)	Nombre annuel d'heures de régulation libérale	Rémunération annuelle de la régulation libérale (en €)
1^{er} quartile	9	750	33	2 724
Médiane	22	2 100	80	5 949
3^e quartile	45	5 550	179	11 928
Moyenne	34,5	4 045	136	9 299

Champ : année 2007 en date de soins, liquidations jusqu'à fin août 2008, France métropolitaine
Source : ERASME (CNAMTS)

astreinte en 2007, sont de 139 400 euros et ceux des omnipraticiens ayant effectué au moins une heure de régulation libérale sont de 126 400 euros. Par conséquent, les forfaits d'astreintes contribuent à hauteur de 2,9 % des honoraires totaux des médecins d'astreinte et 7,4 % des

honoraires totaux des médecins régulateurs. En cumul ces deux rémunérations représentent 4 300 euros par médecin à l'année pour les 30 000 médecins participants et 13 800 euros pour les 1 500 médecins additionnant les deux activités.

Lorsque l'on observe la concentration de l'activité de permanence sur l'ensemble de la profession, qu'il s'agisse d'astreintes ou de régulation, il apparaît que ces deux activités se répartissent sur un nombre relativement restreint de médecins (graphique 3). En 2007, un quart des médecins d'astreintes (7 300 omnipraticiens libéraux) perçoivent deux tiers des paiements totaux d'astreintes. Pour ce groupe, les montants versés correspondent à une rémunération moyenne de 11 000 euros par an. S'agissant des médecins régulateurs, un quart d'entre eux perçoivent 62,5 % du paiement des heures de régulation, soit 600 médecins se partageant 13,8 millions d'euros pour l'année 2007. Ce montant équivaut à une rémunération moyenne de 23 000 euros par an. A titre de comparaison, les 25 % des omnipraticiens ayant effectué le plus d'actes en 2007 ont réalisé 43 % de l'ensemble des consultations et des visites de l'année.

● Des médecins exerçant plus souvent en zone rurale et en secteur 1

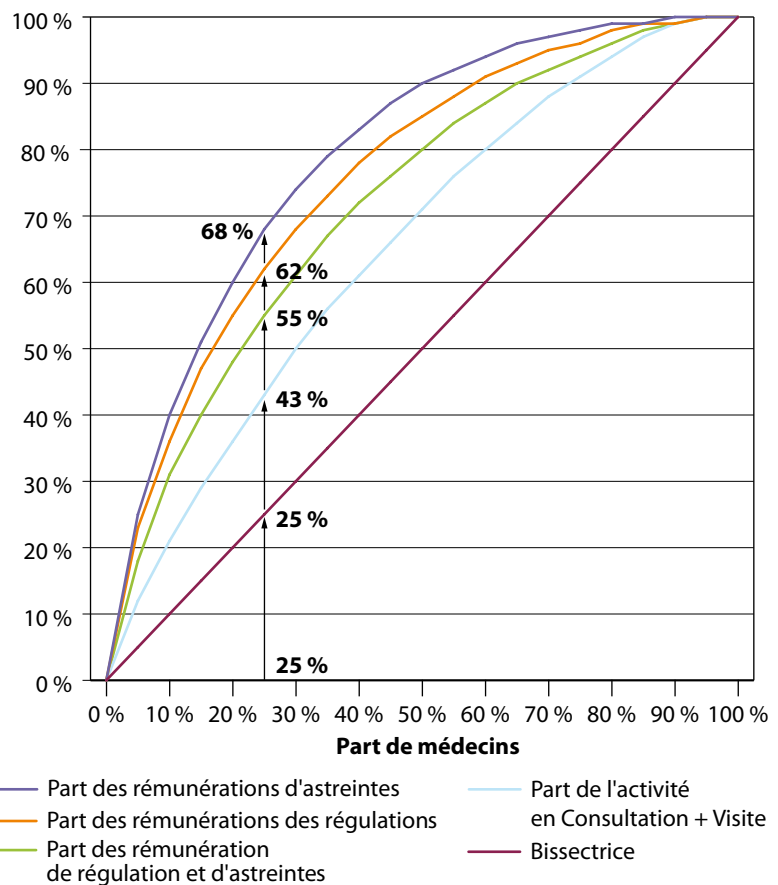
En 2007, en France métropolitaine, parmi les 29 300 omnipraticiens ayant effectué au moins une astreinte, seuls 5 % ont un mode d'exercice particulier (MEP) alors que ces derniers représentent 12 % de l'ensemble des omnipraticiens en 2007. Les omnipraticiens qui réalisent des astreintes sont, en moyenne, à peine un peu plus jeunes (49,5 ans contre 50,7 ans) et sont un peu moins souvent des femmes (23 % contre 27 %). Ils sont aussi plus souvent en secteur 1 : 96 % des médecins effectuant des astreintes exercent en secteur 1 contre 87 % pour l'ensemble des omnipraticiens (tableau 7).

Afin de déterminer les facteurs influençant la participation des médecins à la permanence des soins, toutes choses égales par ailleurs, une modélisation de la probabilité d'effectuer des astreintes a été mise en œuvre à l'aide d'une régression logistique. La variable expliquée porte sur l'activité d'astreinte des omnipraticiens en 2007. Afin de tenir compte d'un seuil significatif de participation, le niveau retenu est d'au moins 12 astreintes dans l'année, soit l'équivalent d'une par mois (encadré 4).

On retrouve les résultats déjà constatés avec les statistiques descriptives pré-

Graphique 3

Concentration des rémunérations liées aux forfaits de régulation et d'astreintes versées en 2007



Note de lecture : 25 % des médecins ayant effectué au moins une astreinte en 2007 cumulent 68 % des dépenses annuelles de forfaits d'astreintes. 25 % des médecins ayant effectué une heure de régulation représentent 62 % des dépenses annuelles des forfaits de régulation. 25 % des médecins ayant effectué au moins une astreinte et une heure de régulation en 2007 cumulent 55 % des dépenses annuelles de forfaits d'astreintes et de régulation. 25 % des médecins ayant été actifs en 2007 ont réalisé 43 % des actes de consultations et de visites.

Source : ERASME (CNAMTS)

Tableau 7

Profils des médecins ayant au moins une astreinte en 2007

	Ensemble des Omnipraticiens	Les médecins sans aucune astreinte	Ceux qui ont effectué au moins une astreinte
Part de femmes	27 %	31 %	23 %
Part de généralistes	87 %	82 %	95 %
Part de MEP Médecine d'Urgence	1 %	1,1 %	0,9 %
Age moyen	50,7	51,8	49,5
Part de secteur 1	87 %	79 %	96 %

Source : ERASME (CNAMTS)

cédentes : les femmes, les médecins à honoraires libres, les omnipraticiens ayant un mode d'exercice particulier,

les médecins avec temps partiel salarié, et enfin les plus âgés sont moins souvent engagés dans le dispositif.

Résultats de la régression modélisant la participation des médecins à la permanence des soins

La variable expliquée porte sur l'activité d'astreinte des omnipraticiens en 2007. On considère qu'un médecin participe de manière significative à la permanence des soins dès lors qu'il a effectué au moins 12 astreintes dans l'année, quelle que soit sa nature : la nuit, le dimanche ou les jours fériés. Compte tenu de la spécificité de l'activité des médecins appartenant à des associations de type SOS médecin, ceux-ci ont été exclus de l'analyse.

Les variables explicatives retenues sont qualitatives et quantitatives. Les variables qualitatives utilisées caractérisent le médecin. Elles contiennent les indications suivantes : le sexe, le secteur de conventionnement, la présence ou non d'une spécialité MEP, le mode d'exercice et la zone d'installation. Pour chaque variable qualitative, une modalité sert de valeur de référence, les modalités sélectionnées sont celles d'un médecin généraliste homme, de secteur 1, exerçant en mode libéral exclusif, dans une commune classée zone urbaine. Les variables quantitatives concernent soit des caractéristiques du médecin telles que son âge ou ses honoraires, soit des caractéristiques liées au secteur de la permanence des soins dans lequel le médecin exerce : la densité d'omnipraticiens et la surface en km². Concernant les honoraires totaux, ils comprennent les dépassements ; en revanche, les rémunérations de permanence des soins sont exclues. S'agissant des secteurs de permanence des soins, ce sont les caractéristiques du secteur de début de nuit qui ont été retenues.

Les coefficients issus de la régression sont présentés dans le tableau 8. Quand ce coefficient est positif et que la variable explicative est qualitative, il signifie que la probabilité de participer à la permanence des soins pour les médecins qui possèdent la modalité considérée est supérieure à celle des médecins de la modalité de référence. Ou bien lorsque la variable est quantitative, il mesure dans quel sens varie le taux de participation à la permanence des soins, ce sens sera positif si le coefficient est supérieur à 0. L'effet de chacune des variables est ensuite quantifié « toutes choses égales par ailleurs ».

Au total, on peut considérer que le caractère prédictif du modèle est bon car le nombre de paires concordantes est de 83 %. La probabilité d'effectuer ou non des astreintes est calculée à l'aide des coefficients du modèle. Si elle correspond à la réalité constatée, alors la paire d'observation formée par la variable observée et la variable prédite est dite concordante.

A l'exception de la modalité d'exercice à temps partiel à l'hôpital, toutes les variables sont significatives.

Tableau 8 : Résultats de la régression logistique

Modalités de la variable	Coefficients	p-value
Sexe		
Homme	Référence	
Femme	-0,202	<0,0001
Secteur conventionnel		
Secteur 1	Référence	
Secteur 1DP ^(a) et 2	-1,056	<0,0001
Présence d'un MEP		
Généraliste	Référence	
MEP	-0,677	<0,0001
Caractérisation de la zone d'installation du médecin		
Espace à dominante urbaine	Référence	
Espace à dominante rurale	1,294	<0,0001
Mode d'exercice du médecin		
Libéral exclusif	Référence	
Libéral avec temps partiel salarié	-0,166	0,008
Libéral avec temps partiel hospitalier	0,052	0,340
Age (en années)	-0,035	<0,0001
Honoraires totaux 2007 (par tranche de 10 000 €)	0,041	<0,0001
Densité d'omnipraticiens (pour 1 000 habitants) du secteur de PDS ^(b)	-0,294	<0,0001
Surface du secteur de PDS ^(b) (en centaine de km²)	-0,060	<0,0001

(a) DP : dépassement permanent

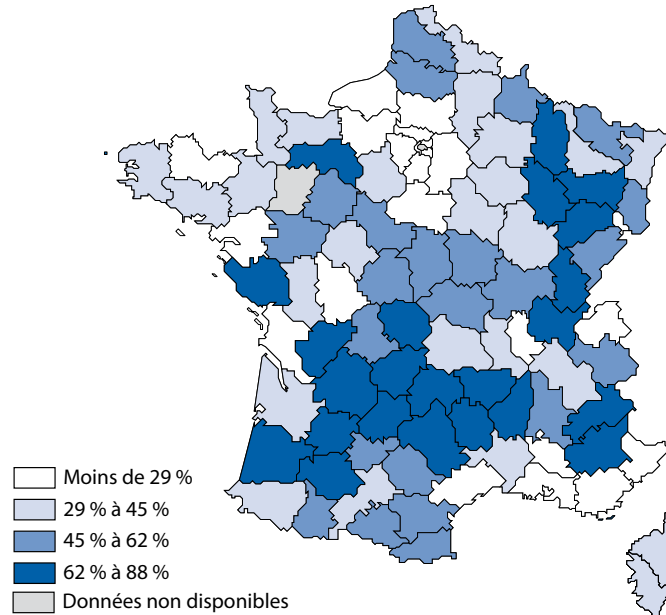
(b) PDS : permanence des soins

D'autres variables influencent la participation à la permanence des soins :

- la zone d'installation : les omnipraticiens installés en zone rurale sont plus susceptibles d'effectuer des astreintes que ceux installés en zone urbaine. L'impact du caractère plus ou moins urbain d'un secteur sur le degré de participation a déjà été souligné⁸ : elle est en général plus élevée dans les zones à caractère rural, et inversement plus faible dans les zones urbaines. Ce constat s'explique par la présence de structures associatives de médecins urgentistes de type « SOS médecins », et par un niveau d'offre de services d'urgences hospitaliers plus conséquent en ville ;
- les honoraires totaux⁹ : lorsque les honoraires totaux d'un médecin augmentent, il a tendance à effectuer plus d'astreintes indépendamment des autres facteurs d'influence. Les omnipraticiens exerçant dans leur grande majorité en secteur 1, les honoraires élevés correspondent à une activité en dehors de la réalisation des permanences : plus un médecin a une activité libérale importante et plus il a tendance à réaliser des astreintes. Ce constat suggère un rôle probablement assez faible de la revalorisation des tarifs forfaitaires dans l'incitation des médecins à s'impliquer dans la permanence, cette dernière ne constituant apparemment pas une compensation de revenus pour les médecins dont l'activité est moindre ;
- la taille du secteur (mesurée en km²) : lorsqu'elle diminue, les médecins participent plus fréquemment au dispositif. Toutes choses égales par ailleurs, on peut penser que les médecins sont plus incités à assurer des astreintes car la zone d'intervention est moins étendue et donc plus facile à couvrir. Il serait néanmoins préférable ici de pouvoir disposer du temps moyen de déplacement dans la zone, afin de tenir compte des conditions géographiques plus ou moins difficile de celle-ci. Il se peut aussi que dans certains petits secteurs ruraux, les médecins soient contraints de participer à la permanence du fait de leur faible nombre ;
- la densité médicale du secteur : lorsqu'elle croît, la collaboration des médecins au dispositif est moindre :

Carte 1

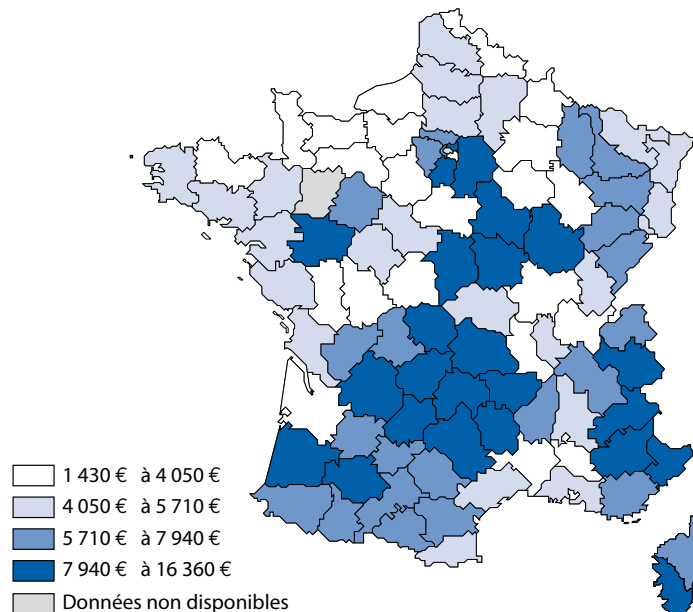
Part d'omnipraticiens ayant effectué au moins 12 astreintes en 2007 (toutes périodes confondues)



Source : ERASME (CNAMTS)

Carte 2

Rémunération moyenne liée aux astreintes, par médecin en 2007 (pour les médecins ayant effectué au moins 12 astreintes - toutes périodes confondues - en 2007)



Source : ERASME (CNAMTS)

la charge des astreintes du secteur se trouve répartie sur un nombre plus élevé de médecins, donnant la possibilité à certains de ne pas s'inscrire dans le dispositif. Un affinement du modèle montre que c'est surtout dans les zones urbaines que ce phénomène s'observe. En revanche, en territoire rural, la démographie

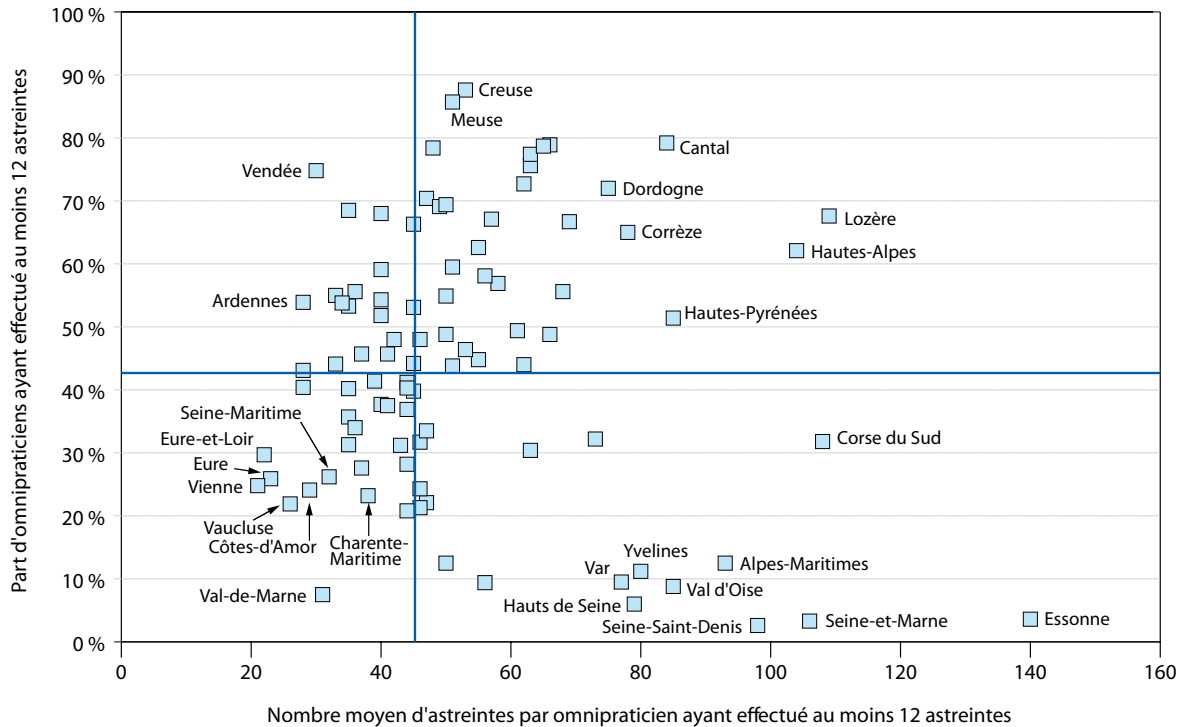
n'a pas d'effet sur la disposition des médecins à participer ou pas. Nous n'avons pas testé en revanche l'impact sur l'intensité de la participation (les médecins pourraient assurer la permanence mais faire varier leur contribution en nombre d'astreintes en fonction de la densité de professionnels sur la zone).

⁸ Rapport sur la permanence de soins en Auvergne - octobre 2008 n° 4 - Mission régionale de santé d'Auvergne.

⁹ Rémunérations de permanence des soins non comprises.

Graphique 4

Relation entre le nombre moyen d'astreintes et la part des omnipraticiens ayant effectué au moins 12 astreintes en 2007



Source : ERASME (CNAMTS)

En complément de cette analyse des critères qui influencent la participation individuelle des médecins, une caractérisation des situations départementales selon le taux de participation mais aussi l'intensité de la participation a été réalisée.

● Une plus forte concentration de l'activité de permanence dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales

La comparaison du taux de participation et du nombre d'astreintes réalisées par médecin indique qu'il n'existe pas de relation directe entre ces variables et que les situations sont très variables d'un département à l'autre (cartes 1 et 2). Le graphique 4 croise pour chaque département la contribution moyenne des médecins, c'est-à-dire le nombre moyen d'astreintes effectuées, avec leurs taux de participation au seuil de 12 astreintes par an. Pour une moitié des départements, le nombre moyen d'astreintes par omnipraticien (pour ceux qui ont effectué au moins 12 astreintes) est supérieur à 46, soit environ deux astreintes par mois, et la part d'omnipraticiens ayant effectué au moins 12 astreintes est de 44 %. Le croisement de ces deux seuils partage les départements en quatre quadrants, qui distinguent les situations suivantes :

● **fort taux de participation et fort nombre d'astreintes** : les départements concernés sont plutôt situés en zone rurale comme le Cantal, la Dordogne, la Corrèze, la Lozère, les Hautes-Alpes et les Hautes Pyrénées. Ils se caractérisent souvent par la présence de zones montagneuses au sein de leur territoire nécessitant un plus grand nombre de secteurs, et des effectifs de médecins moins élevés ;

● **fort taux de participation et faible nombre d'astreintes** : on peut citer la Vendée dont le taux de participation est comparable à celui du Cantal (supérieur à 70 %), mais le nombre moyen d'astreintes est nettement plus faible (moins de 30 contre 80) ;

● **faible taux de participation et faible nombre d'astreintes** : dans certains départements les densités médicales sont élevées, comme le Vaucluse, la Vienne ou la Charente-Maritime. Dans d'autres départements, comme l'Eure ou l'Eure-et-Loir, le nombre de secteurs est plus faible qu'ailleurs, ce qui explique un nombre plus réduit d'astreintes. Le mode d'organisation en « nuit profonde » peut aussi avoir un impact : par exemple dans le département de l'Eure-et-Loir il n'y pas d'astreintes après minuit car le secteur hospitalier prend le relais ;

