

Éditorial

Par **Philippe Arramon-Tucoc**

Président de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine

Chère consœur, cher confrère,

Le numérique est de plus en plus présent dans notre métier, quelle que soit notre spécialité, ainsi que dans l'organisation des soins ou devrais-je dire la réorganisation de la prise en charge des patients sur les territoires.

Sans en faire, loin s'en faut, l'alpha et l'oméga de notre exercice de demain, on ne peut nier l'importance que prennent dès aujourd'hui et encore plus demain toutes les applications liées au numérique et à l'intelligence artificielle. Personne ne conteste plus aujourd'hui les transformations fondamentales que cela va entraîner dans notre métier. Les premiers à s'être emparés de cette évidence, sont les industriels et en particulier les start-ups qui croissent et se multiplient tous les jours.

Les sollicitations sont aujourd'hui nombreuses, pour de nouvelles applications de prise de rendez-vous, de téléconsultation, de télé expertise, de télé imagerie, de gestion intelligente des stocks etc. Tous ne réussissent pas dans cet exercice mais certains sont en train de construire de véritables empires qui devraient nous interroger sur la maîtrise de nos outils de demain et l'utilisation de notre travail, en particulier des données produites grâce à notre activité. Nous avons à l'URPS, depuis de nombreux mois, travaillé sur cette problématique et sommes en mesure aujourd'hui de proposer aux médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine des solutions alternatives dans le but de garder la maîtrise des outils, des données, avec un gain économique pour chacun d'entre nous.

A vous de vous emparer de ces outils mis en place par la profession pour être mieux adaptés à vos besoins.

Une chaîne de télévision pour les salles d'attente est ainsi disponible dès aujourd'hui, sans publicité et apportant de l'information à nos patients, telle que l'on souhaite qu'ils la reçoivent. Les programmes proposés (information, dépistage, éducation thérapeutique, divertissement...) sont adaptés à l'actualité, à la spécialité, aux territoires, et peuvent être modifiés par vos soins. Il n'y a aucun coût de maintenance, elle est assurée par l'URPS.

Début 2020, une plate-forme de télé radiologie sera disponible pour mutualiser les urgences dans les établissements et également assurer de la télé radiologie réglée.

En début 2020 également, nous espérons proposer une plate-forme de télé médecine à la disposition de tous assurant les services de téléconsultation de télé rendez-vous et éventuellement de logiciel métier. D'autres projets sont en cours pour nous aider dans cette mutation. Ils ont pour but de conserver notre liberté d'action et d'entreprendre, seule garante de la pérennité de notre métier pour une meilleure prise en charge de nos patients.

Bien confraternellement.

URGENCES



À lire dans ce numéro

Dans ce journal :
Une affiche sur la maltraitance des personnes âgées

p2 **DASRI**

p3 **Donnez du PEPS à vos prescriptions**

p4 **Billet d'humeur
Nos médecins ont du talent**

p5 à 8 **CPTS : mode d'emploi et témoignages**

p9 à 10 **Zoom sur les urgences en Nouvelle-Aquitaine**

p11 **La maltraitance des personnes âgées**

Prévention

Les Déchets issus des Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) : comment s'en débarrasser ?

La commission Santé Environnement de l'URPS ML NA s'est penchée sur le problème des DASRI et a mis en évidence une disparité importante dans l'organisation de la collecte des DASRI sur les différents territoires.

Il nous a paru utile de rappeler les obligations légales et de proposer à ceux qui le souhaitent un accompagnement dans le choix des prestataires et les modalités en fonction de leur lieu d'exercice.

Définition

- **Déchets piquants, coupants ou tranchants, souillés ou non** (aiguilles, scalpels, lames, ciseaux, pinces, seringues serties, ampoules d'injection...),
- **Déchets mous présentant un risque infectieux :**
 - matériels de soins contaminés (compresses, pansements, bandes, drains, mèches...),
 - matériels de protection à usage unique contaminés,
 - tubes à prise de sang...
- **Petits déchets anatomiques non aisément identifiables** (kystes, peau, liquides biologiques...).

Responsabilité

Selon le Code de la Santé publique, « toute personne qui produit des DASRI est tenue de les éliminer » (articles R.1335-1 à R.1335-8 du Code de la Santé Publique). Ainsi le médecin qui exerce au cabinet mais également au domicile du patient est responsable de l'élimination des DASRI qu'il produit dans le cadre de son activité.

Par ailleurs, le médecin a un devoir/rôle d'information du patient au moment de la prescription de produits pouvant s'intégrer dans le cadre de DASRI.

Trier et éliminer les DASRI

Les DASRI doivent être suivis tout au long de la filière de traitement, depuis leur production jusqu'à leur destruction finale.

De l'acte de soin à la destruction des déchets.

Karine FONTAINE-GAVINO

Vous ne vous sentez pas à l'aise avec la gestion de vos DASRI ?

Vous avez été contrôlé dans l'élimination des DASRI ?

Votre prestataire ne vous convient pas ?

Vous rencontrez des problèmes ?

Vous avez des questions, des demandes d'informations ?

Ecrivez-nous : commissions@urpsml-na.org,
téléphonez-nous au **05 56 56 57 11**

L'URPS s'engage à répondre à vos questions et à vous accompagner dans le choix des prestataires et les modalités en fonction de votre lieu d'exercice.



L'acte de soin



Le médecin effectue l'acte de soin et stocke ses déchets à risques infectieux dans des contenants appropriés et normés

La collecte



Un agent de collecte récupère les contenants utilisés

La destruction



Tous les contenants collectés sont acheminés vers des sites de prétraitement par désinfection ou vers des centres d'incinération, au minimum tous les 3 mois

La traçabilité



La traçabilité des DASRI est une obligation depuis leur production jusqu'à leur destruction. Ainsi les documents assurant la traçabilité de la collecte et de l'élimination des DASRI doivent être remis au médecin par l'agent de collecte. Les documents doivent être à disposition en cas de contrôle et sont conservés durant 3 ans

Prévention

Donnez du peps à vos prescriptions

Pour aider et encourager la prescription d'activité physique par les médecins libéraux, la commission Maladies Chroniques et ETP de l'URPS a collaboré au travail proposé par l'ARS pour uniformiser les parcours dans les différents territoires de la Nouvelle-Aquitaine au travers du Programme PEPS (Prescription d'Exercice Physique pour la Santé).



Rappelons que la loi de modernisation de notre système de santé introduit la possibilité, pour les médecins généralistes et spécialistes, de prescrire une activité physique aux personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD). En Nouvelle-Aquitaine, l'ARS a heureusement enlevé cette limite et ouvert le PEPS à tous les patients dont les médecins pensent que l'activité physique représente une prescription non médicamenteuse pertinente, ALD ou pas.

Un premier état des lieux a permis de mettre en évidence sur les 12 départements une prise en charge inégale pour les patients d'un territoire à l'autre.

Il en résulte que le développement du PEPS va se faire progressivement en commençant par les départements où il existe déjà des parcours organisés et en le généralisant petit à petit. Il n'est bien sûr pas question de rayer l'existant pour proposer autre chose mais au contraire de s'appuyer sur l'existant pour généraliser petit à petit un parcours et des outils communs.

Le PEPS est un parcours de prise en charge en activité physique sur prescription médicale. Le médecin prescrit, au travers d'un modèle une activité physique, en précisant son type, son intensité, ses limites...

Le patient sera alors pris en charge dans une structure soit classique, soit offrant des prises en charge spécifiques adaptées à des patho-

logies plus invalidantes, en allant jusqu'aux « programmes passerelle » capable de remettre les patients les plus lourds en mouvement.

Le parcours PEPS, piloté par chaque département, propose :

pour les médecins :

- un coordonnateur départemental sera à même de rencontrer physiquement ou téléphoniquement le patient pour lui proposer la structure d'activité physique la plus compatible avec ses attentes et ses disponibilités
- un modèle de certificat et des outils d'aide à la prescription dans le but de rester simple et de limiter le plus possible le risque médico-légal pour le praticien.

Pour les patients :

- à terme une prise en charge plus homogène sur toute la région et un impact positif sur le développement et le traitement des maladies chroniques
- pour les patients les plus éloignés de l'activité physique, des programmes passerelles pour les remettre en condition physique et/ou motivationnelle.

En pratique chaque médecin recevra un Kit comprenant un ordonnancier de prescription, une affiche pour sa salle d'attente et un guide de prescription.

Le déploiement se fera progressivement, dès maintenant pour les départements où les coordonnateurs existent déjà. Ils en

assureront la distribution et présenteront le programme aux praticiens.

Les confrères qui voudraient recevoir plus tôt les documents peuvent en faire la demande à leur DD ARS et retrouver sur notre site le détail de ces outils.

En pratique, cette prescription demande du temps, un examen clinique, l'analyse des antécédents, la possible prescription d'examen complémentaires et ou d'avis spécialisés.

ELLE DOIT DONC FAIRE L'OBJET D'UNE CONSULTATION MEDICALE DEDIEE et non se rajouter à une consultation classique.

L'ARS va rencontrer l'assurance maladie afin que cette consultation dédiée de prescription non médicamenteuse soit bien remboursable au tarif conventionnel pour qu'elle ne puisse en aucun cas être considérée comme la simple remise d'un certificat médical tel que celui de non contre-indication à l'activité physique, lui, non remboursable.

Il faudra aussi rappeler aux patients que l'activité physique prescrite n'est pas remboursable par la sécurité sociale, ALD ou pas. Pour se faire, les complémentaires de santé ne manqueront pas de faire leur marketing là-dessus et de très vite proposer une aide ! ou plus tard une obligation ?

Dr Jean-Luc DELABANT

AGIR 33

Parcours Coordonné entre consultation d'addictologie spécialisée et médecine générale pour l'arrêt du tabac



Une première expérience de partenariat ville-hôpital avec les médecins de soins primaires a été construite en 2017 autour de la consultation hospitalière d'addictologie de l'Hôpital Suburbain du Bouscat. Elle avait 3 objectifs :

1 - Conjuguer les compétences des addictologues et des médecins traitants par la transmission d'un guide des consultations et l'échange d'observations sur un dossier partagé.

2 - Concrétiser le lien Ville/Hôpital et intégrer le patient dans son parcours de soin en lui confiant la responsabilité de son dossier tabac partagé.

3 - Optimiser les circuits de prise en charge, en réservant la consultation hospitalière exclusive aux cas les plus complexes et/ou urgents adressés par les généralistes, les spécialistes, les chirurgiens.

20 addictologues en ex-Aquitaine se sont déclarés volontaires, en début d'année 2019, pour déployer ce dispositif auprès de leurs correspondants médecins traitants. Ils représentent 15 structures d'ad-

dictologie/ tabacologie les plus diverses: CH Charles Perrrens, CHU de Bordeaux, CH d'Arcachon, CH de Bayonne, CH de Villeneuve-sur Lot, Clinique Mutualiste de Lesparre, CEID d'Arcachon, CEID d'Arès, ANPAA de Bordeaux/Blaye, ANPAA de Périgueux, ANPAA de Mont-de-Marsan et ANPAA de Pau, SSR-UGECAM de Lormont, Centre d'Examens de santé de Bordeaux-Bègles, ainsi que l'Hôpital Suburbain du Bouscat qui renforce ses équipes sur cet axe.

Les médecins de premier recours peuvent d'ores et déjà adresser leurs patients désireux d'arrêter de fumer vers ces consultations spécialisées pour bénéficier de ce circuit privilégié.

Le sujet de l'addiction au tabac sera développé dans le prochain journal de l'URPS.

Contact infos : Dr Nathalie LAJZEROWICZ

E-mail : parcours@agir33.fr

Nos médecins ont du talent



Christophe Breton, Marie Gouzien, Patrick Gouzien, Théo Dudermel, Sabine Rocca, Marine Etesse, Pascal Rocca, Gaëlle Bertheaux, Eric Breton, Sylvie Etesse, Philippe Thiébaud, Audrey Arestat, Michel Théboeuf, Paul-Henry Rocca.

Depuis l'enfance, je porte en moi cette double attirance : médecine et théâtre (beaucoup de médecins vous diront que c'est la même chose...).

Après avoir fait partie de la troupe du Lycée Saint Genès de Bordeaux, j'ai animé un Club théâtre à la fac de médecine de Bordeaux II au début des années 80. Puis, parallèlement à mon activité de remplaçant, j'ai intégré, en amateur, les spectacles de troupes professionnelles bordelaises.

Cette activité partagée dura près de dix ans mais mon installation rendit incompatibles mes horaires de médecin généraliste avec ceux des pros de la scène.

J'étais en manque de l'ambiance des salles obscures, des coulisses agitées, du passage de l'ombre à la lumière et du contact magique avec le public ainsi que de la camaraderie liant les comédiens œuvrant ensemble à un nouveau spectacle.

Je créais alors ma propre troupe de théâtre mêlant comédiens amateurs confirmés et amis chers à l'évident potentiel artistique.

Ainsi naquit la compagnie « Les fous de la Rampe » qui conjugue amitié et talent autour de projets allant de Brecht et Tchekov à des créations d'auteurs bordelais contemporains.

J'y mets en scène et joue à tour de rôle avec d'autres membres de la troupe selon qui porte notre spectacle annuel.

Notre compagnie abrite également un quatuor vocal dont je fais aussi partie, ayant abandonné les grands ensembles vocaux d'oratorios pour ce groupe amical de confrères aux répétitions plus adaptées à notre profession...

Car tout cela est chronophage et le temps une denrée précieuse dans notre métier... Pourtant, les bienfaits et le ressourcement que j'y trouve chaque semaine me semblent indispensables à mon équilibre médical et me font le préconiser aux étudiants en stage au cabinet ou auxquels j'enseigne dans le département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux.

Sans oublier le lien privilégié qui s'instaure avec les patients venus me voir sur scène et qui portent un nouveau regard sur leur médecin.

Dr Paul-Henry ROCCA

Billet d'humeur

La pénurie de plusieurs centaines de médicaments entrave l'activité de prescription des médecins libéraux



Entre 2008 et 2018, le nombre de médicaments signalés comme manquants a été multiplié par dix selon l'ANSM. Cette pénurie (650 en 2018) affecte des pathologies courantes qui touchent des millions de Français. Aucune spécialité n'est épargnée.

Les pouvoirs publics, par la voie de l'ARS, tentent de rassurer et de dédramatiser en invoquant systématiquement des difficultés liées à la fabrication (retards, incidents, capacités insuffisantes). Si toutes ces causes peuvent arriver dans tout processus de production, les autorités masquent un malaise profond sur le marché pharmaceutique français : la France fixe ses prix au plus bas.

La baisse à tout prix des dépenses sanitaires a entraîné délocalisations et sanctions des marchés. Bien sûr, c'est le moyen le plus facile de faire baisser les dépenses sanitaires de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie).

Retenons que :

- L'accès au marché pour les innovations thérapeutiques est nettement moins favorable en France que dans des pays comparables comme l'Allemagne ou l'Italie.

Le délai entre l'AMM et la commercialisation des innovations est de 106 jours en Allemagne contre 500 en France (hors Autorisation Temporaire d'Utilisation).



- Ces dix dernières années, cette politique de prix bas conduit à une pénurie qui entrave notre pratique quotidienne.

Dr Philippe MAGNET



En bref !

Une autre idée de la campagne

Afin de casser l'image de la médecine rurale, des médecins libéraux ont organisé la 1^{ère} Université d'été de la Médecine du Futur dans le Gers (Août 2019)

Autisme

Ne restez plus seuls face à votre diagnostic : cet été 14 plateformes d'Orientation et de Coordination (POC) ont vu le jour dans 14 départements dont 2 en Nouvelle-Aquitaine (33 et 86) – liste disponible sur le site de l'URPS ML

La médecine peut s'exercer jusqu'à 98 ans !

Le Dr Chenay est le plus vieux médecin en exercice et sa salle d'attente de Chevilly ne désemplit pas...

Noyade sèche

Une expression sans fondement scientifique formellement écartée par les spécialistes et ...

Les patients, rois du lapsus

On m'a mis une vulve cardiaque.....
..*vous croyez aux compliments alimentaires ?*.....*je ne veux pas de médicaments génétiques*.....*j'ai oublié ma carte vitale*.....*ma gastrologue m'a entubé*....

Dr Jocelyne MONROY

Les CPTS

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Prévues par la loi de modernisation de la santé de 2016, les CPTS sont une nouvelle forme d'exercice proposé aux professionnels de santé. En Nouvelle-Aquitaine l'URPS s'engage fortement dans ce dispositif pour accompagner les médecins libéraux.

Qu'est-ce qu'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ?

Une CPTS est un mode coordonné d'exercice ambulatoire au service d'une population. Elle regroupe des acteurs de santé pour répondre à un besoin en santé non ou insuffisamment couvert sur un territoire.

La CPTS doit permettre d'optimiser la coopération entre les professionnels de santé de ville et leurs partenaires.

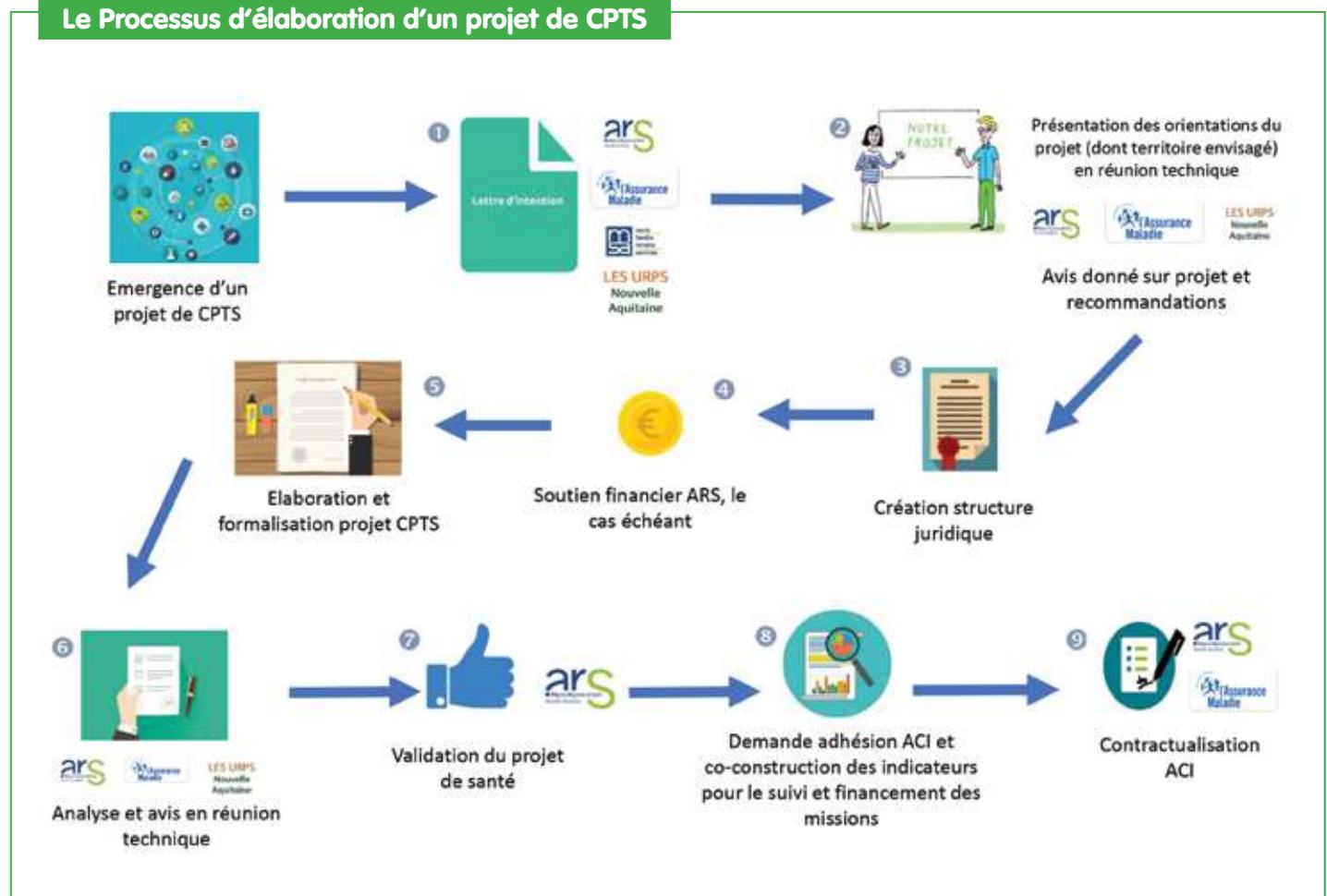
Elle constitue un cadre de coordination des acteurs de santé à l'échelle d'un territoire pour la prise en charge des patients.

Une CPTS émerge avant tout à partir d'initiatives des professionnels de santé eux-mêmes.

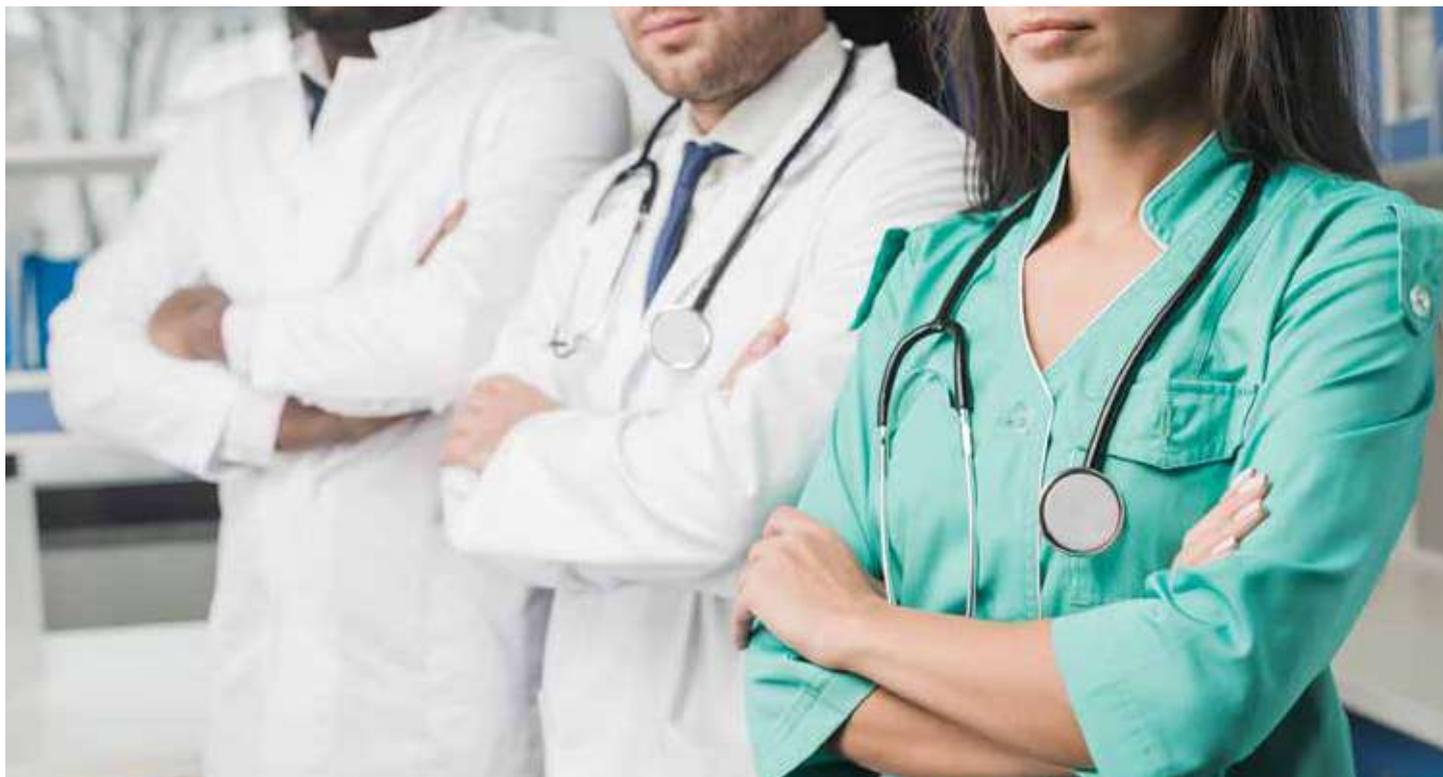


Comment créer une CPTS

Le Processus d'élaboration d'un projet de CPTS



Les CPTS



Quels sont les objectifs d'une CPTS ?

- Les CPTS visent à répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé qui souhaitent promouvoir les soins primaires et améliorer l'organisation des parcours des patients.
- Une CPTS ne vise pas seulement à améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur, mais aussi à organiser la réponse à un besoin en santé sur de la population d'un territoire.

Qui compose la CPTS ?

Les CPTS émanent de l'initiative d'acteurs de santé d'un territoire désireux de mieux travailler ensemble et d'améliorer leur coordination. Elles sont initiées prioritairement par des professionnels de santé de ville dans un cadre pluriprofessionnel.

En plus des professionnels de santé de ville, les acteurs suivants ont vocation à participer à la CPTS :

- Etablissements et services de santé
- Etablissements et services médico-sociaux
- Professionnels du social
- Acteurs de la prévention

Tous les professionnels de santé de ville sont invités à participer au projet de CPTS qui se constitue sur leur territoire.

Sur quel territoire ?

Il n'y a pas d'échelle territoriale fixée par les textes.

Le territoire d'action est variable selon les lieux, les personnes investies et les projets. Toutefois, ce territoire doit avoir du sens en termes d'offre de soins.

Il n'est ni trop grand pour que les professionnels de santé se connaissent et que la population s'y reconnaisse, ni trop petit pour couvrir une population significative et permettre de mobiliser un panel suffisant de ressources.

A terme, le maillage des CPTS devra couvrir la totalité de la région y compris les zones urbaines.



Les CPTS

Les acteurs qui vous accompagnent

L'URPS des médecins libéraux : l'Union vous accompagne

L'URPS ML NA est fortement mobilisée pour informer les médecins libéraux du dispositif et pour accompagner à sa mise en place. Elle travaille sur ce sujet en lien avec les autres URPS de la région (Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, podologues-pédicures, orthophonistes, orthoptistes, biologistes).

L'action de l'URPS ML consiste en :

- **La mise à disposition d'outils aidant à la création d'une CPTS :**

- lettre d'intention
- dossier type de projet de santé
- feuille de route
- statuts types

- **La mise à disposition d'outils aidant pour le fonctionnement de la CPTS :**

- plateforme de télémédecine
- rempla-aquitaine.org
- med+tv
- mesvaccins.net etc...

- Et bientôt un site internet inter-urps dédié www.cpts-na.org (création en cours)

Dr Imad CHAABAN
Karine FONTAINE-GAVINO

ACI : QUESACO ? Le rôle de l'Assurance Maladie

Avec la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) de juin 2019, les CPTS sont désormais dotées d'un cadre contractuel qui apporte un soutien financier en vue de favoriser la coordination entre professionnels de santé et de valoriser les réponses organisationnelles aux besoins spécifiques de la population de chaque territoire couvert.

Si les missions et les financements qui y sont liés sont fixés par l'ACI, l'initiative des projets comme les solutions concrètes d'organisation de la réponse aux besoins restent bien à la main des professionnels du territoire et certains indicateurs seront co-construits pour être adaptés à chaque organisation.

Ainsi, au-delà de l'apport financier du dispositif conventionnel, le réseau des Caisses d'Assurance Maladie sera pleinement mobilisé avec la volonté d'accompagner les porteurs de CPTS en proposant des outils et repères de la phase d'élaboration de leur projet, à commencer par le diagnostic territorial, et jusqu'à sa mise en œuvre.

En Nouvelle-Aquitaine, l'Assurance Maladie, la MSA, l'ARS et les URPS ont noué un partenariat pour mener une démarche partagée d'accompagnement des projets de CPTS afin de faciliter l'appropriation de ce nouveau cadre, favoriser sa diffusion, et soutenir la dynamique déjà bien engagée en région.

Hélène GORSE,
Assurance Maladie - Sous-Directrice Coordination
Régionale GDR-ICF Nouvelle Aquitaine



L'ARS : quel appui aux porteurs de projet ?

L'ARS Nouvelle-Aquitaine soutient le développement des CPTS, en lien avec la stratégie nationale « Ma santé 2022 » qui prévoit, à terme, une couverture totale du territoire. Ainsi, l'ARS s'engage conjointement avec les URPS et l'Assurance maladie dans la promotion du dispositif et dans l'accompagnement et le suivi des projets de CPTS.

Ce partenariat vise notamment à faciliter le travail des porteurs de projets de CPTS, grâce à des outils qui ont été co-construits avec les URPS, tels que le modèle de lettre d'intention et la trame-type de projet de santé. Par ailleurs, diverses réunions d'information sont organisées dans les territoires, afin de mieux faire connaître les CPTS, les missions obligatoires et optionnelles prévues, l'ACI et la rémunération associée à ces missions.

Chargée de valider le projet de santé et la pertinence du territoire d'action, pour chaque CPTS, l'ARS peut également apporter un appui à travers différents types d'accompagnement :

- La mise à disposition d'éléments de diagnostic territorial, en complément des données fournies par l'Assurance maladie ;
- Un appui financier pour aider les professionnels à formaliser leur projet à travers une aide forfaitaire de 15 000 €, sous réserve de la pertinence du projet ;
- La mise en relation des différents acteurs et l'articulation des différentes démarches de projet territorialisées (CPTS, PTA, PTSM, GHT...) ;
- Un accompagnement sur les solutions numériques via le GIP ESEA (outil pluriprofessionnel de coordination des parcours Paaco-Globule, usages spécifiques de la messagerie sécurisée de santé, accompagnement de projets de télémédecine...).

Samuel PRATMARTY, Agence Régionale de Santé
Directeur de l'offre de soins et de l'autonomie

Les CPTS

Les professionnels de santé témoignent



Les Pyrénées-Atlantiques : CPTS de la Soule, contrat signé

Comment s'est initié le projet de CPTS sur votre territoire ?

« Cet engagement n'est pas inné pour des médecins car cette profession a toujours été formée pour le soin, la thérapeutique et l'accompagnement individuel du patient ; il y a un lien très fort qui nous uni avec le patient. Notre difficulté est de dépasser ce modèle de fonctionnement pour aller sur une activité plus collaborative intégrant la notion de responsabilité populationnelle.

C'est un long cheminement qui nous a amené vers la CPTS. Nous étions en train de construire une Maison de Santé Pluriprofessionnelle avec quelques professionnels de santé. Il existe également un lien très fort des professionnels de ville avec les différents établissements du secteur car ceux-ci y exercent une activité. Par ailleurs, il nous fallait trouver une organisation attractive pour les jeunes médecins. »

Quels sont les professionnels et partenaires qui vous ont entouré pour construire la CPTS ?

« Nous avons obtenu un engagement de la majorité des professionnels de santé libéraux du territoire de la Soule. Les établissements de santé se sont aussi très vite engagés à nos côtés du fait que nous y étions intégrés. Les Soins à Domicile de Soule se sont intégrés comme structure médicosociale.

Les partenaires de notre projet : l'ARS, l'URPS ML Nouvelle Aquitaine, les communes du bassin de vie, la Communauté d'Agglomération du Pays Basque et le Conseil Départemental. »

Avez-vous rencontré des freins ?

« Les freins principaux étaient d'ordre technique. Il a fallu trouver une gouvernance adaptée. L'autre difficulté est la construction du projet de santé de la CPTS et n'étant pas des spécialistes de l'écriture de projet, nous avons eu besoin d'aides et heureusement que l'URPS ML a pu nous aider. »

Selon vous qu'est-ce que la CPTS peut apporter pour les professionnels de santé et les patients ?

« La CPTS apporte une organisation sur un territoire adapté aux professionnels de santé dans leur exercice quotidien. Elle fait le lien aussi entre les différentes organisations et permet de résoudre les problèmes de fonctionnement sur un territoire.

Pour exemple, en ce moment, nous avons un gros problème de démographie médicale avec des actions à mettre en place d'urgence. Le fait que la CPTS existe permet de rassembler les acteurs du territoire afin de trouver des solutions rapidement en lien avec les partenaires institutionnels tels que l'ARS, le Département, la CAPB et l'URPS. »

Dr Christian de GAYE,
Président Xiberoko Osagarri Batarzuna / CPTS de la Soule

En Haute Vienne : on y va, on n'y va pas...

Quels sont les freins identifiés et les réticences perçues sur votre territoire ?

« On nous demande beaucoup d'implication pour des retours minimes. Quel est l'intérêt pour un médecin de s'investir dans une CPTS ? Quelle serait notre motivation pour fonctionner comme ça ?

On nous demande de formaliser une organisation déjà en place. Nous n'avons rien à y gagner d'un point de vue organisationnel comme d'un point de vue financier. Il y a déjà plein de projets, plein de choses qui existent déjà, qui sont en place... Nous ne voulons pas de réunionites et perdre notre temps pour rien.

Et puis nous trouvons choquant que les missions socles reposent sur la seule responsabilité des médecins et que les autres professionnels de santé ne soient pas autant impliqués. Il n'y a pas de contraintes pour les autres professionnels, par contre le financement est pour tout le monde et tout le monde va bénéficier des subventions Mais les seuls responsables de ces missions socles c'est nous !!

Autre point aberrant : les fameux indicateurs qui rendent compte de l'avancée des missions ! Ces indicateurs devraient être construits par les professionnels de santé pour rendre compte de la réalité territoriale et non par les administratifs. Les indicateurs sont fléchés mais la réalité est différente selon que l'on se trouve en zone rurale ou en zone urbaine par exemple... »

Et enfin, les risques concernant la mise en place d'un réseau de soin. La loi Le Roux voulait déjà l'imposer en 2012. Avec les CPTS, le risque c'est que le réseau soit constitué par nous-même et se retourne contre nous. En effet, les patients sans médecin traitant seront orientés vers les médecins CPTS. Quid des non affiliés ? Et ils seront nombreux. Par la même, la liberté du choix du patient sera impactée »

Et malgré tout, qu'est-ce qu'une CPTS peut apporter aux professionnels de santé et aux patients ?

« Nous sommes d'accord sur l'intérêt de certaines missions : l'organisation de la prise en charge des soins non programmés fait l'unanimité.

Autre point positif : l'amélioration de la coordination pluriprofessionnelle pour qu'on échange entre nous et qu'on améliore la prise en charge et le suivi du patient. