



Directeur d'Hôpital
Promotion : **2017 - 2018**
Date du Jury : **Octobre 2018**

**L'Assistance Publique – Hôpitaux de
Marseille à la croisée des chemins
de la permanence des soins :
entre rationalisation interne et
exigences d'une réponse territoriale
adaptée**

Laurent CHABOT

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier M. Jean-Olivier ARNAUD, directeur général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, pour l'accueil qu'il m'a réservé lors de mon stage long de direction, au sein de son équipe de direction, ainsi que Mme Sylvia BRETON, directrice générale adjointe de l'AP-HM, chargée des sites et des pôles, pour l'ensemble de ses conseils, tant lors des missions qui m'ont été confiées qu'en sa qualité de personne référente à l'élaboration de ce mémoire de fin de formation.

J'entends très vivement remercier M. Alain TESSIER, directeur des coopérations, du GHT et des autorisations d'activité de m'avoir guidé et conseillé, en tant que maître de stage pour la réalisation de mes missions, tout en me laissant autonome et garant de sa confiance.

J'y associe l'ensemble des collaborateurs de l'équipe de ma direction d'affectation, Mesdames Anne-Loïse LENTULO, Caroline BOURNAILLIE-JACQUIN, Perrine BALIVET, chargées de mission, et Madame Céline SPANO, secrétaire de la direction, qui m'ont soutenu tout au long de mes deux stages hospitaliers réalisés à l'AP-HM. Par leurs connaissances, elles m'ont aidé à mieux appréhender le CHU, la ville de Marseille et son territoire, dans la bonne humeur.

Je joins à ma gratitude l'ensemble de mes collègues directrices et directeurs à l'AP-HM avec lesquels j'ai travaillé, que j'ai sollicités, en espérant avoir contribué à la réalisation de leurs objectifs, au travers des missions qu'ils et elles m'ont confiées durant ces 8 mois de mise en situation professionnelle.

A ce titre, je remercierai tout particulièrement Mesdames Cécile PIQUES et Manuela KLAPOUSZCZAK, directrices des affaires médicales, M. Vincent BRAILLON, directeur du contrôle de gestion, et son adjointe, Mme Véronique CHARDON, et les membres de leurs équipes respectives, avec lesquels j'ai eu plaisir de travailler.

J'y associe bien évidemment le président de la Commission médicale d'établissement, le Professeur Dominique ROSSI, de m'avoir toujours associé aux réunions et aux travaux de la communauté médicale, ainsi que le président de la Commission de l'Organisation et la Permanence des Soins, le Docteur Jean-Marc GUILLAUME, et les membres de son Bureau, les docteurs Valérie PELLEGRIN et Michèle BERTRANDY-LOUBAT.

M'ayant aidé à bien appréhender les enjeux du sujet et les problématiques du territoire de santé, je remercie chaleureusement le Docteur Norbert NABET, directeur général adjoint de l'ARS PACA, récemment nommé Directeur Général de l'ARS Corse, chargé notamment des soins de proximité, et deux de ses collaborateurs pour leur disponibilité et l'accès à leur documentation en toute transparence, M. Michel CHIARA, du Service de la régulation financière et de la contractualisation, et le Dr Marie-Françoise MIRANDA, du Service de l'organisation du premier recours. Nos échanges furent réguliers, notamment sur la réalisation d'une de mes missions, la création d'une maison médicale de garde à l'hôpital de la Timone.

Les échanges avec Monsieur Alain MILON, président de la Commission des affaires sociales du Sénat, président de la délégation FHF PACA et son vice-président, le Dr Jean-Pierre JARDRY, médecin généraliste à la retraite, adjoint au maire de la ville de Cannes, en charge des questions de santé m'auront été aussi précieux grâce à l'entregent de M. Thierry ACQUIER, délégué régional FHF PACA.

Enfin, me laissant croire qu'un renforcement du lien ville – hôpital est possible, ma sympathie va vers le Dr Dimitrios ZYGOURITSAS, membre du Conseil départemental de l'ordre des médecins des Bouches du Rhône et le Dr Patrick MULLER, président de l'association SOS Médecins Marseille pour la qualité de nos échanges ouverts et conviviaux.

Sommaire

1	La permanence des soins: d'un cadre juridique relativement strict à une opérationnalité difficile à mettre en œuvre sur le territoire.....	5
1.1	Un cadre légal précis: un passage d'une réglementation contraignante à un assouplissement possible sur le terrain.....	5
1.1.1	Un cadre juridique dichotomique et non complémentaire : une offre de soins répartie entre soins ambulatoires et soins en établissements de santé.....	5
A)	La permanence des soins, une déclinaison territoriale des priorités nationales de santé publique.....	6
B)	Une déclinaison locale par le biais du Schéma Régional de l'Organisation des Soins 2012-2017 et du Projet Régional de Santé 2017-2022.....	6
1.1.2	La permanence des soins ambulatoire : une opérationnalité d'une mission de service public, ayant connu des évolutions majeures mais encore compliquée à mettre en œuvre.	7
A)	Les médecins libéraux participent désormais à la permanence des soins sur la base du volontariat.	9
B)	Ce volontariat a des conséquences sur le nombre de médecins effecteurs tant sur le territoire national qu'à Marseille.	9
C)	L'effectif s'organise par la régulation médicale du centre 15.....	10
D)	Les gardes et la participation des médecins libéraux à la régulation téléphonique sont rémunérées par des forfaits d'astreinte désormais harmonisés.	11
E)	En cas de manquement, un recours à la réquisition de médecins par le préfet demeure possible.....	12
1.2	La définition de la permanence des soins en établissements de santé: une mission de service public partagée entre établissements publics et privés.	12
1.2.1	La mission de permanence des soins peut être mutualisée entre plusieurs structures autorisées.	13
1.2.2	Les différences entre la permanence des soins et la continuité des soins.....	13
1.2.3	La définition d'un cahier des charges régional de la PDES dans le cadre du SROS et du PRS.....	13
1.2.4	La permanence des soins des établissements de santé : une mission d'intérêt général, par les tarifs GHS et par le fonds d'intervention régional, différant selon la nature de l'établissement.....	14
1.2.5	La mission de PDES indemnise uniquement les lignes de garde et d'astreintes MCO retenues dans le schéma cible de PDES.....	15
2	Malgré une forte densité médicale sur le territoire de Marseille, le diagnostic territorial de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille révèle des contrastes marqués et des défaillances qui nécessitent de repenser l'offre de soins.....	17
2.1	Les territoires de santé des Bouches du Rhône en général et de Marseille en particulier ont des caractéristiques atypiques et contrastées, rendant l'accès aux soins très inégalitaire dans les faits.	17
2.2	En dépit d'une carte sanitaire dense et une démographie médicale très élevée, l'offre de soins s'avère insatisfaisante pour les besoins en santé des Marseillais.....	18

2.2.1	Une offre de soins dense, mais inégalement répartie.	20
2.2.2	Une offre sanitaire disparate	20
2.2.3	La place de l'AP-HM au sein de son territoire de santé la questionne sur le rôle et les missions dévolus d'un CHU en termes de la gradation des soins.....	21
2.3	L'offre de soins ambulatoire étant défaillante, l'AP-HM subit les conséquences d'un manque de réponse apportée en soins non programmés et connaît un engorgement de ses services d'urgence.	22
2.3.1	L'ARS PACA a la légitime volonté de rationaliser la permanence des soins ...	24
2.3.2	Les dispositifs d'aides publiques demeurent inadaptés aux besoins du territoire de Marseille, faute de recours à un modèle alternatif	25
2.3.3	De maigres résultats pour rendre la permanence des soins plus attractive à Marseille.....	27
2.3.4	Les manquements de la médecine de ville ont des répercussions sur les services des urgences de l'AP-HM, dont le nombre de passages augmente.	27
2.3.5	Des services d'urgences particulièrement engorgés en raison d'autres spécificités marseillaises, comme le recours massif au VSAV impliquant un nombre important d'arrivées de patients couchés.	29
2.4	Parallèlement, le contexte budgétaire conduit l'AP-HM à restructurer sa permanence des soins, tout en cherchant à se repositionner comme établissement de recours.	31
2.4.1	Devant l'augmentation de ses gardes et astreintes, la permanence des soins réalisée à l'AP-HM mérite une optimisation réfléchie, désormais entamée, pour correspondre à la stabilité de son financement.....	31
2.4.2	Ce nouvel état des lieux l'amène à demander des financements complémentaires	33
2.5	De nouvelles perspectives doivent pouvoir être repensées pour répondre aux nouveaux enjeux de l'établissement et de l'offre territoriale.	33
2.5.1	Un SROS 2012 - 2016 arrivé à terme, un PRS en cours de validation par les acteurs de santé du territoire.....	33
2.5.2	Des efforts ont été entrepris sur le territoire de Marseille par l'ouverture de centres de santé et de maisons de santé.....	34
A)	Bien que distincts, les centres de santé et les maisons de santé offrent deux opportunités intéressantes.	34
B)	Malgré leur nombre, ils ne participent à la permanence des soins ambulatoire, profitant tout de même d'effets d'aubaine.	36
2.5.3	Après le succès de l'implantation d'une maison médicale de garde intégrée au SAU de l'hôpital Nord, le vœu est d'en ouvrir une seconde sur le site de la Timone.	36
3	Cependant, répondre davantage aux besoins de santé de la population marseillaise demeure possible grâce à un meilleur soutien des pouvoirs publics et par la poursuite d'initiatives.....	38
3.1	Les récentes réformes offrent des opportunités pour entreprendre une réorganisation de la PDSA et de son maillage territorial.	38
3.2	Un nouveau pilotage de la permanence des soins ambulatoire s'avère encore possible localement.	40
3.2.1	Un récent état des lieux de la PDSA propose de nouveaux leviers d'action pour améliorer tant sa régulation que son effectif	40

A) améliorer les conditions de la régulation	40
B) rendre l'effectif plus attractive	41
3.2.2 Les conditions d'une gestion des tableaux de garde de la PDSA semblent réunies pour permettre une meilleure négociation avec les médecins libéraux.....	42
3.3 En dépit de ses difficultés, l'AP-HM propose des nouvelles initiatives, dont elle espère un nouveau soutien financier et/ou organisationnel.....	43
3.3.1 Poursuivre l'installation d'une seconde maison médicale de garde au sein du groupement hospitalier de la Timone, tout en ayant une politique de gestion du dispositif harmonisé.	43
3.3.1 Offrir un modèle économique de la maison médicale de garde s'avère impératif pour garantir son succès	44
3.4 Soutenir les initiatives pour renforcer le lien ville-hôpital par une meilleure structuration des acteurs de santé sur le territoire de Marseille.	45
3.5 Dégager du temps médical utile, notamment par un meilleur partage des tâches médicales, paramédicales et pharmaceutiques.	46
A) Utiliser la délégation de compétences entre professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, pour dégager du temps médical qui reste précieux.....	46
B) S'inspirer des expériences de terrain pour organiser en confiance l'offre de soins lors de la PDSA.	48
1 Bibliographie	51
2 Liste des annexes.....	1

Liste des sigles utilisés

ADOPS ..	Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
AP-HM	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
AMU	Aide Médicale d'Urgence
ARM	Agent de Régulation Médicale
ARS	Agence Régionale de Santé
BMPM	Bataillon des Marins Pompiers de Marseille
ACORELI	Association Comtoise de Régulation Libérale
CAPS	Centre d'Accueil de Permanence des Soins
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CCR	Cahier des Charges Régionaux
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS	Comité Départemental de l'Aide Médicale
.....	Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
COPS	Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPS	Carte Professionnelle de Santé
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
CTA	Centre de Traitement des Appels
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence
DRM	Dossier de Régulation Médicale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HAS	Haute Autorité de Santé
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
MCS	Médecin Correspondant Samu
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MMG	Maison Médicale de Garde
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PDM	Parts de marché
PDES	Permanence Des Soins en Etablissements de Santé
PDS	Permanence Des Soins
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PRS	Projet Régional de Santé
PTMR	Praticien Territorial Médical de Remplacement
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR	Service Mobile d'Urgences et Réanimation
SROS	Schéma Régional de l'Offre de Soins
STSS	Stratégie de transformation du système de santé
VSAV	Véhicule(s) de Secours et d'Assistance Aux Victimes

Introduction

« *C'est souvent au moment où les gens désespèrent le plus de leur avenir que leur fortune commence.* » Citation de Honoré de Balzac; « Illusions perdues, Ève et David » (1843)

Un sondage de la société BVA pour la fondation April publié en avril 2018¹ a ainsi révélé que «*plus de 7 Français sur 10 ont renoncé au moins une fois à se soigner, quelle que soit la raison*», que «*c'est avant tout du fait de délais d'attente trop longs pour obtenir un rendez-vous (51 %), puis de l'impossibilité de trouver un médecin en dehors des horaires standards (39 %) ou du fait du refus de prendre de nouveaux patients (38 %)*» et enfin «*par manque de moyens financiers (33 %)*».

Confrontée à une hausse interrompue depuis 20 ans, d'environ 3,5% d'augmentation annuelle moyenne de la fréquentation de ses services hospitaliers d'accueil des urgences, la France cumule 20,3 millions de passages par an. Pourtant, une estimation de la DREES précise que 43 % de ces passages relèvent d'une prise en charge par la médecine de ville, qui connaît une raréfaction de ses médecins généralistes dans bon nombre de territoires, certes essentiellement ruraux, mais que certaines aires urbaines subissent aussi.

Or, la ville de Marseille ne rentre pas dans la liste des zones identifiées comme des déserts médicaux ; l'offre de soins y est au contraire dense, tant en médecine libérale, qu'en nombre d'établissements hospitaliers, publics, privés à but non lucratif ou en nombre de cliniques privées.

Au cours d'une immersion en février 2017 dans le service d'accueil d'urgences de l'hôpital de la Timone, le principal site hospitalier (un des 4 groupements hospitaliers) de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, mon intérêt a été suscité par le nombre important de personnes présentes ayant des symptômes ne relevant pas d'urgences vitales. Néanmoins, les membres du personnel médical et soignant de ces services répondent sans hésitation aux besoins de ces patients, conformément aux missions d'un établissement hospitalier public. Ils accueillent à toute heure du jour et de la nuit toute personne venue se faire soigner, quelle que soit sa condition sociale, son origine, ou sa fortune. Ils mettent en pratique les principes et les garanties posés par la République, notamment l'alinéa 11 du préambule de la constitution de 1946 selon lequel « la Nation garantit à tous la protection de la santé ».

Il est vrai que le principe de continuité de service appliqué aux établissements publics de santé constitue une obligation absolue depuis la décision du Conseil constitutionnel du 25 juillet

¹ BVA, sondage « Les Français et les déserts médicaux », pour le Collectifs inter-associatif sur la santé (CISS), Anne-Laure Gallay, Thomas Genty, octobre 2015, <Prénom NOM> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <année>

1979² qui impose un fonctionnement permanent et non pas seulement régulier. Il concerne tant l'accueil et le suivi des malades que l'organisation de l'établissement et les obligations du personnel. A l'aube des dix ans de l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite «loi HPST», un de ses objectifs pose question quant à son effectivité, face aux réalités diverses et complexes des territoires : répondre aux demandes de soins non programmés aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Cet objectif a même été codifié³.

Depuis la remise du rapport « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins » du Dr Jean Yves GRALL en 2007, les constats demeurent d'actualité et connaissent aujourd'hui une acuité accrue sur le territoire de la ville de Marseille.

Le plan national pour renforcer l'accès territorial aux soins, présenté le 13 octobre 2017 à Châlus (Haute-Vienne) par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé, pose désormais 4 priorités : « Le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue » ; « la mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances » ; « une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue » et « une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale. » Elle se trouve également au cœur de plusieurs des chantiers de la Stratégie de transformation du système de santé (STSS) lancée par la ministre des Solidarités et de la Santé le 9 mars 2018 au même titre que la qualité des soins et pertinence des actes, les modes de financement et de régulation, le numérique et les ressources humaines et la formation.

Organisée et régulée par les Agences Régionales de Santé (ARS), la Permanence Des Soins (PDS) est assurée conjointement par la médecine de ville, (appelée alors « permanence des soins en médecine ambulatoire » ou PDSA) et par les établissements de santé publics et privés (sous la dénomination de « permanence des soins des établissements de santé » ou PDSES). Elle ne doit toutefois pas être confondue avec la continuité des soins, qui implique une permanence médicale mais qui porte sur le suivi des patients déjà admis au sein d'une structure de soins. La PDS est composée de deux volets distincts, entre la permanence des soins ambulatoires, qui est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmés par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets médicaux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés) et la permanence de soins en établissements de santé.

² JO du 27 juillet 1979

³ Article L 6314-1 du code de la santé publique.

La PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit à partir de 20h jusqu'à 8h, le samedi après-midi, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

Dans ce contexte, la question est de savoir comment l'APHM, 1^{er} offreur de soins de son territoire de santé, répond aux problématiques des soins non programmés aux heures de fermeture des cabinets médicaux et comment elle fait face aux lacunes posées par certains des acteurs de santé, de moins en moins volontaires à la prise effective de gardes le soir, les week-ends et les jours fériés.

Implantée au cœur de Marseille, ville marquée par des disparités sociologiques et territoriales très fortes, par une précarité prégnante, l'AP-HM est-elle en mesure de répondre à l'ensemble des besoins en santé de son bassin populationnel ? Doit-elle assumer plus largement encore les défaillances de l'organisation de l'offre de soins, alors même qu'elle est en proie à de lourdes difficultés financières et organisationnelles?

Par ailleurs, 60 ans après l'entrée en vigueur des ordonnances DEBRE, de par son statut de centre hospitalier universitaire, elle est directement concernée par la réflexion menée au niveau national sur le rôle des CHU dans le système de santé. Cela l'oblige à définir une nouvelle stratégie d'offre de soins sur son territoire et à remettre en question ses organisations, en sus de ses difficultés budgétaires et financières.

Les manquements constatés sur la permanence des soins ambulatoires s'avèrent pourtant étonnants au regard de la démographie médicale particulièrement élevée, bien supérieure aux standards nationaux. Ils interrogent sur la régulation souhaitable de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur et les moyens qui sont à sa disposition pour construire de nouvelles perspectives avec les acteurs et professionnels de santé.

Parallèlement, en dépit d'une densité très élevée en médecins libéraux spécialistes, l'APHM est confrontée à une augmentation de ses lignes de garde et d'astreinte des médecins seniors et juniors, du fait de la croissance de l'activité des urgences. Au-delà de l'impérieuse nécessité de redresser sa situation financière, le CHU marseillais doit pouvoir optimiser en rationalisant ses ressources médicales, tout en jouant son rôle dans la gradation de son territoire.

Après une présentation du cadre juridique applicable selon les besoins du terrain (I), un diagnostic territorial sur la permanence des soins sur la ville de Marseille aux contrastes marqués rendant l'accès aux soins très inégalitaire dans les faits (II) invite à trouver des solutions avec les acteurs de santé du territoire et à soutenir des initiatives pour sortir de cette impasse (III)

1 La permanence des soins: d'un cadre juridique relativement strict à une opérationnalité difficile à mettre en œuvre sur le territoire.

1.1 Un cadre légal précis: un passage d'une réglementation contraignante à un assouplissement possible sur le terrain

Le système de soins s'articule en France autour d'un médecin référent que le patient-citoyen est libre de choisir à sa guise, afin de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés. Le patient fait ainsi le choix de bénéficier d'un suivi médical et d'une prévention personnalisés.

Or, les constats récents montrent une difficulté pour de nombreux patients d'avoir accès à son médecin traitant à certaines heures et en particulier en soirée et lors des week-ends et jours fériés, ainsi que pendant les congés d'été ou de fin d'année. C'est pourquoi a été définie et organisée la permanence des soins ambulatoires.

Celle-ci est régulièrement redéfinie à la demande des organisations professionnelles représentant les médecins libéraux, tant généralistes que spécialistes : les aspirations à une meilleure conciliation vie professionnelle – vie personnelle des nouvelles générations de médecins s'installant en libéral, si elles peuvent paraître légitimes, viennent remettre en cause un système dans lequel le médecin traitant était davantage présent à son cabinet. Il semblait se déplacer davantage au domicile de ses patients.

Ces changements de mentalité et d'aspirations personnelles ont forcément des répercussions sur l'offre de soins proposée aux patients qui attendent une réponse immédiate du monde médical à leurs problématiques de santé, au point que d'aucuns pointent leur attitude consumériste.

Par ces constats, la permanence des soins figure parmi les sujets de santé les plus discutés et surveillés par les élus locaux, qui se font les relais des opinions de leurs populations. Les pouvoirs publics et notamment le pouvoir législatif, ont défini un cadre juridique suffisamment clair, susceptible de faire place à la concertation sur le territoire de santé de référence qui est le département, pour répondre aux besoins de la population.

1.1.1 Un cadre juridique dichotomique et non complémentaire : une offre de soins répartie entre soins ambulatoires et soins en établissements de santé

Base de l'organisation de l'offre sanitaire, l'égalité des soins, est⁴ « *un droit fondamental à la protection de la santé mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne.*

⁴ Selon l'article L 1110-1 du code de la santé publique

Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

A cette fin, le législateur a prévu une répartition de la permanence des soins entre la médecine de ville et les établissements de santé. Elles participent toutes deux à l'organisation de l'offre de soins libérale et hospitalière, permettant de ne pas rompre l'égalité des citoyens à l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, quel que soit le moment du recours.

La permanence des soins ambulatoire, qui peut concerner les établissements de santé, doit être distinguée de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), qui organise la permanence des soins hospitaliers.

A) La permanence des soins, une déclinaison territoriale des priorités nationales de santé publique

La stratégie nationale de santé 2018-2022 prévoit dès son axe 2, intitulé « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé », de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire en renforçant la présence médicale et soignante dans les territoires. Les problématiques divergent plus ou moins selon les régions ou secteurs géographiques en raison de la diminution du nombre de médecins généralistes et de la moindre attractivité médicale propice à l'installation de jeunes médecins.

Elle doit faire l'objet d'une mise en perspective sur le territoire au travers de la CODAMUPS, qui chaque année met autour d'une même table les acteurs concernés, autour du directeur général de l'ARS et le préfet de département.

B) Une déclinaison locale par le biais du Schéma Régional de l'Organisation des Soins 2012-2017 et du Projet Régional de Santé 2017-2022

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) instauré par la loi HPST comporte deux innovations majeures par rapport au schéma régional d'organisation sanitaire : son intégration au sein du Projet régional de santé (PRS) et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire.

Le SROS constitue désormais un outil opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé, comportant notamment l'évaluation des besoins de santé, celle de l'offre de

soins et la détermination des orientations et objectifs stratégiques de la région en matière de santé. Il dimensionne en conséquence l'offre de soins hospitalière au regard des besoins de santé territoriaux, compte tenu du diagnostic régional réalisé. Les modalités d'élaboration du SROS ne diffèrent pas de celles du schéma régional d'organisation sanitaire, elles sont basées sur la concertation avec les professionnels de santé.

En revanche, les modalités de consultation instaurées par la loi HPST sont élargies du fait de l'inclusion du SROS dans le projet régional de santé et de la création de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le SROS doit donc être élaboré en cohérence voire même dans le cadre d'une approche intégrée avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale.

Ainsi, le projet régional de santé organise et coordonne les acteurs de santé pour garantir, aux habitants de chaque région, l'accès à des soins et des services de santé de qualité, au domicile, en ville et en établissements. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé le caractère stratégique du PRS en l'inscrivant dans une temporalité de 10 ans.

1.1.2 La permanence des soins ambulatoire : une opérationnalité d'une mission de service public, ayant connu des évolutions majeures mais encore compliquée à mettre en œuvre.

La permanence des soins ambulatoire est un dispositif⁵ de prise en charge des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé (le soir, la nuit, les week-ends et les jours fériés).

Le décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 est venu en préciser les contours.

En effet, ses dispositions⁶ précisent que « *la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 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.*

⁵ Défini à l'article L 6314-1 du Code de la santé publique,

⁶ Codifiées à l'article R 6315-1 du Code de la santé publique

Toutefois, le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 peut prévoir que la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, pour partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes de celles prévues au premier alinéa du présent article. Ces modalités sont définies en fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département.

Cette permanence 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 mentionné à l'article R. 6313-1.

A cette fin, le département est divisé en secteurs 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 comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés.

La carte des secteurs fait l'objet, suivant la même procédure, d'un réexamen annuel. »

C'est un mouvement de grève des gardes, lancé en 2001, qui a conduit, après un conflit long et sévère, au retrait, au second semestre 2002 de l'obligation de garde du code de déontologie de la profession médicale et son remplacement par un système collectif fondé sur le volontariat.

Ce changement radical a ses racines dans l'augmentation de la demande de soins et l'inégalité entre médecins généralistes⁷ et médecins spécialistes d'un côté, les différences de situation entre les villes et les campagnes et l'aspiration des nouvelles générations de médecins, à moins de contraintes. Il est le point de départ d'une succession de réformes qui s'est poursuivie jusqu'à aujourd'hui.

Deux lois, en 2002 et 2009, quatre décrets, en 2003, 2005, 2006 et 2010, plusieurs conventions médicales et deux campagnes complètes de déclinaison territoriale du dispositif, dont la dernière s'achève à peine, sont tour à tour revenus sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoire.

⁷ Sur qui la garde, non rémunérée, reposait de fait exclusivement.

Depuis les décrets du 15 septembre 2003 et du 7 avril 2005 relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation de cette permanence, le dispositif est fondé sur le volontariat et organisé autour du mécanisme de régulation des appels téléphoniques par le service d'aide médicale urgente (SAMU) ou par des médecins libéraux en lien avec le 15. Cette régulation conditionne l'accès au médecin effecteur sous forme de visite à domicile, de plus en plus rare, de consultation au cabinet ou d'accueil dans une maison médicale de garde.

- A) Les médecins libéraux participent désormais à la permanence des soins sur la base du volontariat.

L'article R 6315-4 du code de la santé publique pose le principe de volontariat.

En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, ce conseil recueille l'avis des organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santé et des associations de permanence des soins, représentées au niveau départemental. Il peut prendre l'attache des médecins d'exercice libéral dans les secteurs concernés. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le conseil départemental adresse un rapport, faisant état des avis recueillis et, le cas échéant, des entretiens avec les médecins d'exercice libéral, au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires.

Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au préfet par le conseil départemental avec le tableau de permanence prévu à l'article R. 6315-2.

- B) Ce volontariat a des conséquences sur le nombre de médecins effecteurs tant sur le territoire national qu'à Marseille.

La permanence des soins ambulatoire figure parmi les missions de service public dévolues aux professionnels de santé⁸.

⁸ La mission de service public de permanence des soins ambulatoire est assurée en collaboration avec des établissements de santé, par des médecins mentionnés à l'article L 162-5 du code de la sécurité sociale dans le cadre de leur activité libérale.

La loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » a remplacé la notion unique de service public pour décliner 14 missions dévolues aux établissements de santé. Récemment⁹, les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment (...) de participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 du code de santé publique.

Ainsi, « la mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé ».

A cet effet, les agences régionales de la santé découpent des « territoires de la permanence des soins », secteurs au sein desquels la rotation des volontaires se met en place et elles rédigent les « cahiers des charges » définissant dans tous ses détails la PDSA dans leur région.

C) L'effectation s'organise par la régulation médicale du centre 15

La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires.

Introduite dès 2003, la notion nouvelle de la régulation médicale des appels s'est progressivement développée : Pour le patient, l'accès au médecin de permanence ne se fait en effet plus directement, mais au travers d'un appel téléphonique au centre 15, qui filtre, donne des conseils médicaux et oriente le cas échéant vers le moyen d'« effectation », c'est-à-dire de mise en œuvre, le plus approprié (visite d'un médecin, transport en urgence, etc.).

Chaque appel donne lieu à l'ouverture d'un dossier¹⁰. Ce dossier détaille l'identité du patient, le motif de l'appel, l'heure exacte et le jour de l'appel téléphonique, l'identité du médecin régulateur, et le cas échéant, l'identité de l'assistant de régulation médicale, ainsi que la suite donnée à l'appel par le médecin régulateur. Les centres de régulation médicale susceptibles de recevoir des appels en permanence des soins procèdent à un enregistrement sonore des appels qu'ils traitent. Les enregistrements de ces appels sont conservés pendant une durée de 5 ans. Ce délai

⁹ La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 en son article 68 a redéfini les missions d'un médecin généraliste de premier recours qui s'avèrent désormais codifiés à l'article L 4130-1 du Code de santé publique

¹⁰ Dossier de régulation médicale conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives aux modalités de prises en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale

est suspendu par l'introduction de tout recours gracieux, ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale des professionnels de santé.

- D) Les gardes et la participation des médecins libéraux à la régulation téléphonique sont rémunérées par des forfaits d'astreinte désormais harmonisés.

Une régulation à l'accès au médecin de permanence est organisée par le service d'aide médicale urgente¹¹. La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée en dehors des périodes de permanence des soins en fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée.

Dans le système issu de la loi HPST, le montant de la rémunération des médecins est déterminé par les ARS, alors qu'il relevait jusqu'alors du domaine de la convention médicale conclue au niveau national entre l'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins. Les majorations pour les consultations et les visites réalisées pendant les horaires de la PDSA relèvent toujours du champ conventionnel et ne peuvent donc pas être modulées localement.

Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins volontaires pour participer à cette permanence et les associations de permanence des soins établissent un tableau de garde pour une durée minimale de trois mois. Ce tableau précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes de chaque médecin. Il est transmis, au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins concerné.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires.

La rémunération de la permanence des soins ambulatoire s'effectue de manière forfaitaire selon la nature de la fonction assurée par le professionnel de santé dans le dispositif mis en place. Selon l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire, une différenciation est ainsi établie entre la régulation, les consultations en point fixe de garde, les visites à domicile.

De ce fait, deux seuils ont été définis pour rémunérer les médecins :

- 1- La rémunération de l'astreinte du médecin inscrit au tableau de garde mentionné à l'article R 6315-2 du code de la santé publique ne peut être inférieure à 150 € pour une vacation

¹¹ Article R 6315-1 du Code de la santé publique.

de 12 heures. Ce montant peut varier en fonction de la durée de la plage horaire et selon les sujétions particulières, notamment les visites.

- 2- La rémunération pour la participation de la régulation médicale téléphonique mentionnée à l'article R 6315-3 du code de la santé publique ne peut être inférieure à 70 € par heure de régulation.

Une attention particulière de l'ARS veille à ce que les limites des rémunérations appliquées dans la région soient compatibles avec le montant de l'enveloppe déléguée à chaque région. Un arrêté spécifique à la définition des règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire a été publié le 20 octobre 2011.

- E) En cas de manquement, un recours à la réquisition de médecins par le préfet demeure possible

« Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.

Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire »¹²

Ce sont les ARS qui demandent aux préfets de procéder à la réquisition du praticien si les tableaux de garde ne sont pas remplis en dépit du rôle de facilitateur que jouent les conseils départementaux de l'ordre des médecins. Elles déterminent aussi les conditions dans lesquelles les hôpitaux, par l'intermédiaire de leurs services d'urgence, participent au dispositif.

1.2 La définition de la permanence des soins en établissements de santé: une mission de service public partagée entre établissements publics et privés.

Elle concerne uniquement le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO) ; elle garantit la présence d'un médecin pour assurer des soins hospitaliers qui ne peuvent être assurés par les services d'urgences ou attendre la fin de la période de permanence des soins. La loi HPST du 21 juillet 2009 a érigé la PDSES en mission de service public et donné aux directeurs des ARS la mission de mettre en place des « schémas-cibles » de PDSES afin de restructurer celle-ci dans une logique de territoire et non plus d'établissement.

¹²

Article L 6314-1 du Code de la santé publique.

1.2.1 La mission de permanence des soins peut être mutualisée entre plusieurs structures autorisées.

La PDES englobe l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements publics et privés. Les plateaux techniques hautement spécialisés des centres référents et/ou régionaux appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de la PDES. L'indemnisation allouée au titre de la participation à la permanence des soins vise à compenser le coût de celle-ci, supporté par les établissements publics et privés s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre de l'urgence.

Les praticiens libéraux peuvent également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre. Cela n'exclut pas la possibilité pour les structures de médecine d'urgence de recourir en cas de besoin, de manière ponctuelle, à d'autres services ou structures non financées.

