



AMELIORATION

DE LA PERMANENCE

DES SOINS AMBULATOIRES

EN REGION PACA

CONSTAT ET PROPOSITIONS

SOMMAIRE

<u>PREAMBULE :</u>	4
1. UN CONSTAT DE DEGRADATION PROGRESSIVE	4
2. AMELIORER LA REGULATION	7
- <i>Notre constat</i>	7
- <i>Nos propositions</i>	7
3. AMELIORER L'EFFECTION	9
- <i>Repenser l'organisation territoriale :</i>	9
- <i>Augmenter les ressources humaines :</i>	9
- <i>Développer et financer les points fixes de consultations :</i>	10
- <i>Expérimenter et développer l'effection mobile :</i>	10
- <i>Modulation des forfaits d'astreintes :</i>	11
- <i>Forfaitisation des honoraires :</i>	11
- <i>Sécuriser l'effection :</i>	12
4. LA CONCERTATION :	12
5. LA COMMUNICATION :	13
- <i>La population :</i>	13
- <i>Les professionnels de santé :</i>	13
- <i>Les EHPAD :</i>	14
6. EVALUATION DU DISPOSITIF.....	14
7. CONCLUSION :.....	14
<u>LEXIQUE :</u>	16
<u>ANNEXES :</u>	17
- <i>Nombre de régulateurs libéraux en 2018</i>	17
- <i>Cartes extraites de l'enquête du CNOM sur l'état des lieux de la PDSA en médecine générale au 31 décembre 2017</i>	18
<u>À PROPOS</u>	23

PREAMBULE :

L'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux PACA (dans le respect de ses missions définies par l'article R. 4031-2 du décret n°201-585 du 2 juin 2010) s'inscrit dans une démarche de réorganisation de la permanence des soins ambulatoires permettant d'améliorer :

- la réponse aux demandes de soins urgents aux horaires de fermetures des cabinets libéraux
- les conditions d'exercice des médecins participants.

Dans ce cadre, l'URPS-ML PACA a demandé à sa Commission PDSA et Continuité des Soins de dresser un constat des difficultés d'accès aux soins et d'élaborer des propositions dont l'objectif sera la base de réflexion pour repenser le prochain cahier des charges régional.

1. UN CONSTAT DE DEGRADATION PROGRESSIVE

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) ne va pas bien. C'est un constat national, dont les causes sont multiples, mais il est particulièrement vrai en région Sud.

Nationalement, les raisons sont professionnelles et socio-culturelles et on peut citer, sans les classer par importance :

- La baisse des effectifs qui entraîne une surcharge d'activité et de fatigue ;
- Le vieillissement des médecins installés ;
- L'aspiration des médecins généralistes à une vie plus équilibrée ;
- Le souhait d'une juste rémunération des contraintes ;
- Le manque d'attractivité financière.

Ainsi, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) dresse chaque année le constat d'un effritement progressif.

Faut-il pour autant conclure qu'il n'y a pas d'enjeu puisque les centres 15 et les services d'urgences sont là pour prendre le relai, quitte à les étoffer un peu plus ?

La saturation des services d'urgences par des passages relevant de la PDSA est régulièrement dénoncée. En outre, la permanence des soins a partie liée avec la continuité des soins. C'est en effet la définition des horaires de la PDSA qui a créé en quelque sorte la discontinuité des soins. Or la continuité des soins, l'accueil des besoins de soins non programmés, sont des questions au cœur des enjeux actuels d'organisation des soins ambulatoires, avec le plan « Ma santé 2022 » et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) voulu par les pouvoirs publics.

Si l'URPS des Médecins Libéraux n'a pas de rôle opérationnel dans le fonctionnement de la PDSA, on relève dans ses missions, prévues par le décret du 2 juin 2010 : « elles participent notamment (...) à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ». Cette mission et son ancrage sur le terrain font de l'URPS ML PACA l'organisme le mieux placé et le plus légitime pour représenter auprès des pouvoirs publics les besoins et aspirations des médecins généralistes libéraux.

Dans un contexte où il y a peu d'incitations du niveau national sur une période récente, hormis le très controversé numéro unique pour la PDSA, l'URPS ML PACA considère qu'il appartient aux acteurs locaux de prendre l'initiative.

L'URPS ML PACA et sa commission PDSA et CDS sont conscientes de la réalité de l'effritement régulier de la PDSA dû pour l'essentiel aux différentes raisons citées précédemment.

Jusqu'à présent, l'évolution du cahier des charges régional est resté dans un formalisme identique qui a pour conséquence de nous amener à un système à bout de souffle.

La suppression régulière de secteurs ou de tranches horaires nocturnes n'a pas permis de dégager ces économies financières au profit de l'organisation générale.

Le paradigme « un secteur, un médecin et une astreinte identique » ne doit pas rester la règle intangible du fonctionnement mais céder la place à des adaptations par zone en fonction des spécificités territoriales.

L'apparition récente des cabinets dits « à horaire élargi » modifie considérablement le tissu médical des secteurs où ils s'installent.

Ce nouveau mode d'exercice n'est pas sans conséquence sur le fonctionnement du secteur concerné.

Leur disponibilité 12 heures par jour, 7 jours sur 7 peut apparaître en première intention et à court terme, comme une bonne réponse à une demande de soins non satisfaite.

En réalité ces cabinets qui ne s'installent pas dans des territoires où la démographie médicale pourrait le justifier, ont un effet délétère sur l'organisation même de l'offre de soins locale.

Leur type d'exercice, est un frein à l'installation aux environs, et siphonne l'activité en PDSA habituelle.

En effet, il est facile de constater, que dans les secteurs où ils exercent, le nombre d'actes de visite de PDSA est souvent égal à zéro.

De toute évidence la population s'adapte facilement aux conditions d'offre de soins, et modifie son comportement.

Cette constatation doit nous interpeller et nous amener à repenser le fonctionnement de la PDSA essentiellement basé sur la visite à domicile.

Bien qu'ils soient en général peu désireux de s'impliquer dans la PDSA, ces cabinets ne doivent pas pour autant être négligés dans la reconstruction du cahier des charges.

L'absence de stabilité des financements et leur caractère souvent non pérenne fragilisent le système et limite la capacité d'implication des médecins libéraux.

Afin d'asseoir la PDSA sur une base de participants suffisants il faut donner les moyens techniques, administratifs et financiers à des populations médicales complémentaires à savoir les internes, les médecins remplaçants et les retraités actifs.

Cela dit les défaillances de la PDSA n'impactent pas la sécurité sanitaire quotidienne et la prise en charge des urgences vitales des habitants de la région car elle est compensée par les SAU des CH.

L'enjeu est donc d'optimiser le système, de le rendre moins coûteux et plus efficient car le rôle de l'hôpital n'est pas d'assurer les missions fondamentales des libéraux.

2. AMELIORER LA REGULATION

La régulation libérale doit rester le socle de la PDSA, son objectif étant par son rôle de conseil et d'analyse des appels, de répondre aux besoins de la population. Cette activité en évitant les consultations inutiles entraîne une optimisation des dépenses de santé.

Ainsi, le déplacement d'un médecin effecteur n'est déclenché que lorsqu'un examen clinique s'avère indispensable.

Les difficultés d'effectif rencontrées sur le terrain ne doivent en aucune façon laisser à penser que le rôle de la régulation en devient secondaire. Dans ce contexte, les missions assurées par la régulation compensent partiellement le déficit d'effectifs.

- **Notre constat**

Malheureusement, la situation actuelle est inquiétante à différents titres :

- Une formation initiale et continue des médecins régulateurs inexistante ou bien réalisée à partir d'initiatives locales sans aucun financement ;
- Une base de recrutement faible ;
- Une absence de sensibilisation des internes à cette fonction primordiale ;
- Une absence d'anticipation dans la mise en place d'outils modernes ;

- **Nos propositions**

L'URPS ML PACA et sa Commission PDSA et CDS préconisent les solutions d'amélioration suivantes :

- Améliorer la qualité du service par une formation initiale et continue standardisée (au niveau régional ou national) des médecins libéraux régulateurs ;
- Adapter le nombre de lignes de gardes de régulation aux nombres d'appels afin de permettre à chaque médecin de travailler dans des conditions qui assurent une sécurité médicale optimale ;
- Améliorer l'attractivité financière afin d'avoir le recrutement adéquat aussi bien chez les médecins installés, retraités actifs et les internes ;

- Travailler avec la faculté de médecine afin que les internes en médecine générale puissent, systématiquement découvrir le travail de régulation au centre 15 ;
- Mettre en place un système d'information performant utilisant toutes les innovations technologiques ;
- Développer le téléconseil afin d'éviter des actes et des visites inutiles (en s'appuyant notamment sur les ressources infirmières en EHPAD) ;
- Etendre la régulation à toutes les plages horaires hors PDSA officielle dans tous les départements afin de faciliter la prise en charge et la continuité des soins ;

Quelques avancées positives :

Le déploiement annoncé du SI SAMU (en cours de développement), intégrera plus tard toutes ces évolutions mais l'on doit dès maintenant commencer à les prendre en compte et à préparer l'ensemble des acteurs.

Ce nouveau système va permettre de développer la télérégulation à domicile ce qui pourra engendrer un meilleur recrutement de médecins (certains départements comme le Puy de Dôme fonctionne à 90% avec des médecins qui régulent de leur domicile). Il faudra donc faire évoluer les mentalités et ouvrir ce service dans chaque Centre de réception et de régulation des appels (CRRA).

La mutualisation de régulation en nuit profonde dans certains départements doit être étudiée.

La mise en place d'un quota d'heures de régulation nous paraît être une excellente avancée. Il permet au CRRA une plus grande et plus rapide adaptabilité de réponse à des périodes de tension (fêtes, épidémies, situation sanitaire exceptionnelle). Le Centre 15 devant rendre compte à postériori de l'utilisation de ces heures à la délégation territoriale départementale de l'ARS.

La commission préconise donc que ce système qui lui paraît très utile soit pérennisé et que les volumes des quotas utilisés fassent l'objet d'une réévaluation régulière.

L'URPS ML PACA préconise, sur une base régionale, de construire un modèle de régulation par département prenant en compte les spécificités territoriales.

3. AMELIORER L'EFFECTION

La réflexion sur la rénovation de l'effecton doit se faire sans tabou.

Les propositions formulées ci-dessous ont pour ambition de rendre toute son effcience à la PDSA et de placer le médecin libéral au cœur du système.

- **Repenser l'organisation territoriale :**

La redéfinition de la sectorisation ne doit pas se contenter de s'appuyer sur l'existant en supprimant tel ou tel secteur.

La constatation de la disparition des visites lorsque certains points de consultations existent nous amène à proposer la création de grands secteurs centrés sur un point de consultation fixe qu'il faudra déterminer en fonction des spécificités locorégionales.

L'analyse de la cartographie des points fixes actuels permettra de déterminer les zones blanches dans lesquelles une solution devra être trouvée.

Afin d'améliorer la vie et l'organisation de chaque secteur, il est nécessaire de rétribuer le médecin qui assurera le rôle de coordonnateur. Cette activité chronophage effectuée jusqu'à présent bénévolement en sus de sa propre activité libérale lui impose de gérer le tableau de garde, les difficultés à le remplir, les relations avec le Centre 15, le CDOM, l'ARS et la CPAM.