● **faible taux de participation et nombre d'astreintes élevé** : le groupe des départements à participation faible et nombre d'astreinte par médecin fort est composé essentiellement de l'Essonne, de la Seine-et-Marne, de la Seine-Saint-Denis, des Alpes-Maritimes. Ce groupe est constitué de départements plutôt urbains à forte densité de population dans lesquels la présence des associations urgentistes spécialisée telles que SOS médecin est très prégnante. Dans ces départements, la moyenne annuelle du nombre d'astreintes est de 63, soit une astreinte tous les 6 jours.

Les disparités géographiques que l'on rencontre témoignent de situations très différentes selon le type de département. Dans les départements au caractère plutôt urbain, une certaine forme de spécialisation apparaît : les médecins sont moins nombreux à faire des astreintes (du fait de la couverture par des associations urgentistes spécialisées comme « SOS médecins »), mais en réalisent beaucoup. Dans les départements ruraux, au contraire, le taux de participation est élevé mais la répartition des astreintes est très variable et dépend à la fois du nombre de médecins présents sur la zone et des caractéristiques géographiques du territoire.



Conclusion

Aujourd'hui, près de la moitié des omnipraticiens libéraux sont conduits à assurer des astreintes en moyenne trois fois par mois, au sein de leur secteur de permanence. Cette moyenne recouvre des situations contrastées, une petite fraction des médecins concentrant une part importante de l'activité : environ 7 300 omnipraticiens sur un peu plus de 60 000 assurent la prise en charge de deux tiers des astreintes, et environ 600 omnipraticiens assurent un peu moins de deux tiers de l'activité globale de régulation.

La participation à la permanence des soins de premier recours est différente dans les zones urbaines et rurales. Dans les zones urbaines, il semble exister une certaine forme de spécialisation facilitée par la prise en charge de la permanence par des associations de type « SOS médecins ». Dans les zones rurales, où les effectifs sont plus faibles et la zone géographique à couvrir plus importante, la participation est davantage répartie entre les généralistes libéraux.

En dehors de cette opposition urbain-rural qui apparaît assez nettement, la par-

ticipation est plus importante chez les hommes, les jeunes, les médecins de secteur 1, elle varie en sens inverse de la densité de médecins et de la taille du secteur de permanence.

Le taux de participation et l'intensité de cette participation (en nombre d'astreintes annuel) ne sont pas systématiquement liés : on trouve de ce point de vue des configurations différentes selon les départements, qui peuvent parfois s'expliquer par les spécificités de l'offre locale.

Remerciements à Nathalie Schneider, Marie-Claude Passouant, Anna Studer et Pierre-Emmanuel Couralet pour leurs contributions et la lecture critique de ce travail.

Contact : christelle.pavillon@cnamts.fr

Collection des points de repère

- N° 1 : Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée
- N° 2 : La progression des génériques au premier trimestre 2006
- N° 3 : Coût des trente affections de longue durée pour l'Assurance maladie
- N° 4 : L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescription : quelques exemples
- N° 5 : Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie
- N° 6 : La consommation d'antibiotiques : situation en France au regard des autres pays européens
- N° 7 : Prise en charge de la mucoviscidose en affection de longue durée
- N° 8 : Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU Complémentaire
- N° 9 : Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006
- N° 10 : Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006
- N° 11 : Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières en maladie
- N° 12 : Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments
- N° 13 : Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005
- N° 14 : Un an de codage CCAM en secteur libéral - premiers résultats sur une année complète : 2006
- N° 15 : Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007
- N° 16 : Les causes médicales de l'invalidité en 2006
- N° 17 : Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre
- N° 18 : Les maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants et adolescents en France : prévalence des affections de longue durée en 2004
- N° 19 : Les données 2007 du codage de la biologie médicale
- N° 20 : Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007
- N° 21 : Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2007
- N° 22 : Mieux connaître les dépenses de médicaments : une comparaison méthodique de deux sources de données GERS et CNAMTS
- N° 23 : Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006
- N° 24 : Remboursement de médicaments antiasthmatiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme
- N° 25 : L'Échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites
- N° 26 : Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008
- N° 27 : Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008