1.2.2 Les différences entre la permanence des soins et la continuité des soins

Les lignes de garde et d'astreinte en établissement de santé ne servent pas uniquement à assurer la permanence des soins pour les patients reçus aux urgences : elles permettent également d'assurer la continuité des soins pour les patients déjà hospitalisés.

En effet, les établissements de santé ont l'obligation d'organiser la continuité de la prise en charge des patients hospitalisés, dont l'état peut se dégrader à tout moment, 24h/24 et 365 jours par an : cette organisation figure dans les dossiers de demande d'autorisation d'activités de soins.

Il faut rechercher une organisation territoriale optimale, permettant de répondre aux besoins de la population pour chaque spécialité médicale au moindre coût. La permanence des soins concerne tous les établissements, aussi bien publics que privés : ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre de soins nécessaire et suffisante par spécialité.

1.2.3 La définition d'un cahier des charges régional de la PDSES dans le cadre du SROS et du PRS.

Les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

Ce cahier régional décrit l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés, mentionne les lieux fixes de consultation et décrit

l'organisation de la régulation des appels. Il précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.

Il en définit les indicateurs de suivi, les conditions d'évaluation du fonctionnement avec les modalités de recueil et de suivi des incidents relatifs à son organisation et à son fonctionnement. Il détermine les modalités selon lesquelles la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et le comité départemental en sont informés.

Indépendamment de la rémunération des actes accomplis dans le cadre de leur mission, le cahier des charges précise la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique. Cette rémunération forfaitaire peut varier en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L 1435-8.

1.2.4 La permanence des soins des établissements de santé : une mission d'intérêt général, par les tarifs GHS et par le fonds d'intervention régional, différant selon la nature de l'établissement.

Les missions pour lesquelles les crédits du fonds d'intervention régional peuvent être mobilisés sont strictement définies par la loi. L'article L. 1435-8 du code de la santé publique en dénombre cinq depuis 2015 :

- mission 1 : promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- mission 2 : organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- mission 3 : permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- mission 4 : efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels ainsi que de la qualité de vie au travail (QVT). S'agissant du sujet de la QVT, une instruction spécifique sur le sujet vous sera diffusée, à l'issue de la réflexion du groupe de travail actuellement en cours sur le sujet;
- mission 5 : développement de la démocratie sanitaire.

La mission de service public inscrite dans les CPOM des établissements fait l'objet de l'attribution aux établissements publics et privés d'une MIG PDES. Toutefois, les établissements privés, dont la mission de service public est inscrite dans leurs CPOM déclarent à la CPAM l'activité PDES des différents praticiens. Celle-ci verse directement les émoluments correspondant aux médecins concernés.

Selon la circulaire n° SG/2018/117 du 11 mai 2018 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2018, le montant total des produits affectés au FIR s'élève pour l'exercice 2018 à 3 511 millions d'euros contre 3 415 millions d'euros en 2017.

Pour prendre en charge et adapter les forfaits à la diversité des situations locales, les ARS disposent d'enveloppes globalisées, qui ont récemment été rendues fongibles au sein d'un « Fonds d'intervention régional » (FIR) avec d'autres dépenses de leur ressort, comme celles de la permanence des soins en établissements de santé (PDES), les aides à l'investissement hospitalier ou à la qualité du réseau de santé

Comme pour la PDSA, la PDES a vu croître fortement ses coûts en raison notamment d'une évolution de la réglementation du temps de travail. En 2009, la création de la mission d'intérêt général « Permanence des soins hospitalière » a permis d'isoler dans chaque région une enveloppe financière (étendue en 2012 aux établissements privés) avec des marges de modulation confiées aux agences régionales de santé (ARS). Les objectifs des SROS – PRS doivent par conséquent permettre une égalité d'accès aux soins en urgence sur tout le territoire concerné, la pérennisation d'équipes médicales de taille critique, compte tenu de la contrainte démographique et enfin, la cohérence des territoires de santé et les GHT.

In fine, dès 2012 certaines MIG ont donc basculé dans le FIR :

- la permanence des soins en établissement de santé ;
- les consultations destinés à effectuer la prévention et le diagnostic de l'infection par le VIH ;
- les actions de préventions et d'éducation thérapeutique ;
- la prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité.

L'article L. 1435-8 du CSP, introduisant le FIR, dispose que ce fonds finance désormais, sur décision des ARS des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant notamment à La permanence des soins, notamment la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1. Le guide de la DGOS de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général – version 1 du 1^{er} décembre 2012 en a précisé le cadre, les conditions d'éligibilité et le périmètre.

1.2.5 La mission de PDES indemnise uniquement les lignes de garde et d'astreintes MCO retenues dans le schéma cible de PDES.

Les hôpitaux locaux, les services SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent pas relever du dispositif d'indemnisation de la PDES. La mission de PDES vise uniquement à compenser les surcoûts liés à l'activité de permanence et

ne permet pas de couvrir l'intégralité des lignes de gardes et astreintes des établissements. La part de la continuité des soins est financée par les tarifs des séjours.

En fonction du volume d'activité constaté, les lignes de garde ou d'astreinte sénior peuvent être complétées par une ou plusieurs lignes de gardes d'internes. Avec l'entrée en vigueur d'une nouvelle maquette de formation des études en médecine, et notamment du troisième cycle de leur formation post-internat, les internes en médecine et en chirurgie devraient moins être présents dans les services hospitaliers publics.

De même, il est encouragé d'ouvrir des postes d'assistants partagés entre les CHU et les autres établissements membres des groupements hospitaliers de territoire.

2 Malgré une forte densité médicale sur le territoire de Marseille, le diagnostic territorial de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille révèle des contrastes marqués et des défaillances qui nécessitent de repenser l'offre de soins.

3^{ème} CHU de France par son budget d'1.337 milliard d'euros et ses 12 800 agents, 2^{ème} CHU par le niveau de sa recherche clinique et fondamentale et de ses innovations médicales, l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille appartient à un vaste territoire de santé aux disparités marquées.

2.1 Les territoires de santé des Bouches du Rhône en général et de Marseille en particulier ont des caractéristiques atypiques et contrastées, rendant l'accès aux soins très inégalitaire dans les faits.

La région PACA est la deuxième démographie médicale après l'Île de France. Avec 576 médecins pour 100 000 habitants en 2016, contre 421 pour la France métropolitaine, les Bouches du Rhône apparaissent surdotées. La densité de population de la région PACA (158 habitants au km²) est globalement supérieure à la moyenne nationale (118 habitants/km²) ; c'est dans les Bouches du Rhône qu'elle est la plus élevée, atteignant 392 habitants au km², avec un indice de vieillissement de 76,9%, supérieur à celui de la moyenne française.

Les Bouches du Rhône constituent le troisième département de France avec un bassin de population estimé à 2 000 466 habitants¹³. Le département compte 14 établissements publics de santé (dont un Hôpital d'instruction des Armées) MCO, 1 Centre de lutte contre le cancer, 3 Hôpitaux à but non lucratif et 13 cliniques privées.

C'est un département doté en 2018 de 7892 médecins, répartis en 4707 médecins généralistes et 3185 spécialistes, selon le Conseil de l'ordre des médecins de la région PACA. Parmi eux, 6434 médecins étaient inscrits sur le tableau de l'ordre des médecins, sur le territoire métropolitain d'Aix-Marseille, dont 3019 généralistes et 3415 spécialistes.

La densité médicale en professionnels de santé libéraux est très largement supérieure ¹⁴ à la densité nationale et même de celle de la région PACA, soit 120.4 médecins pour 100 000 habitants à Marseille, contre 108.4 nationalement en 2017.

¹³ Estimation de population au 1^{er} janvier 2015, extraite du mémento STATISS 2016 publié par l'agence régionale de santé PACA

¹⁴http://www.sirsepac.org/ors93/GC_preport.php?lang=fr&s=162&view=map3&id_rep=r01&sellid0=582&nivgeo=com17&filt_nivgeo=com17_93

Toutefois, se pose également leur répartition selon le secteur conventionnel que ces professionnels choisissent. Selon cette même étude, le secteur conventionnel 2, autorisant des dépassements d'honoraires, représente 6% des praticiens omnipraticiens contre 10.5% en région PACA. Les médecins spécialistes rattachés au secteur conventionnel 2 représentent 36.9% en 2017 à Marseille.

- PACA : 5M d'habitants
- Bouches-du-Rhône : 2M d'habitants
- Marseille : 865 000 habitants
- Indice de vieillissement supérieur à la moyenne

La population de Marseille s'établit à 869 815 habitants, et progresse de + 0,1 % par an depuis 2008. Les quatre arrondissements les plus peuplés sont les 8ème, 9ème, 13ème et 15ème. Ce sont aussi les plus étendus géographiquement.

Les quartiers Nord de Marseille (13, 14, 15 et 16^{ème} arrondissements) représentent un tiers de la superficie de Marseille (à peu près identique à celle de Bordeaux, Montpellier ou Lille), et plus d'un quart (28,8 %) de sa population. Ceux du centre-ville (1^{er}, 2^e et 3^{ème}) ainsi que les 6^{ème} et 7^{ème} font partie des moins peuplés de la ville.

- 1/3 habitants < 25 ans
- 1/4 habitants > 60 ans
- Quartiers Nord : 250 000 habitants

2.2 En dépit d'une carte sanitaire dense et une démographie médicale très élevée, l'offre de soins s'avère insatisfaisante pour les besoins en santé des Marseillais.

Même si la ville de Marseille, avec ses 869 815 habitants¹⁵, est la deuxième ville de France, et qu'elle représente 43% de la population du département des Bouches du Rhône, elle est confrontée à une géographie et à une sociologie duale. Sa population est en effet très hétérogène, avec un centre-ville composite, des quartiers Sud plutôt résidentiels et aux habitants ayant un revenu confortable, et des quartiers Nord, plus populaires et enclavés par un manque de services publics à la disposition de sa population.

De manière générale, 25.1% des habitants de Marseille vivent en dessous du seuil de pauvreté, pauvreté qui se concentre davantage dans 5 de ses 16 arrondissements, les 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 14^{ème} et 15^{ème}, tous au-dessus de 39%, surtout le troisième arrondissement situé

¹⁵Sources : Insee, Recensement de la population 2015 en géographie au 01/01/2017 - Recensement de la population 2010 en géographie au 01/01/2012

en centre-ville, avec 51.3% de ses habitants en-dessous du seuil de pauvreté. 20% des ménages les plus aisés ont des revenus jusqu'à 5.4 fois supérieurs aux 20% des ménages les plus pauvres de la ville.

Pourtant, l'offre de soins est très inégalement répartie, notamment dans les quartiers populaires de la ville, représentant 1/3 de sa superficie et plus d'un quart de sa population (28.8%), mais connaissant une démographie médicale bien inférieure au reste de la ville.

Le taux de pauvreté en PACA est de 16,9% et il est de 18,1% dans le département des Bouches-Du-Rhône (14,3% au plan national). La population couverte par le RSA est de 7,4% en France, 8,7% en PACA et 10,9% dans les Bouches du Rhône. Dans la liste des 750 zones urbaines sensibles, les Bouches du Rhône en comptent 29, dont 12 à Marseille dans les arrondissements de l'Est et surtout du Nord de la ville.

La structure des revenus des ménages marseillais est caractérisée par un niveau médian relativement faible et Marseille se démarque notamment des niveaux départemental, régional et national : la médiane de la ville est globalement inférieure à 16 500 € par an, alors que les médianes de revenus du département, de la région et de la France sont supérieures à 18 000€.

De même, sur le plan sanitaire, le CHU subit une très forte concurrence d'un secteur hospitalier privé à but lucratif et non lucratif, avec une démographie médicale globalement très favorable et largement supérieure à la moyenne nationale ou régionale.

Le SROS 2012-2016 aux objectifs généralistes fait le diagnostic de l'absence de problématiques de fragilités d'accès aux soins sur le territoire de Marseille. Les deux volets de ce schéma, ambulatoire et hospitalier, sont complémentaires. Ils prévoient l'optimisation du parcours de santé entre des soins gradués, répartis et coordonnés sur le territoire et une offre de soins de proximité organisée garantissant ainsi l'accès de tous à des soins de qualité.

Le volet ambulatoire de ce SROS visait ainsi à améliorer l'accès sur l'ensemble du territoire à une offre de soins de proximité. Le volet hospitalier avait pour objectifs : la sécurité sanitaire des établissements de santé, la qualité des soins et l'efficacité médico-économique et, l'accessibilité géographique.

Sur l'amélioration de l'accès aux soins et son corollaire, le renforcement de l'accès géographique aux soins, le SROS faisait état de difficultés d'accès géographique aux soins concernant principalement les zones rurales.

2.2.1 Une offre de soins dense, mais inégalement répartie.

L'offre de soins ambulatoire participe de la prise en charge de proximité qui s'entend comme une prise en charge globale des patients, dans leur milieu de vie habituel, par une équipe plurisectorielle, composée d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La loi HPST définit la notion de soins de premier recours, ainsi que les missions du médecin généraliste et du pharmacien dans ce cadre.

Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

Si le rôle pivot du médecin généraliste dans l'organisation des soins de premier recours doit être réaffirmé, d'autres professionnels de santé participent activement à cette prise en charge. Il en est ainsi des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, auxiliaires médicaux libéraux, des centres de santé, de certains spécialistes, des professionnels associatifs qui œuvrent pour l'accès aux soins des plus démunis, des professionnels de santé qui exercent au sein des collectivités territoriales : notamment PMI qui tient aux côtés des libéraux une place essentielle pour la prise en charge des femmes et des enfants, CLAT, CIDAG, centres de vaccination, professionnels de santé de l'éducation nationale. L'ensemble de cette offre de soins de proximité, en lien avec son environnement sanitaire, médico-social et social a été appréhendée lors du bilan du dernier SROS.

2.2.2 Une offre sanitaire disparate

Les inégalités de répartition de l'offre de soins sont un fait marquant de la région Paca, reflétant dans une large mesure la diversité de la géographie physique et humaine : elles sont particulièrement marquées entre la bande littorale et les départements alpins.

Elles concernent tout autant les professionnels de santé libéraux que l'offre des établissements sanitaires. Les départements des Alpes Maritimes et des Bouches du Rhône concentrent 70 % de l'offre de court séjour pour 62,5 % de la population.

A Marseille, l'offre sanitaire connaît un certain nombre de difficultés par la désertification médicale dans les quartiers Nord et Est, où la permanence des soins ambulatoire est difficile à assurer aux horaires de soirée, de nuit profonde en semaine et lors des week-ends à compter

du samedi midi et les jours fériés. En conséquence, le nombre de passages aux urgences sur les sites de l'hôpital Nord et de la Timone, au cœur des territoires aux situations défavorables, n'a de cesse d'augmenter chaque année, et de manière plus significative qu'au niveau national.

2.2.3 La place de l'AP-HM au sein de son territoire de santé la questionne sur le rôle et les missions dévolus d'un CHU en termes de la gradation des soins.

Sur la permanence de soins en établissement de santé, l'AP-HM a pleinement son rôle à jouer et sa place d'établissement hospitalo-universitaire à tenir. Ainsi, elle représente 18.4%¹⁶ de parts de marché (tous types de séjours confondus) en 2016 sur sa zone de recrutement (couvrant la grande majorité de la région PACA à l'exception de la partie Est – Var Est et Alpes Maritimes), auquel s'ajoute la Corse.

L'AP-HM est le 1^{er} offreur de soins en région PACA ; il assure ainsi un rôle prépondérant sur l'activité de recrutement de proximité sur toute la ville de Marseille, à l'exception du 8^{ème} arrondissement où un établissement privé non lucratif est fortement implanté, l'hôpital Saint-Joseph, et une activité de recours indéniable le positionnant en deuxième place ex-aequo avec le CHU de Lille (6.17% de ses séjours en 2016).

Il augmente ses PDM sur des domaines désinvestis par les autres établissements pour des raisons essentiellement financières. Il est donc amené à assurer des rôles essentiels sur son territoire de santé, mais contradictoires, notamment celui de service public hospitalier pour assurer l'accès aux soins pour tous sur des activités progressivement délaissées par les autres acteurs de santé qui coutent fort cher en termes organisationnel, humain et financier ;

Bien qu'il soit l'établissement de référence sur le territoire des Bouches-du-Rhône, voire de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le CHU de Marseille est amené à répondre aux demandes et besoins en santé de proximité que les autres acteurs ne semblent plus ou mal en mesure d'assurer. Il est coincé entre une médecine de ville aux horaires de consultation de plus en plus contraint et une inégale répartition de fait des gardes et astreintes entre les établissements publics du territoire de la ville de Marseille.

La permanence des soins est un enjeu fort de discussions, de négociations entre les acteurs de la santé, au niveau national et local, entre acteurs du secteur privé libéral et du secteur hospitalier public, sous la surveillance des élus représentant les collectivités locales du

¹⁶ Source données ATIH Scan Santé

territoire et l'arbitrage de l'agence régionale de santé du territoire et du préfet en cas de défaillance. Cette problématique constitue un enjeu fort pour les pouvoirs publics, que les agences régionales de santé et l'UNCAM cherchent à assurer et à financer au mieux.

L'ensemble des questions qu'elle pose demeure de plus en plus aiguë quelles que soient les alternatives recherchées. Les causes sont multifactorielles : recherche d'une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée des praticiens de ville, renouvellement de la classe d'âge des praticiens encore défaillant malgré une augmentation du numerus clausus offert à l'internat par subdivision, préconisations des acteurs de terrain souhaitant développer les centres de santé, les maisons médicales de garde et les cabinets multidisciplinaires pour offrir une meilleure prise en charge des patients dans un esprit collaboratif.

Au regard des questions de santé publique auxquelles la ville de Marseille et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille sont confrontées, les modes de financement des solutions complémentaires ou alternatives ne suffisent pas à freiner la montée en charge permanente du nombre de patients dans les services d'urgence, difficilement soutenable à long terme.

Les pouvoirs publics et les décideurs du secteur hospitalier public doivent trouver d'autres solutions permettant d'arriver à fluidifier les parcours des patients, de leur offrir des solutions alternatives de prise en charge de proximité en premier recours, et d'équilibrer leurs financements.

2.3 L'offre de soins ambulatoire étant défaillante, l'AP-HM subit les conséquences d'un manque de réponse apportée en soins non programmés et connaît un engorgement de ses services d'urgence.

Sur le territoire de Marseille, l'ARS PACA a prévu 12 lignes de gardes médicales pour couvrir 5 secteurs sur toute la ville de Marseille. Ces gardes représentent un budget de 173 400 € au titre de la PDSA en 2017.

Ces 5 secteurs (Nord, Centre Nord, Centre Est, Sud et Est) sont répartis de manière assez inégale en fonction de leur population recensée sur leur territoire : une ligne de garde représente en moyenne 171 079 habitants dénombrés sur le périmètre de la garde. Ils sont répartis comme suit :

<i>Nom du secteur de garde médicale</i>	<i>Nombre d'habitants recensés par l'ARS sur le périmètre du secteur de garde</i>	<i>Nombre de lignes de garde médicale ouvertes</i>
<i>Secteur Nord</i>	249 292	3
<i>Secteur Centre Nord</i>	156 047	3
<i>Secteur Centre Est</i>	89 252	1
<i>Secteur Sud</i>	188 506	3
<i>Secteur Est</i>	172 296	2

4 secteurs de gardes médicales relevant de la PDSA relèvent du périmètre géographique du service d'accueil d'urgences adultes et enfants du groupement hospitalier de la Timone, que l'ARS considère comme le service d'urgences de référence, soit un bassin de population de 606 101 habitants.

Seul le secteur Nord a pour référence le service d'accueil des urgences du groupement hospitalier Nord pour un bassin de population de 249 292 habitants intra-muros.

Cette analyse semble faire fi des autres services d'urgences présents sur le territoire de Marseille.

En effet, les services d'urgences MCO de l'hôpital européen dans le centre-ville, celui de l'hôpital Saint-Joseph dans le sud de la ville, ainsi qu'à l'est, celui de l'hôpital privé de Beauregard ne semblent pas avoir été retenus comme des services d'urgence de référence.

De même, il existe une forte disparité du nombre de médecins effecteurs estimés sur le territoire de Marseille. Ils sont estimés à 958 médecins omnipraticiens susceptibles de prendre des gardes sur l'ensemble de la ville de Marseille, alors même que le conseil de l'ordre des médecins dénombre 3019 médecins généralistes inscrits sur son tableau sur le territoire d'Aix-Marseille. Même si la comparaison est difficile sur deux territoires différents, il semble étonnant qu'il n'y ait pas plus de médecins appelés à prendre des gardes sur des lignes de garde médicale ouvertes sur le territoire de Marseille.

En outre, ils ont en moyenne 59.4 ans. Des départs massifs à la retraite dans les prochaines années devraient profondément bouleverser la permanence des soins ambulatoire si aucune action n'est entreprise à destination des nouvelles générations de médecins récemment installés seul ou en mode d'exercice coordonné. En 2017, sur le secteur des urgences de la

Timone, 802 médecins sont susceptibles de participer à l'effectif. Sur le secteur des urgences du site Nord, seulement 156 médecins sont susceptibles d'y participer.

Dans les faits, le secteur des urgences Nord a connu 195 médecins effecteurs qui ont réalisé 5643 visites ; les secteurs liés aux urgences de la Timone ont connu 462 médecins effecteurs qui ont réalisé 12 287 visites.

L'accès au médecin de garde (ou effecteur) en horaire de PDSA se fait après un entretien téléphonique avec un médecin de la régulation médicale, joignable par le 15 ou par un numéro spécifique national nouvellement inscrit dans le projet de loi de Santé, le 116 117.

Le médecin régulateur dispense des conseils, envoie des moyens sur place, ou oriente le patient vers un effecteur de PDS (dans son cabinet, une maison médicale, ou en visite).

2.3.1 L'ARS PACA a la légitime volonté de rationaliser la permanence des soins

Selon le rapport du CNOM sur « le bilan de la permanence des soins 2016 » en avril 2017, sur le plan national, le nombre de territoires de PDSA a été divisé par deux depuis 2003 avec un total de 1616 territoires en soirée de semaine en 2016¹⁷. L'organisation de la permanence des soins ambulatoires sur le territoire national a peu évolué en 2016. L'enquête identifie, au titre des évolutions en 2016, des réorganisations de secteurs et de territoires, l'ouverture de nouveaux points fixes ainsi que des renforcements de régulateurs, notamment le samedi matin.

Les inquiétudes des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins portent toujours sur les effets délétères d'une diminution du nombre de médecins, sur le vieillissement des médecins assurant les gardes, sur le manque d'intérêt des jeunes diplômés pour l'exercice libéral mais aussi sur les rémunérations des astreintes jugées insuffisantes.

Il est crucial de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour encourager les médecins généralistes libéraux, mais aussi les médecins salariés et les remplaçants à participer à la PDSA.

Pour cela, les pouvoirs publics doivent mettre en œuvre des mesures incitatives qui peuvent être : l'application de la protection du régime général de la sécurité sociale aux médecins effecteurs et régulateurs non installés, faciliter aux médecins non installés la délivrance des cartes CPS, réévaluer les indemnités d'astreinte, exonérer systématiquement les retraités de

¹⁷ Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2016

leur cotisation à la CARMF, reconnaître la qualité de collaborateurs occasionnels du service public aux effecteurs, défiscaliser les revenus générés dans le cadre des horaires de permanence des soins ambulatoires.

En 2016, seules 4 ARS ont procédé à une modification de leur cahier des charges :

- la région Centre Val de Loire par arrêté du 1er juillet 2016 ;
- la région Provence Alpes Côte d'Azur par arrêté du 1er septembre 2016 ;
- la région Corse par arrêté du 10 mai 2016 ;
- la région Ile de France par arrêté du 19 décembre 2016.

Les changements intervenus peuvent être localisés dans les régions ou sur certains départements de la région et concernent:

- Des suppressions et fusions de secteurs en soirée et en nuit profonde ;
- Des renforcements de régulateurs libéraux, notamment en région PACA ;
- La mise en place de plages de régulation le samedi matin, voire même d'effectif ;
- L'ouverture de 11 points fixes supplémentaires ;
- L'adaptation de plages horaires de régulation ou d'effectif en fonction de l'activité ;
- La pérennisation ou la prolongation de dispositifs expérimentaux.

2.3.2 Les dispositifs d'aides publiques demeurent inadaptés aux besoins du territoire de Marseille, faute de recours à un modèle alternatif

Le classement en zone fragile permet aux territoires concernés d'être éligibles aux mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, visées à l'article L. 1434-7 CSP. Il s'agit :

- Des contrats d'engagement de service public : dispositif d'allocation financière versée aux étudiants ou internes en médecine, en contrepartie d'un engagement d'installation sur une zone fragile, pour une durée équivalente à celle de perception de l'allocation ;
- D'exonérations d'impôt sur le revenu, pour les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins ambulatoire, dans la limite de 60 jours de permanence des soins ;
- De certaines aides des collectivités territoriales (aides à l'installation, aides au logement et bourses pour les étudiants) ;
- Des dispositifs négociés dans le cadre des conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux ;
- De l'attribution de subventions d'investissement pour le financement dans les maisons de santé en milieu rural (fond national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT)).

Il est évident que le territoire de Marseille n'est pas éligible aux aides pour l'installation en milieu rural, ou en voie de désertification médicale.

Toutes les autres mesures en faveur de l'installation et de la coordination des professionnels (fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), appel à projet « maisons régionales de la santé » du conseil régional, dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR), fonds européens, coopérations entre professionnels de santé, télésanté...etc.) sont applicables sur l'ensemble des espaces de santé de proximité de la région.

Pour autant, l'intégration des politiques publiques devrait avoir pour objectif de faire converger les moyens sur les zones fragiles et à risque.

En 2016 et en 2017, il n'y a pas eu de revalorisation des astreintes des régulateurs : pour mémoire, en 2015, seule la région PACA avait appliqué une revalorisation des tarifs d'astreinte de régulation (pour les week-ends et jours fériés).

Le montant horaire de la régulation médicale varie fortement selon les régions ;

- Entre 70 € et 92 € pour tous les soirs de la semaine en nuit 1 (de 20h à minuit), les samedis après-midi de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés
- Entre 70 et 120 € pour les nuits dites profondes, entre minuit et 8 heures du matin.

Malgré une revalorisation, la région PACA se situe dans la fourchette basse avec un montant de 70€ pour les vacations en nuit 1, de 92 € en nuit profonde, et de 85 € les week-ends et jours fériés.

Le conseil national de l'ordre des médecins déplore que l'expérimentation de la région Pays de Loire n'ait pas été adaptée dans d'autres départements. Cette expérimentation consistait à financer globalement la permanence des soins ambulatoire par une enveloppe dédiée englobant les montants des actes et des forfaits d'astreinte.

En outre, ce dispositif dérogatoire¹⁸ permet, aux ARS se portant volontaires d'être autorisées à financer, par des crédits du fonds d'intervention régional aussi bien la rémunération forfaitaire des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, que la rémunération des actes effectués dans le cadre de la permanence des soins. Devant le manque de volontariats par la faiblesse des revenus occasionnés en PDSA, ce système de forfaitisation pourrait être une solution si cette demande émane des médecins de terrain.

¹⁸ Prévus par l'article 69 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

2.3.3 De maigres résultats pour rendre la permanence des soins plus attractive à Marseille

A l'instar du niveau national dans 90 % des cas, la permanence des soins ambulatoire demeure organisée au niveau départemental. Elle est déléguée à l'URPS.

Parallèlement, l'URPS a convenu, avec une association d'organisation de la permanence des soins, SOS Médecins Marseille, une concession de six lignes de garde sur les secteurs de Centre Nord, de Centre Est et du Nord. Cette délégation constitue une situation singulière, qui pourrait presque s'apparenter à un désengagement de la part de la médecine libérale¹⁹ de sa responsabilité. Les médecins volontaires de cette association se chargent des visites à domicile des patients des 16 arrondissements de la ville, 24h sur 24, 7 jours sur 7. Ils s'acquittent des consultations dans son centre médical du 7eme arrondissement de Marseille, arrondissement très résidentiel comprenant notamment les quartiers aisés de la corniche Kennedy et du Roucas Blanc.

Ce centre est ouvert tous les jours de la semaine de 20h à minuit, les dimanches et jours fériés de 9h à minuit. Selon le rapport d'activités 2017 de l'association SOS Médecins Marseille, 53 095 patients²⁰ ont fait l'objet d'une visite ou d'une consultation par un médecin de l'association, soit entre 3731 et 5221 par mois. Cette effecton a été majoritairement exécutée les nuits et les jours fériés. L'activité nocturne représente plus de 35 % de son activité (connaissant des pics d'activité lors des vacances scolaires allant jusqu'à 39%) et celle des weekends end et jours fériés pour plus de 25 %.

Par contre, la difficulté d'accès pour les professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux, dans des quartiers ou « cités » tels que la Castellane, Frais Vallon, Font-vert, la Busserine, les Flamants, la Solidarité, Kallisté, la Savine, est préjudiciable aux patients. Rentrer sans l'accord ou l'escorte des guetteurs des réseaux de trafic de stupéfiants est compliqué. Cette situation explique une partie de l'affluence au service d'accueil des urgences de l'hôpital Nord.

2.3.4 Les manquements de la médecine de ville ont des répercussions sur les services des urgences de l'AP-HM, dont le nombre de passages augmente.

Les services d'accueil des urgences sont au nombre de 6 sur le territoire de Marseille :

¹⁹ Comme le suggère le député LREM Thomas MESNIER, dans son rapport remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé « assurer le 1^{er} accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires », Paris, mai 2018.

²⁰ Rapport d'activité 2017 de l'association SOS Médecins Marseille remis par le Dr Patrick Muller, son président, au Directeur général de l'ARS PACA

- deux services d'accueil d'urgences relèvent de la compétence de l'AP HM (un sur le groupement hospitalier Nord, un sur le groupement hospitalier Centre – la Timone),
- un service d'accueil aux urgences est assuré par l'hôpital Saint Joseph (ESPIC) dans les quartiers Sud,
- un service d'accueil à l'Hôpital européen, un autre ESPIC en centre-ville nord,
- un service d'accueil des urgences à l'hôpital privé de Beauregard et enfin,
- un service d'urgences assuré sur l'HIA Lavéran au nord-est de la ville.

Malgré cette répartition relativement équitable sur le territoire de Marseille, les services d'urgence de l'AP-HM semblent connaître de fortes augmentations de leurs activités depuis des années (28 % d'augmentation de la fréquentation du service des urgences Timone depuis 2008). Ils pâtissent plus durement des défaillances de la médecine de ville, notamment les tableaux de garde durant les vacances scolaires, les fêtes de fin d'année et l'été.

Selon le panorama 2016 « activités des services urgences en PACA » du GIP e-Santé de l'ORU PACA²¹, l'AP – HM est bel et bien l'offreur de référence en soins non programmés de la région avec 210 279 passages adultes et enfants en 2016.

En effet, le groupement hospitalier de la Timone est le 1^{er} service d'accueil d'urgences de la région PACA avec 123 240 passages dans l'année 2016, en cumulant ses passages dans son service adultes (84 475) et ceux de son service enfants (38765). Le groupement hospitalier Nord est le second service d'accueil d'urgences de la région avec 87 039 passages, en cumulant les chiffres de passages adultes (50 929) et de passages enfants (36 110).

Sur le territoire de Marseille, le deuxième offreur de soins non programmés est l'hôpital Saint-Joseph, avec 54 556 passages dont 28 166 passages adultes et 26 390 passages enfants. Ensuite, arrivent les autres services d'urgences du territoire de la ville, l'hôpital européen avec 35 597 passages, l'hôpital d'instruction des armées Lavéran avec 23 000 passages, et enfin, les deux hôpitaux privés, La Casamance²² (15 156) et Beauregard (13 808).

²¹ Données issues du GIP e-santé de l'Observatoire régional des urgences en région PACA, GIP créé en 2008 pour le suivi des activités des services d'accueil des urgences, des SAMU et des SMUR de la région. Ce GIP a fusionné en 2015 avec le GIP e-santé chargé de développer la télémédecine et le numérique dans l'offre de soins dans la région ; <https://www.orupaca.fr/activite-services-durgence-panorama-2016-de-region-paca/>

²² Hôpital privé ne se trouvant pas stricto sensu sur le territoire de la ville de Marseille, mais installé juste à sa périphérie Est, avant la commune d'Aubagne, à proximité de l'autoroute A 50, qui est un axe autoroutier majeur pénétrant jusqu'au cœur de la ville ;

En 2017, les services d'urgences de l'AP-HM ont enregistré²³ 218 885 passages en urgences MCO et 230 321 passages en MCO et psychiatrie confondus. L'augmentation de l'affluence est constante et relève de plusieurs facteurs d'explications.

- Tout d'abord, le taux de passages aux urgences²⁴ est traditionnellement élevé en région PACA, s'élevant à 36% et légèrement inférieur en Bouches du Rhône, à hauteur de 33%.
- L'URPS PACA connaît des difficultés grandissantes pour remplir les tableaux de garde sur certains secteurs de la ville, notamment dans les secteurs Sud, dès lors que le nombre de demandes de dérogations déposées auprès du conseil départemental des médecins des Bouches du Rhône augmente chaque année, en raison de la moyenne d'âge élevée des médecins généralistes, de la féminisation de la profession²⁵ et des changements profonds dans la manière d'exercer pour les jeunes médecins. Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) indique que parmi les nouveaux inscrits en 2014 : 20,4 % ont fait le choix de l'exercice libéral ; 33,4 % sont salariés ; 4,3 % ont un exercice mixte²⁶.

Le relatif renoncement de l'entrée de médecins généralistes dans le système de la permanence des soins ambulatoires s'expliquerait par la présence et l'action efficace de l'association de permanence médicale SOS Médecins, mettant leurs volontaires dans une position de victimes de leurs succès.

2.3.5 Des services d'urgences particulièrement engorgés en raison d'autres spécificités marseillaises, comme le recours massif au VSAV²⁷ impliquant un nombre important d'arrivées de patients couchés.

L'existence du Bataillon des Marins-Pompiers de Marseille, créé il y a 80 ans²⁸, est une véritable spécificité marseillaise (comparable à la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris) ; il est compétent sur le territoire de la ville de Marseille, sur celui de l'aéroport de Marseille Provence, et sur le Grand Port Maritime de Marseille. Il a réalisé 121 824 interventions en 2017, dont 117 256 l'ont été sur le territoire intra-muros de la ville, dont les deux tiers l'ont été entre 10h et 20h pour des interventions sanitaires.

²³ Nombre de résumés de passages aux urgences enregistrés, données PMSI AP-HM

²⁴ Taux de passages aux urgences = nombre de passages aux urgences/ population du territoire.

Indicateur

²⁵ Propos recueillis auprès de membres du conseil départemental de l'ordre des médecins des Bouches du Rhône.

²⁶ Extrait du rapport de M. Thomas Mesnier, député LREM de Charente, remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé « Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires », Paris, mai 2018

²⁷ <https://fr.calameo.com/read/004711370e3b234979951>

²⁸ Par décret-loi du 29 juillet 1939 après un lourd incendie au sein du magasin des Nouvelles Galeries situé sur la Canebière le 28 octobre 1938 qui occasionna 73 morts

Le BPPM joue un rôle essentiel sur l'aide aux victimes, le secours à personne. La population marseillaise y est très attachée, et y a recours presque de manière systématique pour la demande de secours à personne, activité qui est par ailleurs en augmentation constante avec 102 000 sorties des VSAV.

Une convention entre la ville de Marseille, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille et le Bataillon des Marins Pompiers de Marseille existe depuis 49 ans pour une participation effective du BPPM au SMUR et à la régulation médicale du centre 15, où il y a toujours entre 1 à 2 ETP médicaux pour participer à la régulation 24h sur 24.

Ainsi, ses effectifs ont réalisé 7773 interventions SMUR et 6705 transports vers les services d'urgences de l'agglomération marseillaise, dont 1010 transports inter-hospitaliers. Or, à la lecture attentive de son rapport d'activités, seulement 45% de ses transports sont médicalisés. Ces transports se retrouvent dans les sources et modes d'admission des services d'urgences de l'AP-HM, notamment adultes, de manière significativement supérieure à la moyenne nationale, soit à l'Hôpital Nord, 32.3% des cas d'admission, et à l'hôpital de la Timone, 38.4% ; contre une moyenne nationale de 17%²⁹.

En outre, l'accompagnement opérationnel des structures d'exercice regroupé (maisons de santé, pôles de santé) est confié à l'observatoire régional des urgences PACA (ORU). Selon l'état d'avancement des projets, l'ORU est chargé d'en évaluer la faisabilité, d'accompagner la construction des projets de santé et des projets professionnels et d'aider au démarrage des structures. Cette délégation peut paraître étonnante, mais l'observatoire développe des outils communicants, destinés à faciliter la coordination entre professionnels de la santé, du social et du médico-social.

Les inégalités d'accès économique et socioculturel aux soins concernent l'ensemble du territoire régional mais sont particulièrement présentes dans les zones urbaines défavorisées. Ces difficultés ne sont pas spécifiques aux soins de proximité mais sont exacerbées, dans ce domaine, par la problématique des dépassements d'honoraires. L'accès aux soins de proximité peut être rendu difficile en raison des dépassements d'honoraires, de l'absence de droits ouverts ou de l'absence d'ouverture complémentaire.

D'une manière générale, la prise en charge globale des patients, tant du point de vue social, médicosocial que sanitaire doit contribuer à réduire les inégalités d'accès aux soins.

²⁹ Chiffres issus du Panorama des services des urgences en Provence Alpes Côte d'Azur, ORU-PACA, 2016

Enfin, il faut noter le rôle joué par les centres de santé qui constituent une offre de santé de proximité, garantissant aux patients les tarifs conventionnels et le tiers payant.

L'un des forts enjeux du SROS 2012-2016 était de mettre en place, sur la base d'expérimentations, un maillage cohérent du territoire. La réponse aux demandes de soins non programmés s'inscrit dans l'organisation de la prise en charge de proximité, en lien avec les établissements autorisés à l'accueil des urgences. Elle implique les médecins généralistes mais aussi les autres médecins libéraux et les établissements de santé.

A ce titre, l'organisation de la PDSA doit pouvoir s'inscrire au sein des espaces de santé de proximité, partant du principe que l'organisation et la coordination diurne devra pouvoir trouver une continuité la nuit et le week-end. Le développement des modes d'exercice coordonné doit se faire en lien avec la permanence de soins ambulatoire.

Les projets de santé des centres de santé, des maisons et des pôles de santé devront prévoir les modalités de participation de ces structures à la PDSA. Le cahier des charges régional de la permanence de soins ambulatoire tient compte des difficultés à organiser un tour de garde dans les zones fragiles et à risques ; il peut proposer des solutions alternatives telles que la complémentarité des acteurs ou le transport des patients. Il tient compte des besoins de la population et des ressources disponibles sur le territoire.

2.4 Parallèlement, le contexte budgétaire conduit l'AP-HM à restructurer sa permanence des soins, tout en cherchant à se repositionner comme établissement de recours.

2.4.1 Devant l'augmentation de ses gardes et astreintes, la permanence des soins réalisée à l'AP-HM mérite une optimisation réfléchie, désormais entamée, pour correspondre à la stabilité de son financement.

A la demande conjointe du Directeur Général et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement exprimée en Assemblée Générale de la Commission Médicale d'Etablissement du 21 février 2018, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille s'est engagée dans une démarche prospective.

En réalisant tout d'abord une cartographie des gardes et astreintes sur l'ensemble de ses pôles médicaux et médicotechniques, l'AP-HM cherche à optimiser ses ressources médicales dans un contexte propice à la conduite du changement. (Réforme de la maquette du troisième cycle de formation des études de médecine). Cette étude s'inscrit dans le cadre du cahier des

charges contractuel du 1^{er} janvier 2017 sur l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé, conclu avec l'ARS PACA. La démarche entreprise a pour objectifs :

- Avoir un état des lieux précis des lignes de gardes et astreintes dans l'établissement
- Analyser les organisations en place en fonction des besoins et de la réalité de l'activité
- Proposer des ajustements immédiats et des perspectives d'évolution en lien avec les développements et restructurations d'activité en projet
- Identifier les lignes de gardes ou d'astreintes en place mais non financées par l'ARS.

A l'échelle de l'institution, on comptait 69 gardes juniors et 62 gardes seniors, ainsi que 69 astreintes juniors et 114 astreintes seniors.

Selon le guide de la Direction générale de l'offre de soins sur la contractualisation des dotations, finançant les missions d'intérêt général, du 1^{er} décembre 2012, toujours en vigueur, la mission d'intérêt général sur la PDSES est désormais financée via le fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.

Le périmètre de financement indemnise les lignes de gardes et astreintes MCO retenues dans les schémas cibles de la PDSES. La mission de PDSES vise à compenser les surcoûts liés à l'activité de permanence et ne permet en aucun cas de couvrir l'intégralité des lignes de garde et astreintes des établissements. La part de continuité des soins est financée par les tarifs.

La PDSES inclut l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures d'urgence lorsqu'elle n'est pas financée par le forfait annuel urgence. Quant aux critères de compensation, s'agissant du montant versé à l'établissement pour la participation de médecins salariés, la dotation peut être valorisée :

- En versant une compensation de ligne de garde sénior au coût minimum de l'indemnité de sujétion PH de 264.63€ x 1.5 (au titre des charges). Peuvent être pris en compte au-delà de ce minimum les surcoûts réglementaires liés à la participation de médecins hospitalo-universitaires
- En versant une compensation de plage d'astreinte au coût minimum de l'indemnité d'astreinte opérationnelle de 42.13€ x 1.5 (au titre des charges)³⁰.

En effet, les montants des dépenses de la PDES 2017 s'élèvent à 19 586 436 € répartis comme suit :

- Gardes et astreintes juniors : 5 578 311 €
- Gardes et astreintes seniors : 14 008 125 €.

³⁰ Montants extraits de l'arrêté du 12 juillet 2010 relatif à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

2.4.2 Ce nouvel état des lieux l'amène à demander des financements complémentaires

Malgré ses difficultés financières, l'AP-HM engage plus de 15 millions d'euros concernant la permanence des soins. Les montants de la MIG versés au titre de la permanence des soins à l'AP-HM sont stables en dépit de montants nationaux régulièrement revalorisés. En effet, la permanence des soins a varié de 11 729 356 € en 2015 à 12 148 100 € en 2017, avec un pic en 2016 pour un montant de 12 215 942 €. Pourtant, le montant du FIR délégué pour PACA est de 256 122 205 € en 2018 selon la circulaire N° SG/2018/117 DU 11 mai 2018 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2018.

Cette démarche intervient opportunément. Conformément à l'axe 1 de son projet d'établissement 2017-2021, le redimensionnement interne des périmètres de certains de ses pôles médicaux et chirurgicaux, aidera l'AP-HM en structurant son offre, en thématissant ses sites hospitaliers³¹, devenus dernièrement Elle vise à faire un bilan tant sur l'utilisation du temps médical de ses praticiens hospitaliers, que financier quant à son obligation relevant de sa mission de service public et à sa rémunération au titre de la permanence des soins.

Cette cartographie des gardes et astreintes par pôles médicaux et médicotechniques permet de faire un état des lieux des prises de gardes et astreintes à la fois par les personnels médicaux titulaires et contractuels, par les internes en médecine et en chirurgie dans un contexte de dialogue dégradé.

Cette démarche est une démarche de pilotage du temps médical, de son coût de revient, et son utilisation quant aux objectifs de la PDES, à savoir l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge.

2.5 De nouvelles perspectives doivent pouvoir être repensées pour répondre aux nouveaux enjeux de l'établissement et de l'offre territoriale.

2.5.1 Un SROS 2012 - 2016 arrivé à terme, un PRS en cours de validation par les acteurs de santé du territoire

Les enjeux du schéma cible de PDES du SROS 2012-2016 étaient nombreux :

- Améliorer l'accès aux soins,

³¹ Devenus des groupements hospitaliers par délibération du conseil de surveillance de mars 2018.

- Optimiser l'organisation de la PDSSES à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional ou régional selon les disciplines concernées, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés,
- Améliorer la qualité de prise en charge en sécurisant les parcours de soins non programmés pour obtenir une prise en charge directe sur le plateau technique le plus adapté,
- Améliorer l'efficacité et optimiser l'utilisation des ressources disponibles (médicales et financières) en évitant les redondances, en privilégiant les mutualisations entre établissements, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux.

De plus, l'étude de l'état de santé de la population en région a permis de fixer les priorités du PRS2 : la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers et les prises en charge médico-sociales. L'ARS entend inciter les coopérations entre les établissements de soins ou de services et les professionnels de santé. D'autres synergies sont possibles avec les collectivités locales, l'Etat et l'assurance maladie.

2.5.2 Des efforts ont été entrepris sur le territoire de Marseille par l'ouverture de centres de santé et de maisons de santé

L'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018³² fixe les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé et de maisons de santé. Ils sont devenus des symboles de la médecine de premier recours.

A) Bien que distincts, les centres de santé et les maisons de santé offrent deux opportunités intéressantes.

« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premiers recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluri professionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux »³³

Ils sont ouverts à toutes les personnes qui souhaitent être reçues en consultation, avec ou sans rendez-vous, ou bénéficier d'actes de prévention, d'investigation ou de soins médicaux,

³² Est issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. La loi de modernisation de notre système de santé a recherché à développer de nouveaux modes d'exercice médical davantage adaptés aux demandes des nouveaux médecins de ville qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

³³ Selon les articles L 6323-1 et R 6323-2 du code de la santé publique

paramédicaux ou dentaires. Ils peuvent assurer un ou plusieurs types de soins et participer à des actions de formation et de recherche.

Deux limites sont posées quant à la prise en charge : les soins doivent permettre le retour du patient à domicile sans surveillance, sans acte d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

On compterait³⁴ 1842 centres de santé déclinés de la manière suivante :

- 589 centres de santé infirmiers,
- 643 centres de santé dentaires,
- 127 centres de santé médicaux,
- 83 centres de santé polyvalents.

Par contre, la maison de santé³⁵ est une personne morale constituée de professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens assurant des activités de soins sans hébergement de premier recours pouvant participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre de la santé. En 2017, on dénombrait un millier de maisons de santé.

Cependant, les financements sont communs aux centres et maisons de santé. Les deux structures peuvent signer un CPOM et percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention régional de la part des ARS. Ils peuvent bénéficier des aides³⁶ destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones au sein desquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Ces aides attribuées peuvent consister en une prise en charge de frais de fonctionnement ou d'investissement, la mise à disposition de locaux, le versement d'une prime d'installation ou d'une prime d'exercice forfaitaire pour les professionnels exerçant à titre libéral.

Une instruction ministérielle du 31 mars 2016 relative aux conditions de co-investissement de la caisse des dépôts et de consignations dans le cadre de projets de la création, de l'extension ou de la rénovation de maisons ou de centres de santé implantés dans les quartiers prioritaires ou à proximité, dans les quartiers vécus de la politique de la ville instaure une autre source de financement des investissements.

L'ordonnance du 12 janvier 2018 en assouplit le régime juridique en permettant d'avoir pour objet exclusif des activités de diagnostic, en allégeant les contraintes avec l'ouverture à des sociétés coopératives d'intérêt collectif pour la gestion et la création de centres de santé. Elle

³⁴ Emmanuel VIGNERON « les centres de santé, une géographie rétro-prospective », FEHAP, Paris, novembre 2014, 248p.

³⁵ Selon les articles L 6323-1 et D 6323-5 du CSP

³⁶ En vertu de l'article L 1511-8 du Code général des collectivités territoriales

précise des réserves comme la pratique du tiers payant, l'absence de dépassement d'honoraires.

B) Malgré leur nombre, ils ne participent à la permanence des soins ambulatoire, profitant tout de même d'effets d'aubaine.

A Marseille, ils ont été créés soit à proximité de services hospitaliers, soit dans des secteurs relevant de la politique de la ville bénéficiant d'aides publiques permettant des exonérations fiscales ou sociales pour les salariés employés. Ils ne couvrent pas pour la plupart d'entre eux toutes les plages horaires de la PDSA malgré leurs horaires élargis entre 8h et 22h les jours de la semaine, le samedi matin et plus rarement les dimanches et jours fériés. Certains de ces centres de santé sont composés de praticiens hospitaliers issus de services hospitaliers privés de la ville, pratiquent des consultations sur la base d'exercice libéral de secteur 2, pouvant pratiquer des dépassements d'honoraires.