Le coordonnateur étant un élément majeur, il nous paraît indispensable de reconnaître son statut en le professionnalisant et en lui assurant une rémunération pérenne.

- **Augmenter les ressources humaines :**

Afin d'augmenter l'assiette des ressources en effecteurs, il nous paraît indispensable d'impliquer dans cette activité les médecins retraités actifs ainsi que les médecins remplaçants et les internes autorisés à remplacer.

Pour permettre à ces ressources complémentaires de s'impliquer, l'existence du poste de coordonnateur est fondamentale. C'est en effet lui qui sera en charge de rechercher dans ces nouvelles bases le candidat susceptible de combler les carences.

Pour la traçabilité, il est essentiel que le remplaçant puisse utiliser ses propres feuilles de soins informatisées et que le logiciel métier de la MMG ou du médecin remplacé soit compatible.

Pour faciliter ce recrutement, il nous paraît important de discuter avec l'ordre des médecins d'une simplification administrative des contrats de remplacements dans ce type d'activité spécifique.

La création d'un groupe d'internes et de médecins non installés permettrait au coordonnateur de secteur de combler facilement les carences constatées sur son tableau de garde.

- **Développer et financer les points fixes de consultations :**

Ces points fixes qui peuvent être des Maisons Médicales de Garde, une Maison de Santé Pluriprofessionnelle au sein d'une CPTS etc. doivent bénéficier de financements publics garant de la pérennité de leur fonctionnement améliorant ainsi l'attractivité de la structure.

- **Expérimenter et développer l'effectif mobile :**

La Commission consciente que la réponse en PDSA ne peut se limiter à des structures fixes de consultation propose de créer un corps d'effecteurs mobiles.

Ce corps mobile interviendra, en nuit profonde, sur plusieurs grands secteurs et permettra d'apporter une réponse après minuit si nécessaire.

En se déplaçant dans les EHPAD, ces effecteurs mobiles permettraient d'éviter l'intervention du SAMU et les passages aux urgences des personnes âgées dépendantes.

D'autres missions, comme l'établissement des certificats de décès, pourraient leur être confiées rendant inutiles les réquisitions.

Doté d'une voiture avec chauffeur, ce corps mobile peut tout à fait être renforcé, là aussi, par des médecins retraités actifs ou des internes en situation de remplacement.

En parallèle, il nous paraît indispensable de mettre en œuvre des moyens de transports de certains patients par le biais de taxi ou de VSL après régulation par le 15 pour les acheminer sur le centre de consultation fixe.

Il s'agira donc dans ce cas de trouver des modes de financement dérogatoires pour ce type de transport.

- **Modulation des forfaits d'astreintes :**

Le montant des astreintes attribué actuellement de manière identique régionalement doit pouvoir être modulé en fonction des situations de chaque secteur. Ce forfait dont l'objectif initial était d'indemniser l'astreinte du médecin de garde doit évoluer en « facteur d'attractivité » de certaines gardes peu rémunératrices dans des secteurs où l'intérêt du maintien de la garde est acquis.

- **Forfaitisation des honoraires :**

Conscient également de la concurrence effectuée par le SAU qui fait bénéficier les usagers d'un tiers payant intégral, il nous paraît indispensable d'apporter ce même service à la MMG. Une solution pourrait être trouvée dans la forfaitisation des honoraires.

Ce paiement forfaitisé par tranche horaire et payé par la CPAM au médecin de garde a plusieurs avantages :

- Le premier étant de garantir un revenu stable au médecin ;
- Le second étant de transférer la charge administrative du recouvrement du ticket modérateur à la CPAM ;
- Le dernier avantage étant de donner une visibilité sur le coût global de la PDSA aux acteurs en charge de l'organisation et du financement (l'ARS et à la CPAM) ;

Bien entendu la mise en œuvre de cette solution devra faire l'objet de discussion et d'arbitrage par les acteurs concernés.

Cette forfaitisation devra être réévaluée chaque année sur la consommation réelle d'honoraires de l'année n-1.

Expérimentée sur une MMG, elle pourra être étendue aux autres modes de réponses de PDSA

Ce mode de rémunération pourrait faire l'objet d'une expérimentation de rémunération dérogatoire dans le cadre de l'Article 51.

- **Sécuriser l'effectif :**

Les médecins aspirent aujourd'hui à des conditions de travail sécurisées.

Les retours d'information auprès des médecins effecteurs montrent que l'insécurité est un frein certain à leur implication sur le terrain. Il est de notre responsabilité, si l'on veut leur permettre d'être volontaire, de leur apporter une réponse efficace.

L'URPS ML PACA s'est engagée dans l'expérimentation d'outils dédiés à cette fonction.

Un partenariat avec la société SMS in Situ a permis d'installer à titre expérimental à la MMG d'Avignon un dispositif de gestion de la file active susceptible de réduire l'agressivité et les incivilités dans les salles d'attente. Cela permet également au médecin de disposer d'un système immédiat d'alerte auprès des services de sécurité.

Ces systèmes ont vocation à être étendu à l'ensemble des MMG ainsi qu'à l'ensemble des effecteurs mobiles.

4. LA CONCERTATION :

Pour que cette réorganisation fonctionne, il est nécessaire que tous les acteurs s'impliquent aussi bien dans l'accompagnement que dans le financement.

L'URPS ML PACA propose que ces modifications soient discutées et décidées au sein d'une ICR restreinte sur le thème de la PDSA comprenant le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM), l'ARS PACA, l'URPS-ML PACA et l'Assurance Maladie (DCGDR).

Il est aussi important de garder une interface de discussion avec les élus locaux notamment au sein des CODAMUPS TS afin d'expliquer l'évolution du dispositif, de négocier les horaires de PDSA des secteurs et de discuter des subventions pouvant être mises en place.

L'URPS ML PACA insiste pour que chaque secteur de PDSA soit discuté avec les services d'urgences correspondants.

5. LA COMMUNICATION :

Il n'est pas envisageable de vouloir améliorer la PDSA sans un protocole de communication auprès des acteurs, des usagers et même des EHPAD afin qu'ils modifient progressivement leurs habitudes de consommation en PDSA

Ce travail doit être effectué conjointement avec tous les acteurs de terrain.

Dans ce cadre, l'URPS ML PACA propose de mettre en place une campagne de communication vers :

- La population :

Il s'agira de diffuser un message clair, lisible et compréhensible de tous qui doit encourager les patients à utiliser la régulation téléphonique, actuellement par le 15, suivi de la touche 2 en cas d'absence d'urgence vitale avant de se déplacer au point fixe de consultation (évitant ainsi les engorgements des salles d'attente des lieux fixes)

Il faudra massivement communiquer sur le site santé.fr et sur le numéro 116 117 (quand il sera opérationnel) afin de faire connaître les dispositifs de PDSA.

- Les professionnels de santé :

Ils devront être informés des modifications d'organisation de la PDSA.

Ils pourront éduquer leurs patients à l'utilisation de la régulation.

Les internes qui obtiennent une licence de remplacement seront également informés afin de les encourager à rejoindre le dispositif.

L'URPS ML PACA se propose de regrouper leurs demandes pour faciliter la démarche.

- **Les EHPAD :**

La communication vers ces structures doit permettre d'éviter des hospitalisations trop fréquentes des personnes âgées dépendantes.

Cette campagne doit être réalisée par un affichage à minima dans les structures de 1^{er} recours (cabinets, PMI, pharmacies, services d'urgences, etc.) ainsi que sur les réseaux sociaux.

6. EVALUATION DU DISPOSITIF

La mise en place des différents dispositifs améliorant la PDSA doit être accompagnée d'une évaluation qualitative et quantitative.

Il faut évaluer annuellement l'enveloppe budgétaire globale (comprenant FIR, dépenses des caisses d'assurance maladie, subvention des collectivités publiques, subvention des hôpitaux aux MMG), les besoins de santé de la population et l'efficacité des investissements réalisés sur le désengorgement des services d'urgence.

Il est important de veiller à ce que cette enveloppe budgétaire ne soit pas en diminution alors que ce service public des territoires est une des priorités affichées par nos concitoyens.

7. CONCLUSION :

La Permanence des Soins en Ambulatoire va mal en France et en PACA. La diminution du nombre de médecins en activité, le vieillissement de cette profession, le manque de dispositifs innovants et adaptés aux territoires a conduit à un effondrement progressif. Les cabinets « à horaires élargis » prennent ainsi le relais sans régulation pour adapter l'offre et la demande.

Fort de ce constat, l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux PACA formule des propositions concrètes pour restructurer profondément l'offre dans les territoires et réécrire le cahier des charges régional dans une co-construction associant les principaux acteurs de la PDSA (ARS

PACA, URPS ML PACA, CPCAM et CROM). Ce travail devant être validé au sein des CODAMUPS TS comme la loi l'impose.

Cette remise à plat complète d'un cahier des charges, aujourd'hui, obsolète prendra du temps mais c'est à notre sens la seule façon de rendre à nouveau fonctionnelle cette mission de service public qu'est la PDSA.

Il n'est plus possible de réparer un outil défailant mais il nous faut ensemble le reconstruire sur des bases novatrices modernes qui rendent à nouveau la participation à la PDSA attrayante pour le monde libéral.

L'URPS ML PACA souhaite devenir force de propositions dans les différents groupes de travail restreints associant les 4 acteurs qui seront adaptés localement à l'organisation.

Ces groupes de travail devront impliquer, selon les zones concernées, les coordonnateurs de secteurs et les services d'urgences le cas échéant présents dans les zones étudiées.

Mais il faut prendre conscience que la volonté de refonder cette PDSA nécessitera un investissement financier initial. Investissement garant de l'avenir.

Des outils d'évaluation du dispositif nous permettant de quantifier le taux de satisfaction et d'efficacité humaine et financière du système mis en place seront discutés en groupe de travail.

La PDSA doit également, pour être la plus efficace possible, être interconnectée avec les autres systèmes de gardes, à savoir la garde dentaire, de pharmacie, de kinésithérapie, ambulancière, ...

Une bonne organisation de la PDSA est un facteur d'attractivité et peut contribuer à l'installation de nouveaux praticiens dans les territoires fragiles.

Cette activité de service public qui fait partie intégrante de la mission du monde libéral doit également pouvoir être un terrain de stage pour les jeunes générations et leur permettre de découvrir cette facette de leur futur métier.

LEXIQUE :

ARS PACA : Agence Régionale de Santé Provence Alpes Côte d'Azur

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CDS : Continuité des Soins

CH : Centre Hospitalier

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUPS TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DCGDR : Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FIR : Fonds d'Intervention Régional

ICR : Instance de Concertation Régionale

MMG : Maison Médicale de Garde

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

SI SAMU : Système d'Information et de télécommunication des SAMU-Centre 15

URPS ML PACA : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Provence Alpes Côte d'Azur

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

ANNEXES :

- **Nombre de régulateurs libéraux en 2018**

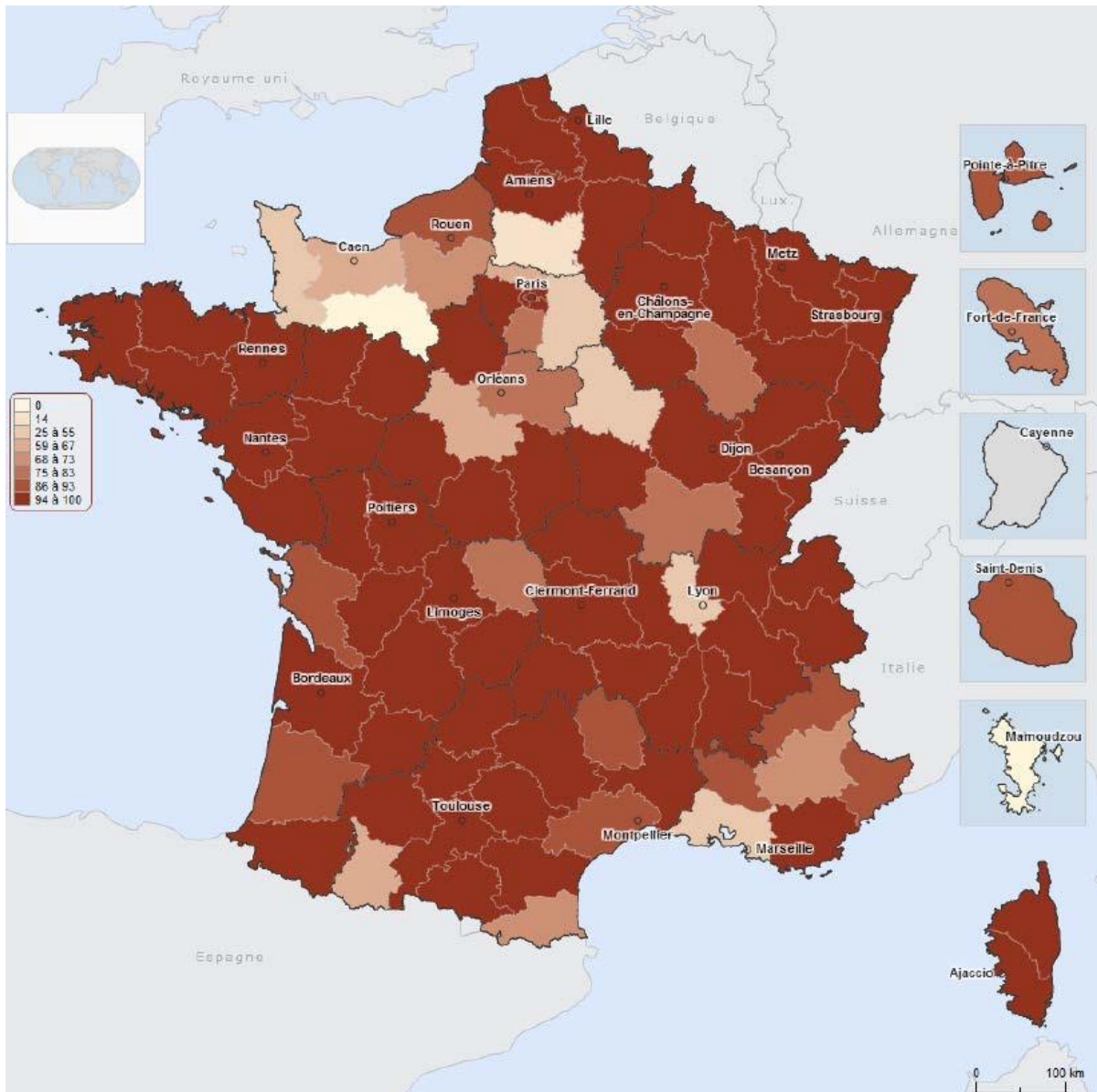
	Samedi matin	Samedi après-midi	Dimanche 8H-20H	Nuit 20H-24H	Nuit 24H-8H
PACA					
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	1	1	1	1	1
HAUTES-ALPES	0	1	1	1	1
ALPES-MARITIMES	2	2	2	2	2
BOUCHES-DU-RHONE	1	4	3	3	1
VAR	0	2	2	2	2
VAUCLUSE	1	1	1	1	1

Tableau 1 : nombre de régulateurs libéraux en 2018

- Cartes extraites de l'enquête du CNOM sur l'état des lieux de la PDSA en médecine générale au 31 décembre 2017

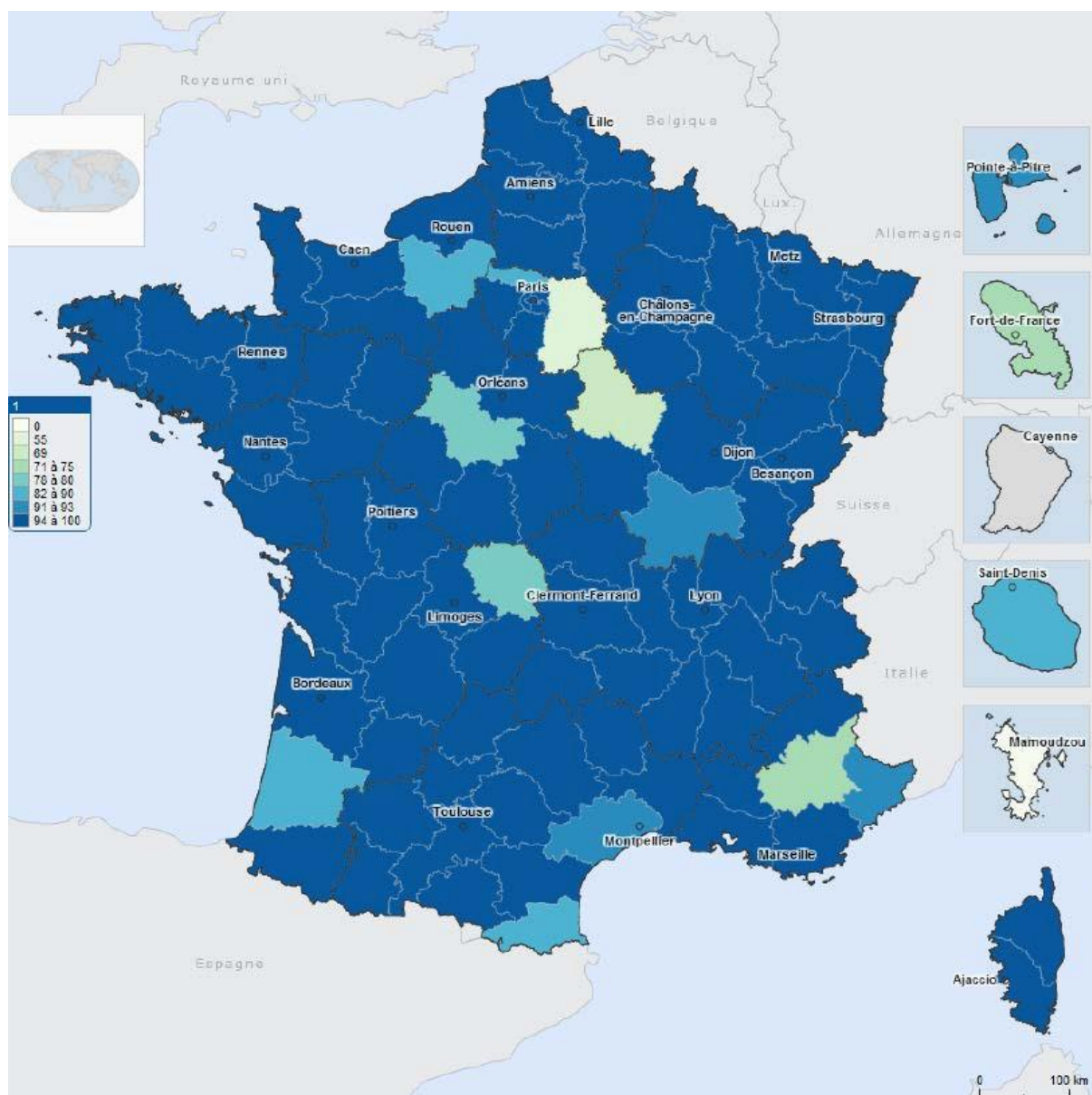
Carte 1 : Taux de couverture des territoires de la PDS de 20h à Minuit

LE TAUX DE COUVERTURE (EN %) DES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS DE 20H00 A MINUIT – AU 31 DECEMBRE 2017



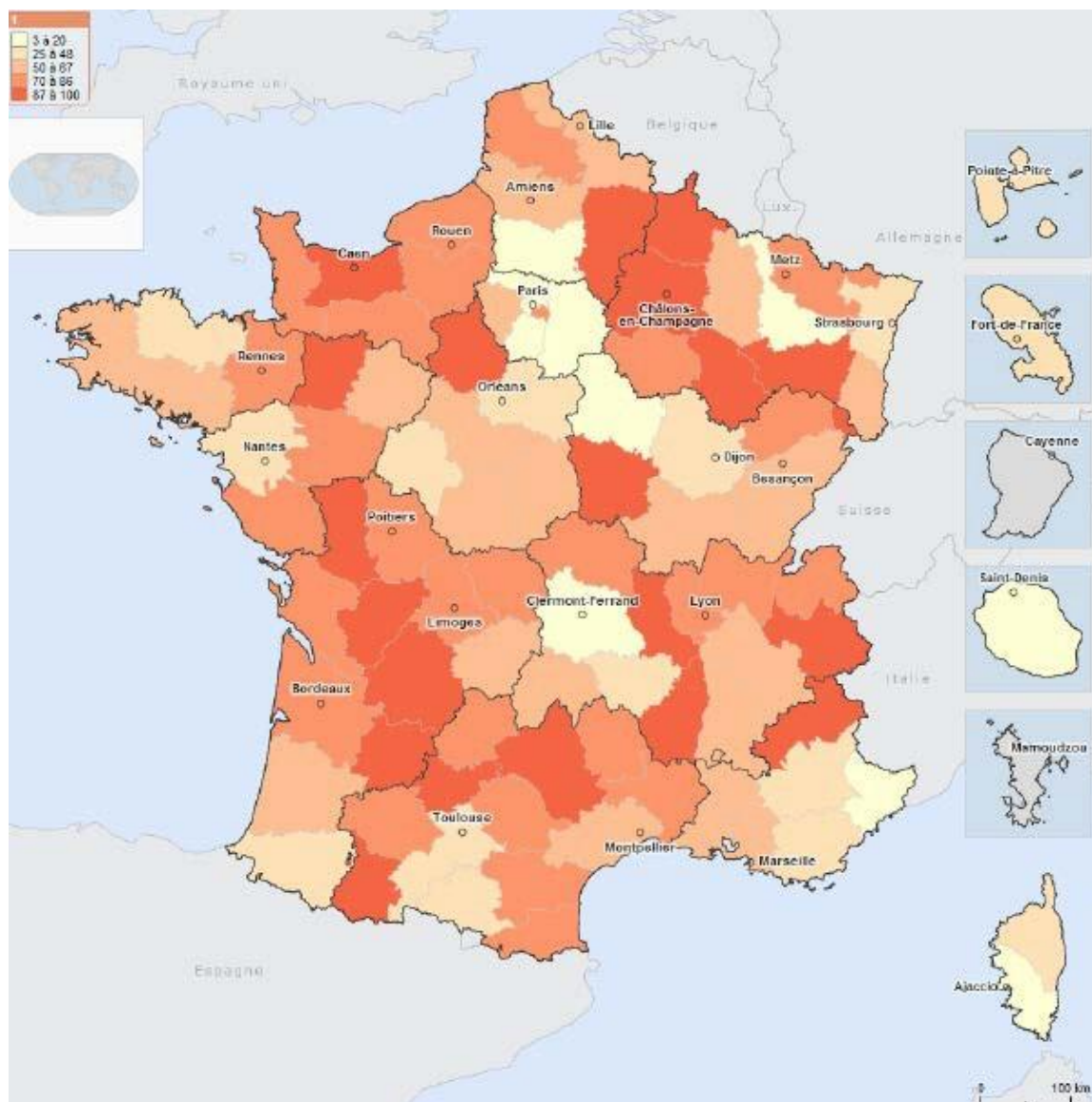
Carte 2 : Taux de couverture des territoires de la PDS en week-end et jours fériés

LE TAUX DE COUVERTURE (EN %) DES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS EN WEEK-END ET JOURS FÉRIÉS – AU 31 DECEMBRE 2017



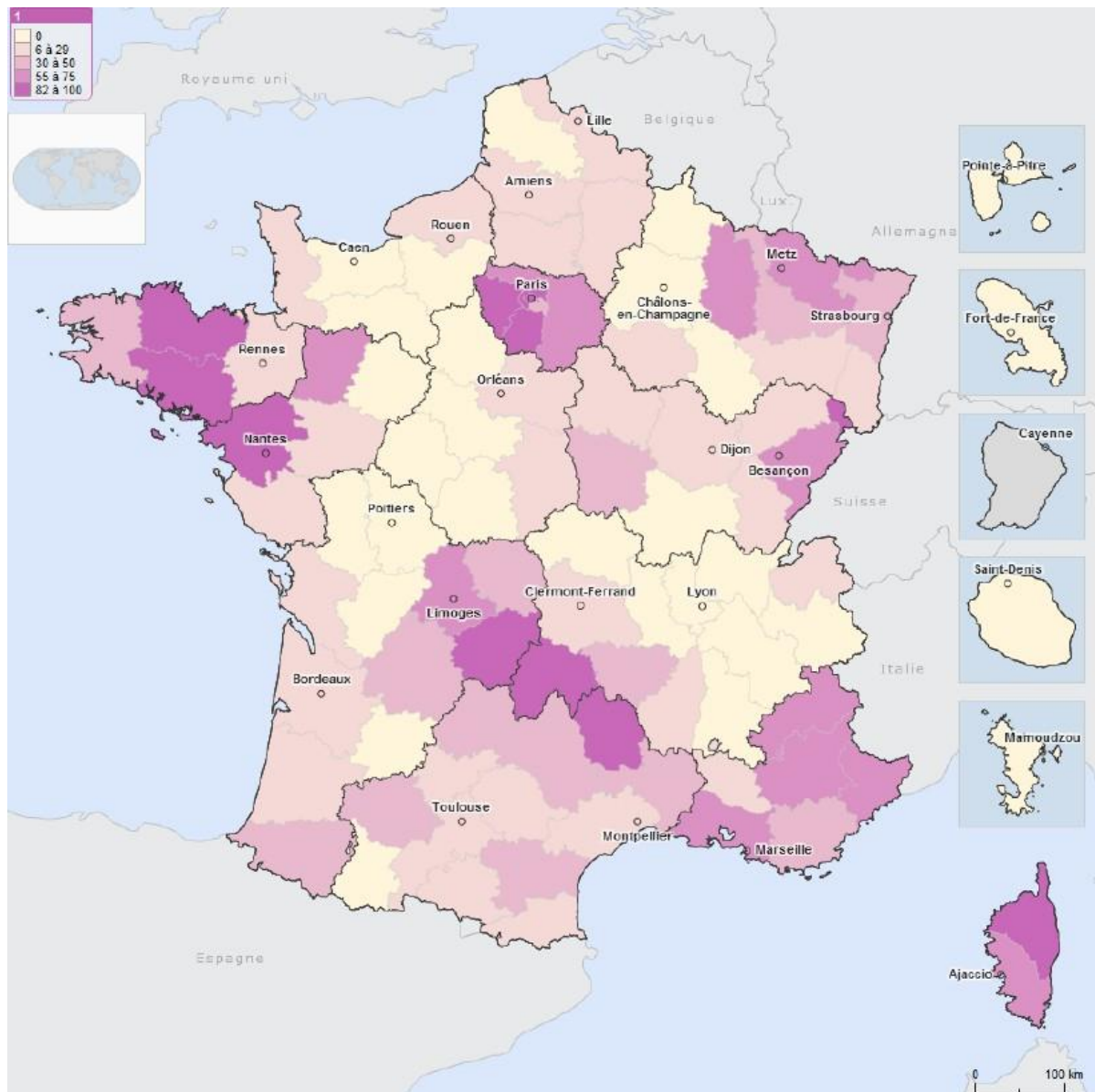
Carte 3 : Taux de participation des médecins généralistes à la PDS

TAUX DE PARTICIPATION DES MEDECINS GÉNÉRALISTES A LA PERMANENCE DES SOINS (EN%) AU 31 DECEMBRE 2017

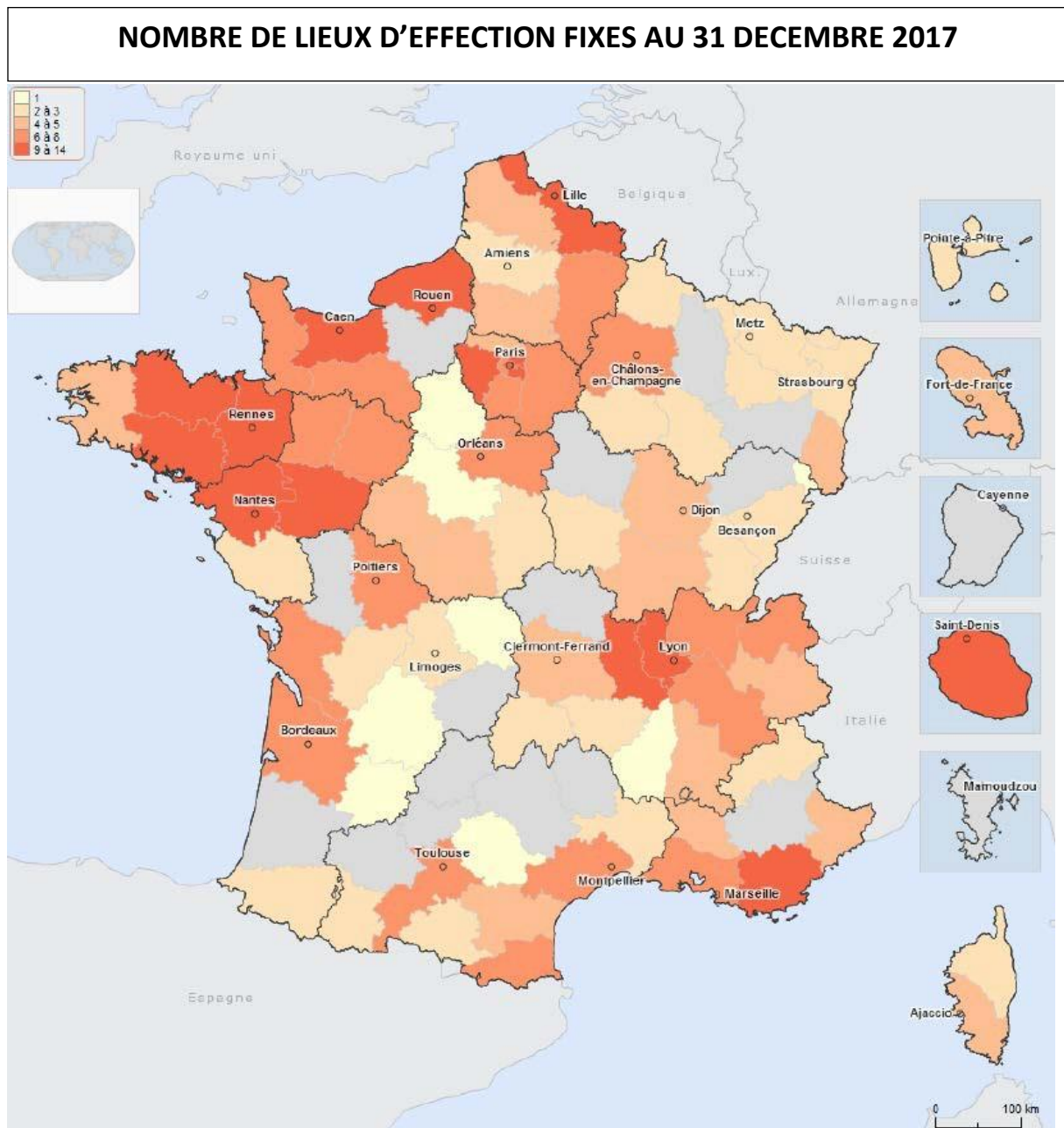


Carte 4 : Taux de couverture des territoires de la PDS de minuit à 8h00

**LE TAUX DE COUVERTURE (EN %) DES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE
DES SOINS DE MINUIT A 8H00 – AU 31 DECEMBRE 2017**



Carte 5 : Nombre de lieux d'effection fixes au 31/12/2017



À PROPOS

L'UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECINS LIBERAUX DE LA REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR.

Association régie par la loi du 1er juillet 1901, l'URPS médecins libéraux Paca a été créée par la loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Face aux évolutions constantes de l'exercice de la médecine, l'URPS médecins libéraux Paca a pour objectif d'être au plus proche du terrain pour accompagner les praticiens libéraux au quotidien, qu'ils exercent en ville ou en établissement de soins. Elle contribue à l'organisation de l'offre de santé régionale, représente et accompagne les 12 000 médecins libéraux exerçant en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Pour en savoir plus :

- Web : www.urps-ml-paca.org

- Twitter : [@urps_ml_paca](https://twitter.com/urps_ml_paca)

- Facebook : [@URPSmedecinsliberauxPACA](https://www.facebook.com/URPSmedecinsliberauxPACA)

- **Docteur Laurent SACCOMANO, URPS ML PACA**

- **Commission PDSA et Continuité des Soins :**
 - **Dr Michel GARNIER, Coordonnateur**
 - **Dr Hervé SAHY, Rapporteur**
 - **Dr Simon BIHAR,**
 - **Dr Marc BURLAT**
 - **Dr Henri LIU**
 - **Dr Bernard MUSCAT**
 - **Dr Michel SCIARA**

- **Docteur Gabriel KULLING, Expert**

- **Mr Justin BREYSSE, interne en DES de rhumatologie - Chargé de mission installation libérale des jeunes médecins**



37/39 Bd Vincent Delpuech - 13006 Marseille

Tél : 04 96 20 60 80 - Fax : 04 96 20 60 81

www.urps-ml-paca.org - contact@urps-ml-paca.org