La question se pose sur les effets d'aubaine dont certains praticiens profiteraient, en constituant un nouveau parcours de soins vers une offre hospitalière privée pratiquant majoritairement des actes de médecine et de chirurgie ambulatoires.

2.5.3 Après le succès de l'implantation d'une maison médicale de garde intégrée au SAU de l'hôpital Nord, le vœu est d'en ouvrir une seconde sur le site de la Timone.

Depuis 2000, la maison médicale de garde du site de l'hôpital Nord est gérée par une association de médecins généralistes ayant un cabinet médical de ville. Elle propose une alternative à un passage au service d'accueil des urgences du site Nord, après avoir fait l'objet d'un diagnostic par l'infirmier d'accueil et d'orientation du service grâce à un protocole d'adressage des patients entre les équipes de médecins généralistes libéraux, et leurs collègues médecins urgentistes hospitaliers. Cette démarche est éligible au financement par la mission d'intérêt général du type K 02 sur la mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de prévention et de soins et des maisons médicales.

Le souhait est de répondre désormais à une volonté de l'ARS PACA de voir le groupement hospitalier de la Timone se doter d'une maison médicale de garde s'est heurtée au déficit d'un véritable modèle économique et financier de ce dispositif.

En 2017, au niveau national, un montant global de 15 493 217 € a été consacré à cette mission. Les montants délégués par structure oscillent entre le 1^{er} quartile ayant pour montant de référence 45 766 €, une médiane à 131 709 € et un 3^{ème} quartile à 274 980 €.

Le constat pour l'AP-HM est paradoxal. En dépit de son succès non démenti, notre institution n'a perçu que 49 000 € au titre de sa MMG Nord, soit la ligne basse du deuxième quartile des aides allouées au niveau national pour ce type d'activités de prévention et de MMG. Son montant décline d'année en année.

Or, le flux des patients pris en charge par ce mode d'exercice médical répond pleinement aux besoins des personnes se présentant aux urgences Nord, qui selon le panorama de l'activité des services d'urgence 2016, réalisé par l'ORU Paca, équivaut à 11 % du flux des urgences du site hospitalier Nord, dépassant même le nombre d'actes de type CCMU 1, réalisé par les services d'urgences estimé à 9,2 % des actes réalisés.

La convention entre l'APHM et l'association de médecins généralistes prévoyait depuis 2000 le versement d'une contribution pour l'occupation des locaux et la mise à disposition de 2 ETP d'assistants médico-administratifs. Cette contribution n'a en fait jamais été versée, ce qui est incompatible avec la situation actuelle de l'APHM.

Pour autant l'APHM ne souhaite pas mettre en péril un dispositif de prise en charge qui fonctionne bien, au cœur des territoires les plus fragiles qui sont largement dépourvus de réponses médicales aux horaires de la PDSA.

De nouvelles aides doivent pouvoir être envisagées par l'ARS au regard du service médical rendu.

3 Cependant, répondre davantage aux besoins de santé de la population marseillaise demeure possible grâce à un meilleur soutien des pouvoirs publics et par la poursuite d'initiatives.

3.1 Les récentes réformes offrent des opportunités pour entreprendre une réorganisation de la PDSA et de son maillage territorial.

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés. Des perspectives semblent maintenant possibles par l'ajustement des dispositifs existants.

Dès lors que les dispositifs de centres de santé et de maisons de santé existent, il suffirait de les compléter par des dispositifs d'incitation à travailler de manière coordonnée avec le réseau des pharmacies et des EHPAD, au regard de la montée des pathologies chroniques, liées au vieillissement de la population ou au développement des progrès médicaux sur la cancérologie.

Dans le cadre d'une plus grande mise en place de structures regroupant des professionnels de différentes professions et de différentes disciplines, il semblerait désormais possible pour les pouvoirs publics de favoriser, et notamment les organes de tutelle des établissements de santé, les formes les plus abouties de coopération médicale pour offrir un vrai parcours de santé, sans rupture de soins, sans gabegie liée à la surconsommation de biens et services médicaux par les patients cherchant à se rassurer sur leur état de santé.

Il s'agirait d'inciter les professionnels de santé à s'engager individuellement à développer une activité conformes aux intérêts collectifs, en formalisant les fonctions et les missions qu'ils rempliraient dans un réseau de proximité. Ces missions pourraient porter sur la permanence des soins, la prévention et la promotion de la santé ou encore la recherche du maintien à domicile des personnes âgées.

Une rémunération à la performance équivalente à la rémunération sur objectifs de santé publique pourrait être octroyée aux médecins en sus de la rémunération des actes, de leur majoration en fonction du moment de sa prescription (journée, nuit, semaine et week-ends) dans le dispositif de la PDSA pour inciter les volontaires et augmenter le nombre de médecins effecteurs ou susceptibles de l'être.

Savoir faire preuve de pédagogie est de la compétence des pouvoirs publics pour expliquer les besoins de prendre des gardes et astreintes sur le territoire. Les pistes de réforme des études de médecine rendant les stages davantage possibles sur le champ de cabinets médicaux aux professions diverses ainsi regroupées permettront prochainement la réalisation de stages sur le terrain, et non plus uniquement à l'hôpital pour les internes en médecine.

Si cela ne facilite pas l'augmentation du temps médical dans les services hospitaliers, ce type de dispositif devrait néanmoins permettre à chaque futur médecin de mieux appréhender la nécessité de travailler en réseau pour mettre en œuvre concrètement le parcours patient.

Des encouragements des initiatives du terrain peuvent être aussi envisagés.

Ainsi, des appels d'offres pourraient être lancés par les ARS pour contractualiser ces nouvelles organisations pluridisciplinaires sur des objectifs de prises en charge de patients sur les soins non programmés (soins de 1^{er} recours, 1ers soins).

Un schéma cible de la PDSA pourrait désormais être organisé avec les communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS, créées par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Faire du déploiement des CPTS une priorité permettrait de répondre à cinq services essentiels, l'accès à un médecin traitant pour toute personne du territoire, une permanence des soins et des prises en charges non programmées, une continuité des soins organisée, une orientation vers le bon niveau et le bon type de prise en charge en fonction des besoins, et des dépistages et des vaccinations organisées.

Un accès à des appareils de biologie ou d'imagerie pourrait être ouvert par des dispositifs de contractualisation avec des laboratoires et des cabinets de radiologie pour un accueil immédiat et préférentiel dans le cadre de parcours de patients identifiés sur un réseau de PDSA.

Le centre de régulation médicale, le centre 15, devrait être en mesure d'envoyer un transport sanitaire pour les personnes à mobilité réduite faisant appel à un centre de soins non programmés, sans faire courir le risque de voir engorger les services d'urgence hospitaliers, publics et privés.

En outre, la LFSS 2017 a instauré en son article 73 un dispositif de praticien territorial médical de remplacement (PTMR), qui, sous forme de contrat, permet aux étudiants et jeunes praticiens en médecine générale exerçant à titre de remplaçants d'exercer dans les territoires sous-denses et ainsi favoriser leur installation dans ces zones. Ces derniers s'engagent auprès de l'ARS à effectuer pendant une année au minimum et pour une durée ne pouvant

dépasser six années, un minimum d'activité de remplacement de médecins généralistes installés en zones sous-denses en contrepartie d'un appui à la gestion de leurs remplacements par l'ARS, d'une rémunération forfaitaire destinée à compenser les périodes de disponibilité entre deux contrats de remplacements, de rémunérations complémentaires en cas d'interruption d'activité pour cause de maternité, paternité ou maladie.

Deux arrêtés ont été publiés en 2017 fixant à 200 le nombre maximum de contrats et leur répartition géographique et le contrat-type. Pour 2018, la dotation FIR peut financer sa mise en œuvre de ce nouveau contrat. C'est là l'exemple de soutien logistique qui est attendue par le CDOM des Bouches du Rhône, qui n'espère pas forcément des incitations financières mais des moyens matériels et organisationnels pour ces jeunes inscrits pour permettre une entrée dans la PDSA de manière facilitée.

3.2 Un nouveau pilotage de la permanence des soins ambulatoire s'avère encore possible localement.

3.2.1 Un récent état des lieux de la PDSA propose de nouveaux leviers d'action pour améliorer tant sa régulation que son effectif

L'état des lieux 2017 de l'ARS PACA sur la PDSA ouvre de nouvelles perspectives sur le territoire de la ville de Marseille. Il comprend des constats objectivement chiffrés, reflétant les échanges avec les acteurs de santé du territoire. Il met en exergue des points forts à cultiver et à partager, les leviers pour mieux piloter le dispositif avec l'ensemble des personnels de santé. Il entend tout d'abord améliorer la régulation du centre 15, et l'indemnisation des forfaits d'astreinte et de régulation médicale.

A) améliorer les conditions de la régulation

La régulation médicale du centre 15 dans les Bouches du Rhône a lieu au sein des locaux du SAMU situé à l'hôpital de la Timone. Ces locaux sont à la fois exigus et en mauvais état; ils n'offrent pas les moyens nécessaires et attendus d'un des premiers centres de régulation médicale de France.

Le rapport d'activité du SAMU 13 de l'année 2017 alerte les pouvoirs publics sur deux points essentiels, l'augmentation du temps du 1^{er} décroché par les assistants de régulation médicale, les ARM, et les difficultés de recrutement qui ne permettent pas de compléter l'effectif.

Si la régulation médicale du centre 15 est partagée entre trois acteurs au sein du SAMU 13, un médecin libéral, un médecin issu du bataillon des marins pompiers de Marseille, et un médecin hospitalier, les assistants de régulation médicale sont recrutés et payés par l'APHM qui reçoit une MIG SAMU, censée compenser ce coût. Elle demeure insuffisante pour les

besoins de l'établissement. Trois régulateurs assurent les soirées de la semaine en nuit 1 (20h/minuit), un seul en nuit 2, dite « nuit profonde » (entre 0h et 8h du matin) et enfin un seul les week-ends et jours fériés.

Le diagnostic actuel est défavorable au SAMU 13. Son coût par dossier de régulation médicale s'avère le plus faible de la région PACA, n'étant pas proportionnel à la population des Bouches du Rhône sur la population régionale. Son coût par habitant est le plus faible de la région, 0,41€ dans le département 13, contre un coût régional de 0,87€ ; une nouvelle répartition de l'enveloppe de la PDSA doit pouvoir la prendre en compte.

Même si en région PACA, il a été fait le choix d'harmoniser les rémunérations des médecins régulateurs et effecteurs participant à la PDSA, quel que soit le territoire ou le jour de la régulation, les tarifs demeurent faibles par rapport au niveau national.

Une revalorisation doit pouvoir être possible.

B) rendre l'effectif plus attractive

Cet état des lieux propose des leviers d'action sur l'organisation de la ressource médicale que constituent les médecins libéraux tant en régulation qu'en effectif.

Notamment il reconnaît que les médecins volontaires de l'association SOS Médecins Marseille et effecteurs de la PDSA pour trois lignes de garde sur la ville ne bénéficient pas des forfaits d'astreintes alors même qu'ils pourraient y prétendre comme leurs collègues de la ville de Nice. En effet, les médecins effecteurs de SOS Médecins Nice qui gèrent jusqu'à 10 lignes de garde par soirée sur le territoire de la ville de Nice perçoivent les forfaits d'astreinte de la PDSA.

Ils pourraient désormais prétendre au paiement des forfaits d'astreinte de 50€ par période de 4 heures effectives. Ainsi, ils pourraient désormais toucher :

- 50 € tous les jours de 20h à minuit,
- 100€ tous les jours de minuit à 8h,
- 100 € les samedis de 12h à 20h,
- 150€ les dimanches et jours fériés de 8h à 20h, les vendredis de 8h à 20h lorsqu'ils suivent un jour férié et les lundis de 8h à 20 h lorsqu'ils précèdent un jour férié,
- 50 € les samedis de 8h à 12h lorsqu'ils suivent un jour férié.

Il s'agirait là d'harmoniser les pratiques régionales, ce qui constitue en soi un objectif facilement atteignable et souhaitable pour garantir un traitement équitable sur le terrain régional au sein des communautés médicales des différents bassins de vie.

Au regard de la définition de l'association de SOS Médecins, ce service médical libéral d'urgence à domicile a pleinement vocation à les toucher, dès lors que son activité est liée à l'organisation d'une consultation à domicile 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, en semaine, les week-ends et jours fériés.

3.2.2 Les conditions d'une gestion des tableaux de garde de la PDSA semblent réunies pour permettre une meilleure négociation avec les médecins libéraux

Le principe de base qui avait été retenu lors de la mise en œuvre de la PDSA était celui d'un médecin effecteur par territoire et par astreinte.

Cependant, le nombre d'effecteurs mobiles est modulé selon les tranches horaires en fonction des territoires concernés et de l'attractivité effective.

Les conditions posées par les dispositions du décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 prévoient qu'un tableau de garde soit établi entre les médecins volontaires et les associations de permanence de soins pour une durée minimale de 3 mois, et qu'il soit transmis au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre au CDOM concerné, qui s'assure que le tableau est valide et complet avant envoi à l'ARS.

Or, depuis la dernière élection des membres du CDOM, celui-ci a connu eu vraisemblablement des dysfonctionnements internes qui, malgré les invitations du Directeur Général de l'ARS PACA, n'ont pu trouver de solutions, et le DGARS a dû dissoudre le CDOM par arrêté en date du 4 juillet 2018. Dans les faits, la gestion du tableau de garde était dévolue à l'URPS.

Une meilleure utilisation de l'effet de levier du FIR devrait y concourir depuis 2012, car son utilisation est encore très inégale. Réduire le nombre de lignes de gardes en soirée ou en nuit profonde demeurent encore possibles, même si lors de la dernière réunion de la CODAMUPS, la fusion des secteurs de Miramas et de Salon de Provence a finalement été adoptée après deux années de manque d'effecteurs sur le premier de ces secteurs en raison du faible nombre d'appels. L'incitation de l'ARS et du Préfet pour renégocier les secteurs avec les acteurs de santé du territoire est encore possible pour rendre intéressantes financièrement l'effectation des secteurs d'effectation. Une meilleure répartition de leur nombre doit être rééquilibrée à l'avantage démographique de la ville de Marseille (13 contre 48 en Bouches du Rhône actuellement).

3.3 En dépit de ses difficultés, l'AP-HM propose des nouvelles initiatives, dont elle espère un nouveau soutien financier et/ou organisationnel

3.3.1 Poursuivre l'installation d'une seconde maison médicale de garde au sein du groupement hospitalier de la Timone, tout en ayant une politique de gestion du dispositif harmonisé.

Dans un rapport sur les MMG en 2006, le Dr Jean-Yves GRALL, désormais devenu Directeur Général de l'Agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône– Alpes, les présentait déjà comme une solution d'avenir pour la PDSA tout en remarquant l'hétérogénéité des 200 structures étudiées à cette époque.

Compte tenu de l'expérience réussie de l'hôpital Nord, l'idée est de prolonger ce dispositif en créant une seconde maison médicale de garde sur le site de la Timone. Cette initiative a été lancée il y a deux ans par le directeur de site, en lien avec la Direction Générale de l'AP-HM, qui s'est mise en relation avec la délégation départementale des Bouches du Rhône de l'URPS PACA.

Le projet initial était d'installer cette MMG dans un bâtiment administratif, situé à proximité du service d'accueil des urgences adultes. Il nécessitait cependant des travaux estimés à 220 000 €, dont le financement aurait été supporté par le conseil départemental des Bouches du Rhône, fortement investi dans l'aide qu'il peut apporter aux services hospitaliers³⁷, après l'organisation du déménagement du service économique de site et des organisations syndicales représentatives du personnel.

Devant le coût de travaux et la difficulté de reloger les organisations syndicales représentatives, le projet a été mis en sommeil, mais, après une étude médico-économique réalisée en mars 2018, une alternative a été proposée aux équipes médicales du pôle Réanimation Urgences Samu Hyberbarie (RUSH) ainsi qu'à son partenaire, l'URPS. Sa création permettrait une installation rapide en l'intégrant directement au sein du service des urgences adultes, dans une organisation parfaitement classique qui permet un diagnostic d'adressage par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation.

De même, les locaux identifiés offrent l'avantage d'être contigus aux box de consultations du service des urgences permettent une lisibilité de flux pour les patients, dont leur état de santé aura été jugé compatible avec les actes de CCMU1 et 2 qui feraient l'objet d'un protocole d'adressage de patients entre les équipes médicales hospitalières et libérales volontaires.

³⁷ Le conseil départemental des Bouches du Rhône a financé par exemple l'intégralité de la réfection du service d'accueil des urgences pédiatriques du site de la Timone, qui a été ouvert en avril 2018.

Toutefois, l'AP-HM, au regard de ses contraintes budgétaires, entérine ses intentions de renouveler la convention de partenariat avec l'association de gestion de la maison médicale de garde de l'hôpital Nord à iso-euros, en faisant prendre en charge les frais de mise à disposition de locaux à hauteur de 7 000€ par an, ainsi que les 85 000 € de rémunération des 2 ETP de secrétariat médical.

De même, elle entend créer cette 2ème maison médicale de garde sur le site de la Timone, en harmonisant sa ligne de conduite sur la base de ses demandes faites à l'association pour le renouvellement de la convention de partenariat sur le site Nord. Malgré des négociations bien avancées, ces deux propositions ne semblent plus acceptables en l'état pour ces deux dossiers. Lors de réunions bilatérales régulières entre le CHU marseillais et l'ARS son organe de tutelle, le sujet a été présenté en demandant un soutien financier, au titre de la compensation de ces dépenses qui ne peuvent être imputables à l'établissement, de la MIG versée ou d'un versement d'aides directes auprès de ses deux interlocuteurs.

La demande demeure en suspens, dans l'attente de la prochaine notification des MIG.

3.3.1 Offrir un modèle économique de la maison médicale de garde s'avère impératif pour garantir son succès

Ouvrir une maison médicale de garde offre autant d'avantages que d'inconvénients pour l'hôpital public et les praticiens de ville volontaires. Son succès dépend d'un modèle économique qui n'est à ce jour aucunement garanti, puisqu'il repose actuellement sur une situation transitoire acceptée de tous, que la caisse nationale d'assurance maladie semble vouloir remettre en cause de manière régulière.

A ce jour, lorsque la maison médicale de garde est située au sein du service des urgences, l'hôpital public se voit verser³⁸ 25.32 € par passage non-suivi d'hospitalisation, forfait dénommé « accueil et traitement des urgences » (ATU). Par ailleurs, le nombre de passages correspondant aux patients pris en charge par les libéraux et la MMG vient s'ajouter aux autres patients, et permet le cas échéant de bénéficier d'un forfait annuel d'urgences plus élevé, celui étant fixé par tranches³⁹.

La clé de la réussite réside dans la mise en œuvre du tiers payant aux patients qui demandent à voir un généraliste, d'une application de la convention médicale avec ou sans majoration liée aux heures et périodes de la prise en charge au titre de la PDSA pour les médecins volontaires

³⁸ Selon les termes de l'Arrêté du 28 février 2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

³⁹ Annexe X de l'arrêté dit « tarifaire » du 28 février 2018 relatif aux tarifs des forfaits annuels des établissements de santé mentionnés aux a,b,c de l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale

et le maintien pour l'établissement hospitalier de la facturation des ATU pour chaque passage à la MMG.

L'ATIH demande régulièrement à maintenir ce décompte mais sa position est régulièrement remise en cause par la CNAMTS. Cette proposition est faite par le Dr Jean-Pierre JARDY⁴⁰, dans son récent rapport « Renforcer le lien ville-hôpital » du 9 mars 2018 – Fédération Hospitalière de France. Cette proposition devrait être entérinée par l'assurance maladie pour en garantir la pérennité demeurant toujours fragile selon les équipes de volontaires.⁴¹

3.4 Soutenir les initiatives pour renforcer le lien ville-hôpital par une meilleure structuration des acteurs de santé sur le territoire de Marseille.

La coopération entre la médecine de ville et l'hôpital public a beau être souhaitée de tous les organes de contrôle et institutions⁴², elle demeure encore difficile en pratique. Selon le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, annoncé le 13 octobre 2017 par la ministre des Solidarités et de la Santé, l'objectif est d'organiser et promouvoir les parcours de santé coordonnés et d'améliorer la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.

Les communautés professionnelles territoriales de santé pourraient être développées sous l'impulsion des professionnels de santé eux-mêmes et en particulier des professionnels de santé de ville souhaitant porter des projets pour améliorer l'offre de soins et la prise en charge d'une population.

Il s'agit d'aborder désormais les besoins en santé et d'organiser les réponses selon une approche populationnelle. Bien que portée par les professionnels de santé de ville, elles ont vocation à associer les acteurs du second recours, du sanitaire, du social et du médico-social désireux de s'organiser pour travailler ensemble au sein d'un territoire donné.

De même, à l'initiative de plusieurs chefs de cliniques, sont désormais ouvertes des lignes téléphoniques réservées aux professionnels de santé spécialisés pour avoir accès à une expertise, un conseil sur la prise en charge des patients. Il s'agit là d'un jeu gagnant-gagnant entre la médecine de ville et l'hôpital qui s'offre l'opportunité d'augmenter de fait ses activités par un adressage de patients d'un plus grand nombre de médecins et donc d'augmenter sa file active.

⁴⁰ Médecin généraliste à la retraite, administrateur régional PACA à la FHF, adjoint au maire de la ville de Cannes, en charge des questions de santé

⁴¹ Rapport de Mme Catherine LEMORTON devant l'Assemblée Nationale sur l'organisation de la permanence des soins – 2015

⁴² Rapport n° 673 de l'Assemblée Nationale sur « l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain » Rapport de la Cour des Comptes relative à la Sécurité sociale – septembre 2013.

3.5 Dégager du temps médical utile, notamment par un meilleur partage des tâches médicales, paramédicales et pharmaceutiques.

Au regard de la raréfaction de la ressource médicale, un établissement public de santé tel que le CHU marseillais a tout intérêt à développer les leviers nécessaires à dégager du temps médical pour exercer des activités de recherche, de recours, plus fortement rémunératrices et pouvant permettre d'enraciner ses différents pôles médicaux et médicotechniques dans des dispositifs de référence.

De même, au titre de l'évolution souhaitable des maquettes organisationnelles dans le cadre du développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoire, il lui est nécessaire de mettre ses services médicaux en ordre de marche pour rendre le flux des patients plus rapide et plus opérationnel.

- A) Utiliser la délégation de compétences entre professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, pour dégager du temps médical qui reste précieux.

Déléguer Davantage les actes médicaux ou pharmaceutiques auprès des professions paramédicales, qui acquièrent de ce fait de nouvelles compétences, peut s'avérer une solution souhaitée par tous les membres d'une équipe ou d'acteurs de terrain engagés conventionnellement et soumis à l'approbation de l'ARS sous forme de délégation de compétences faisant l'objet d'autorisation nominative.

Depuis la remise du rapport⁴³ du Pr Yvon BERLAND⁴⁴ sur la délégation d'actes et de tâches médicaux aux professions paramédicales, les choses avaient peu évolué, même si à l'international, et surtout dans le monde anglo-saxon, ces situations étaient courantes depuis longtemps.

L'idée était d'évaluer la possibilité d'un transfert de tâches et de compétences entre les professions médicales et paramédicales afin de garantir une offre de soins satisfaisante à la population française. En effet, face à la réduction annoncée du nombre de médecins, notamment d'urgentistes, des collaborations entre les différents professionnels de la santé permettrait d'optimiser le système de soins et l'exercice de la médecine en France

⁴³ Rapport remis en octobre 2003 au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Jean-François Mattei

⁴⁴ Le Professeur Yvon BERLAND est président d'Aix Marseille Université depuis 2012 et chef de service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale depuis 2000 à l'hôpital de la Conception, un des quatre sites hospitaliers de l'AP-HM et chef du pôle.

Il préconise la délégation d'actes de soins primaires aux infirmières, pour le suivi de pathologies chroniques, la délégation d'actes médicotechniques, dans le cadre de la prise en charge du handicap et davantage de coopérations entre les professionnels de santé dans le domaine chirurgical.

Dès lors, la loi de modernisation de notre système de santé est venue poser le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux. La pratique avancée vise un double objectif: améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

En outre, la pratique avancée favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise. Le travail de l'infirmier en pratique avancée (IPA) sera donc pleinement reconnu.

Demain, les IPA pourront exercer:

- En ambulatoire au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin (par exemple en maison ou centre de santé)⁴⁵ ou de l'équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires
- En établissement de santé, en établissement médico-social ou dans un hôpital des armées, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin.

L'IPA exerce dans une forme innovante de travail interprofessionnel. En acquérant des compétences relevant du champ médical, il suit des patients qui lui auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients. Il verra régulièrement ceux-ci pour le suivi de leurs pathologies, en fonction des conditions prévues par l'équipe.

L'IPA discutera du cas des patients lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe. Il reviendra vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes ou lorsqu'il repèrera une dégradation de l'état de santé d'un patient.

Trois domaines d'intervention sont définis dans un premier temps:

- Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires

⁴⁵ A l'instar des infirmiers libéraux de la structure de soins à Nantes, appelé « SOS infirmiers » qui bénéficient d'une délégation de compétences sur les pathologies du rein avec un néphrologue, ce qui a permis d'assurer des interventions post-opératoires au domicile des patients. Toutefois, cette association ne participe pas à la permanence des soins ambulatoire et ne bénéficie pas des forfaits d'astreinte ou de toute autre forme de soutien financier de l'ARS Pays de la Loire.

- L'oncologie et l'hémato-oncologie
- La maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.

D'autres transferts de compétences vers de nouveaux métiers de soins peuvent être organisés notamment avec les infirmières cliniciennes spécialisées, les diététiciens de soins, les coordonnateurs du handicap, les Psychologues praticiens.

B) S'inspirer des expériences de terrain pour organiser en confiance l'offre de soins lors de la PDSA.

S'inspirant de la pratique avancée et de l'expérience de l'association SOS Médecins, une association d'infirmiers libéraux s'est constituée à Nantes, elle s'appelle « SOS Infirmiers ». Elle assure des interventions en centre infirmier de ville et au domicile des patients, en journée, en soirée et lors des week-ends et jours fériés. Elle a conclu sur le post-opératoire une coopération de délégation de tâches avec les chirurgiens en digestif et de l'appareil rénal de plusieurs cliniques privées nantaises, validée par l'ARS. Ce dispositif ayant permis d'éviter 1002 hospitalisations en 2017, mériterait d'être étendu sur tout le territoire national par une contribution possible aux astreintes de la PDSA, voire de la PDSES, avec les établissements certes privés mais également publics de leur secteur géographique.

Conclusion

La permanence des soins ambulatoire et en établissements de santé nécessite désormais une consommation modérée de la ressource médicale qui devient rare. Même pour un établissement comme celui de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, cette ressource médicale mérite une nouvelle organisation pour optimiser des tours de gardes et astreintes qui coûtent chers en termes financiers mais également en implication professionnelle de la part des membres de sa communauté médicale. Un directeur d'hôpital doit veiller à la bonne utilisation de cette ressource, mais aussi au bien-être de l'ensemble des équipes, y compris médicales, moins habituées à se plaindre d'un rythme de travail soutenu, en raison de leurs évaluations par leurs pairs.

Sous l'impulsion de l'ARS PACA, il pourrait être mis en place un dispositif d'information adapté aux attentes des Marseillais qui offrirait aux acteurs de santé sur le territoire de la ville d'être proactifs dans les réponses attendues. Le manque total d'information sur le site internet de l'ARS, dans les médias locaux et au CHU de Marseille sur les noms et adresses des médecins de garde, hormis par un appel au centre de régulation du 15, n'est pas digne de la deuxième ville de France.

Renforcer l'information sur les numéros 116 117 et le numéro 15 permettrait d'éduquer les citoyens sur la façon de les utiliser ; cela concourrait également à l'éducation des patients sur les acteurs de la permanence des soins, et de la continuité des soins, sur la conduite à tenir en cas de problème de santé inopiné. Cette communication pourrait être organisée au niveau des services scolaires, des assistants maternels, des personnels de crèche, des personnels des EHPAD pour éviter des abus de recours aux SAU de la ville et de son hôpital public.

Expérimenter une exonération du ticket modérateur pour les patients s'adressant à un professionnel de ville aux horaires de la permanence des soins ambulatoires pourrait s'avérer une piste intéressante pour infléchir les tendances d'affluence des urgences à la Timone dépassant les 300 patients vus par jour, faute d'effecteurs suffisants en ville en plein épisode caniculaire, jusque-là maîtrisé.

Engager des discussions entre les acteurs de santé sur le territoire de Marseille s'avère désormais indispensable pour rendre plus opérationnel des dispositifs juridiques et organisationnels existants mais qui ont du mal à fonctionner, dès lors que les membres des différents groupes (établissements hospitaliers, médecins de ville, SOS Médecins) se connaissent mal.

D'autre part, dans le cadre de l'enquête en cours de la Cour des comptes sur le positionnement des CHU en France, l'AP-HM, par sa taille et sa zone d'attractivité, a désormais à se poser clairement la question de savoir quelles sont les activités qu'elle entend développer.

L'analyse de sa patientèle montre qu'elle est néanmoins très inscrite dans une offre de soins de proximité et non pas sur une offre massive de recours. Elle doit s'interroger sur les filières qu'elle entend développer en associant au mieux les communautés professionnelles de santé de son territoire. Malgré leurs qualités indéniables d'expertise et de recherche, qui sont les leurs, les membres de sa communauté médicale ont un intérêt à s'associer avec des médecins spécialistes pour garantir leur file active à l'instar de leurs confrères et consœurs du secteur privé marseillais.

Les directions des établissements sanitaires sont invitées à promouvoir de nouveaux projets de coopération qui permettent par la mutualisation ou le transfert d'équipements, d'activités ou de ressources, d'améliorer la prise en charge et le parcours des personnes.

Elle permet de rechercher des complémentarités entre les différents établissements publics et privés d'un même territoire, de mutualiser les moyens et de dépasser les cloisonnements. Il y a certes urgence à améliorer l'accès aux soins (pour une qualité de soin performante) et à former un nombre suffisant de médecins face à la pénurie sur tous les territoires (métropoles et zones rurales).

Pour le futur directeur d'hôpital que je suis, il semble primordial que toutes les structures hospitalières publiques se doivent de faire des efforts pour une meilleure articulation avec la médecine de ville, que ce soit par le large développement de systèmes d'information partagés, que par des rencontres régulières entre praticiens. Ces nouvelles méthodes de travail doivent pouvoir être insufflés par les managers des hôpitaux, qu'ils soient administratifs ou médicaux.

A défaut d'une évolution des priorités et des organisations, les acteurs et professionnels de santé du territoire de santé de Marseille pourraient concourir à la réalisation du roman intitulé « Marseille 2040 - le jour où notre système de santé s'écroulera » du journaliste Philippe PUJOL⁴⁶ ne se réalise en prophétie.

⁴⁶ Philippe PUJOL est un journaliste marseillais qui a longtemps collaboré au quotidien « La Marseillaise » avant de s'immerger dans les quartiers Nord dont il a écrit « La fabrique d'un monstre », une enquête qui lui a valu d'être récompensé du Prix Albert LONDRES en 2014

1 Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi du 9 août 2004 sur la gestion du plan régional de la santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004, page 14277, texte n° 4

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°0190 du 17 août 2004, page 14598, texte n° 2

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, JORF n°0300 du 27 décembre 2009 page 22392, texte n° 1

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021528998&categorieLien=id>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, JORF n°119 du 23 mai 2006, page 7531, texte n° 11

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788651&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS ET MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Décret n° 2009-1173 du 1^{er} octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence des soins en médecine ambulatoire, JORF n°0229 du 3 octobre 2009 page 16079, texte n° 43

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021097320&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, JORF n°0163 du 17 juillet 2010 page 13240, texte n° 36

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022484932&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, JORF n°0163 du 17 juillet 2010 page 13242, texte n° 37

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022484947&dateTexte=&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2015-1680 du 15 décembre 2015 relatif au programme de modernisation des systèmes d'information et de télécommunication des SAMU, JORF n°0292 du 17 décembre 2015, page 23247, texte n° 34

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031632795&categorieLien=id>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE ET MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire JORF n°0100 du 29 avril 2011, page 7484, texte n° 17

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023915778&categorieLien=id>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels sur la permanence des soins ambulatoires, JORF n°0254 du 1 novembre 2011, page 18427, texte n° 19

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024738234&categorieLien=id>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE ET MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissements de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R 6112-28 du code de santé publique, JORF n°0050 du 28 février 2012, page 3490, texte n° 15

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/2/27/ETSZ1205705A/jo/texte/fr>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE ET MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, CHARGE DU BUDGET. Arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé, JORF n°0159 du 11 juillet 2013, page 11529, texte n° 18

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027688896&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES ET MINISTERE DE L'INTERIEUR. Arrêté du 5 juin 2015 portant modification à l'annexe I et à l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne, et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 JORF n°0135 du 13 juin 2015 page 9775, texte n° 10

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030716127&categorieLien=id>

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES ET MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, JORF n°0265 du 15 novembre 2016, texte n° 39

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033385749&categorieLien=id>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/R2/2011/192 du 20 avril 2011 sur la permanence des soins Instruction DSS/1B/2011 du 27 janvier 2012 sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits et de la régulation des astreintes en soins ambulatoires, NOR : ETSH1114080J
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/06/cir_33245.pdf

RAPPORTS ET ETUDES

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, août 2007, Rapport de « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins », Dr Jean-Yves GRALL, la documentation française,
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000534.pdf>

ASSEMBLEE NATIONALE, 2008, « *L'offre de soins sur l'ensemble du territoire* », Rapport d'information de Marc BERNIER n° 1132 <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp>

ASSEMBLEE NATIONALE, 2015, « *L'organisation de la permanence de soins* », Rapport d'information n° 2837 de l'Assemblée nationale <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2015, « la territorialisation des activités d'urgences », Dr. Jean-Yves GRALL, DG ARS Nord-Pas de Calais,
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf

SENAT, Commission des affaires sociales, 26 juillet 2017, « *la situation des urgences hospitalières, en liaison avec l'organisation de la permanence des soins* » Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et René-Paul SAVARY
https://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201709/rapport_dinformation_sur_la_situation_des_urgences_hospitalieres_en_liaison_avec_lorganisation_de_la_permanence_des_soins.html

SENAT, 2017, « *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé* », Rapport d'information de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 685 (2016-2017)
<https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-685-notice.html>

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, mars 2018, « *Renforcer le lien ville-hôpital* », Dr Jean-Pierre JARDY.
<https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>

MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, mai 2018, « *Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires* », Thomas MESNIER, député de Charente
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf

REVUES ET PERIODIQUES

Vincent ROQUES, « *Enquête CNOM – permanence des soins ambulatoire en médecine générale, état des lieux au 31 décembre 2016* » novembre 2017, Gestions hospitalières n° 570, p.559-561

Florence BAQUET, novembre 2017, « *les urgences hospitalières : miroir des dysfonctionnements de notre système de santé* », Gestions hospitalières n° 570,

Pierre de MONTALEMBERT, novembre 2017, « *l'hôpital au rapport 2017* » Gestions hospitalières n° 570

SITES INTERNET

CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS, « Cartographie interactive de la démographie médicale » [consulté le 04/03/2018],
https://demographie.medecin.fr/#s=2018;i=demo_gen_tot.total;sly=a_dep_DR;z=400200.6495760.1271139.793600;v=map2;l=fr;sid=12

GIP E-SANTE ORU PACA, « Panorama 2016, activité des services d'urgence », [consulté le 20/03/2018],
<https://www.orupaca.fr/het-paca-chiffres-cles-2017/>

BATAILLON DE MARINS POMPIERS DE MARSEILLE, « Rapport d'activité 2017 », [02/08/2018],
<https://fr.calameo.com/read/004711370e3b234979951>

2 Liste des annexes

Annexe 1 : Note au Directeur général de l'AP-HM relative au renouvellement de la convention de la maison médicale de garde du site Nord et mise en place de la maison médicale de garde du site Timone.



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Note à l'attention de M. le Directeur général
S/c de Mme la Directrice générale adjointe chargée des sites et des pôles
S/c de M. le Directeur des coopérations territoriales, du GHT et des
autorisations d'activités

Marseille, le 15 février 2018

Affaire suivie : Laurent CHABOT

Tél : 04 91 38 28 41

Objet : renouvellement de la convention de la maison médicale de garde du site Nord et mise en place de la maison médicale de garde du site Timone.

Pièces jointes :

- budget 2017 de la maison médicale de garde du site Nord et budget prévisionnel de la maison médicale de garde du site Timone ;
- calcul des loyers des deux maisons médicales de garde sur la base de tarifs en vigueur pour la mise à disposition de locaux.

En vue de la mise en place de la maison médicale de garde sur le site Timone, la Direction des coopérations, du GHT et des autorisations d'activités s'est procuré les conventions régissant le fonctionnement de la maison médicale de garde du site Nord pour s'en inspirer à titre de comparaison.

Or, la dernière convention signée (la convention n° 2009-331 du 9 août 2010) s'est avérée caduque depuis le 31 décembre 2015, un projet de convention tendant à son renouvellement n'ayant jamais été finalisé et conclu depuis 2016. La procédure de son renouvellement a été attribuée par Mme Guerder, directrice du site Nord, à la Direction des coopérations territoriales, du GHT et des autorisations d'activités.

Les échanges avec les directions de site, le chef de service urgences Nord, la direction des affaires financières nécessitent un arbitrage de la Direction générale sur plusieurs points, dans une volonté d'harmoniser les deux types de conventions à conclure pour le même type d'offres de soins ambulatoires sur les deux sites, sous réserve d'un fonctionnement pourtant hétérogène.

I/ L'état des lieux en vue de renouveler la convention de fonctionnement et d'occupation des locaux de la maison médicale de garde Nord, devenue caduque depuis le 31 décembre 2015 et d'ouvrir la maison médicale de garde de la Timone

Existante depuis 2000 mais constituée sur le site Nord depuis 2004 en maison médicale de garde, son fonctionnement avec des médecins libéraux, constitués en association loi 1901, est totalement intégrée au service d'accueil des urgences adultes du site Nord.

Dès leur arrivée, les patients sont informés d'une possibilité ou non de bénéficier de ses services, sous réserve de droits assurance maladie à jour. Un agent administratif dédié et intégré

au bureau des entrées, enregistre les actes externes pris en charge et le paiement des actes libéraux pour les médecins libéraux volontaires et présents lors des vacations soirées et week-ends.

Ensuite, dans le cas d'un choix volontaire des patients d'en bénéficier, ils sont pris en charge par un médecin généraliste de l'association, présent sur les horaires suivants, de 18h30 à 24h la semaine, de 12h à 24h le samedi, et de 8h à 20h les dimanches et jours fériés, dans une salle de consultation contiguë aux autres box de consultation des médecins urgentistes du site Nord.

Selon les informations recueillies pour l'année 2017, les recettes de l'UF 2148 « consultations médicales d'activité libérale » qui lui est dédiée correspondent à un encaissement de 5 553 consultations externes par l'AP-HM (soit environ 10.78% des passages du site Urgences HN), valorisées en forfait ATU pour 25.32 € par passage, et à un encaissement majoré par les médecins libéraux de l'association MMG Nord.

Un accord écrit de l'ARS PACA (ARH au moment de la création de la MMG Nord) aurait autorisé ce type de financement. La conférence des directeurs des affaires financières des CHU aurait reçu cette confirmation d'autorisation par l'ATIH. La question se pose de sa légalité et de sa pérennité quant à l'encaissement en ATU d'actes dont l'AP-HM ne réalise pas et finalement, d'un double décaissement pour le même acte par la CNAMTS, l'un en forfait ATU pour l'AP-HM, et l'autre en acte majoré pour le médecin libéral volontaire.

Présentation des modes de financement des passages urgences réalisés actuellement

	Timone	Nord	total des 2 Maisons Médicales de Garde
nombre de passages urgences	84 947	51 490	136 437
valorisation actuelle passages sous forfait FAU "accueil et traitement des urgences"	2 150 858,04	1 303 726,80	3 454 584,84
nombre de passages adultes urgences par MMG (Prévision pour Timone)	7 876	5 553	13 429
Conséquence sur le calcul du forfait FAU pour l'AP-HM			858 260 €
Calcul ATU	165 945 €	117000	282 945 €

Pour rappel :

25,32 €	par forfait ATU
171 652 €	de majoration pour chaque tranche de 2 500 ATU supplémentaires
194 081	passages ATU valorisables à l'AP-HM en 2017
188 000	passages ATU retenus pour l'AP-HM selon la définition d'un ATU finalement retenu pour valorisation AM pour tous les passages non suivis d'une hospitalisation MCO

En termes de budget réalisé, la MMG Nord est à ce jour excédentaire (441 186 €):

budget réel 2017	Nord
MIG K02	54 324,00
Actes externes (ATU)	117 000,00
Forfaits FAU	354 897,44
loyers encaissables	0,00
Compensation des ETP secrétariats	-85 035,00
Totaux	441 186,44

En l'état actuel des choses, l'ensemble des recettes et des dépenses de la MMG Nord n'est pas totalement compensé par la MIG qui lui est dédiée :

		Nord
recettes	MIG K02	54 324,00
	Compensation des ETP secrétariats	-85 035,00
dépenses	loyers encaissables	-11 842,56
	Total	-42 553,56

En raison de :

- L'absence de compensation de 2 ETP secrétariat AP-HM (1+0.5+0.5) pour 85 035 € annuels, mis à la disposition de la MMG Nord,
- Une dépense minime de petit équipement médical, pris sans doute sur les stocks urgences Nord, non facturée à l'association,
- La non-perception d'une redevance conventionnelle de 1800 € par an au titre de l'occupation des locaux, en lieu et place de 11 842 € estimés selon les tarifs de mise à disposition de locaux en vigueur pour une surface estimée à 40 m2.

Ce fonctionnement intégratif n'est cependant pas transposable en l'état sur le site de la Timone.

II / La création de la maison médicale de garde du site de la Timone oblige à résoudre des questions non arbitrées à ce jour.

- 1) L'absence d'intégration de la MMG Timone au sein du service des urgences adultes induit l'absence d'enregistrement possible des actes externes valorisables en mode ATU pour l'AP-HM ;
- 2) La mise à disposition de locaux n'est plus réalisée, à titre gratuit, mais onéreux pour l'URPS selon les tarifs AP-HM en vigueur, sans que le sujet n'ait été abordé avec les représentants de l'URPS PACA ; cette somme représenterait 22 958€ par an ;
- 3) L'absence de décision quant à la mise à disposition de 2 ETP AP-HM à la disposition des médecins de l'association, non partageables avec les services des urgences adultes, estimées à 85 035€ à l'instar de la MMG Nord.
- 4) L'absence de décision concernant la mise à disposition d'équipements mobiliers et informatiques à titre gratuit,
- 5) L'absence de décision sur l'accès des médecins de l'association au service informatique de l'AP-HM.

Le budget de la MMG du site de la Timone pourrait être constitué comme suit :

	Timone
MIG K02	0,00
Actes externes (ATU)	165 945 €
Forfaits FAU	503 362,56
loyers encaissables	22 958,40
Compensation des ETP secrétariats	-85 035,00
Totaux	607 230,85

III/ Un financement annuel de 204 870, 96 € doit être recherché auprès de l'ARS PACA pour les deux maisons médicales de garde de l'AP-HM.

Une compensation doit être recherchée pour un montant au minimum de 204 870€.

Selon le fonctionnement actuel de la MMG Nord, transposé pour la MMG Timone à créer, les dépenses de fonctionnement à facturer aux associations de gestion des MMG s'élèveraient à 150 546,96 €.

Ces montants correspondent à :

- La non-compensation des 2 x 2 ETP AP-HM de secrétariat sur les deux sites, soit 170 070 €.
- La prise en compte des loyers non perçus actuellement mais facturables auprès des associations de gestion des deux maisons médicales de garde, à hauteur de 11 842 € pour HN, et de 22 958 € pour TA.

	Nord
MIG K02	54 324,00
Compensation des ETP secrétariats	-85 035,00
	-11 842,56
loyers encaissables	
Total	-42 553,56

	Timone
MIG K02	0,00
Compensation des ETP secrétariats	-85 035,00
	-22 958,40
loyers encaissables	
Total	-107 993,40

Toutefois, ce montant non financé par une MIG reçue par l'AP-HM de 150 546, 96 € n'est encore pas exhaustif.

En effet, le nombre de passages de patients dans les deux MMG a pour conséquence de diminuer le calcul total des passages urgences valorisés en forfait FAU au niveau global pour l'AP-HM.

En 2017, 188 959 passages forfaits FAU sont valorisés selon la définition d'un ATU retenu pour l'Assurance Maladie pour tous les passages non suivis d'une hospitalisation MCO (urgences adultes, gynécologiques, et enfants)

Dès lors qu'au-delà de la tranche maximale de 80 000 passages aux urgences, l'arrêté du 13 mars 2017 fixant les éléments tarifaires prévoit des majorations de forfait FAU pour chaque tranche de 2500 ATU supplémentaires, estimées à 171 652€.

Ainsi, si l'on retient l'hypothèse de 10.78 % des passages urgences à la MMG Nord, transposable à la MMG Timone, le total des passages sortant du calcul des forfaits FAU est de 13 429, soit plus de 5 tranches de majorations supplémentaires de 171 652€, soit 858 260 €.

Par conséquent, le financement à solliciter à l'ARS serait de 204 870, 96€ par une MIG comprenant :

- Le montant de la MIG de la MMG Nord,
- La compensation de 4 ETP d'adjoints administratifs liés au secrétariat des MMG,
- La compensation de loyers encaissables par l'AP-HM auprès des deux associations gestionnaires des MMG.

Enfin, il faudrait s'assurer auprès de l'ARS PACA :

- du maintien du versement des ATU pour financer les maisons médicales de garde estimé à 165 945€ pour la MMG Timone et à 117 000 € pour la MMG Nord, soit 282 945 €,
- du maintien des forfaits FAU, qui s'élèverait selon nos estimations à 858 260€,

Soit au total un montant de 1 141 205€.

Laurent CHABOT

Directeur stagiaire
Direction des coopérations, du GHT et des
autorisations d'activités

CHABOT	Laurent	Octobre 2018
Filière Directeur d'hôpital Promotion 2017 – 2018		
L'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille à la croisée des chemins de la permanence des soins : entre rationalisation interne et exigences d'une réponse territoriale adaptée		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Paris 7 – Denis DIDEROT		
<p>Résumé :</p> <p>Les services des urgences de l'AP-HM semblent pâtir du manque de médecins de garde en ville aux horaires de fermeture des cabinets médicaux, le soir, les week-ends et jours fériés.</p> <p>Or, en dépit d'une démographie médicale dense et très supérieure au niveau national, les citoyens de la ville de Marseille connaissent des difficultés à trouver des médecins de garde pouvant répondre à leurs besoins de santé. Le territoire de la ville est fortement inégalitaire entre des quartiers Nord, habités par des populations paupérisées, aux situations personnelles précaires et des quartiers Sud, résidentiels et aux activités économiques dynamiques.</p> <p>Toutefois, en dépit des apparences, ce sont bien les services d'accueil des urgences des quartiers Centre et Sud, qui subissent une forte affluence de patients aux états de santé relevant normalement d'une prise en charge de proximité par un médecin généraliste.</p> <p>Devant cette situation, l'AP-HM, en tant qu'hôpital public, est contrainte de répondre aux aléas d'une régulation de la permanence des soins ambulatoire défaillante. Malgré ses difficultés, elle se voit contrainte par son territoire de santé, l'invitant à trouver des solutions pour sortir de cette situation dégradée.</p> <p>Les solutions à rechercher doivent interroger tant les pouvoirs publics, notamment l'Agence régionale de santé, que l'ensemble des acteurs et professionnels de santé du territoire pour trouver des moyens de jouer un jeu gagnant-gagnant pour un nouveau maillage territorial plus équitable et équilibré et positionner le CHU en établissement de recours et de référence.</p>		
<p>Mots clés : permanence des soins, permanence des soins ambulatoires, permanence des soins en établissements de santé, urgences hospitalières, médecine de ville, schéma d'organisation de l'offre de soins, projet régional de santé, gardes et astreintes, lien ville-hôpital, volontariat, régulation médicale.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		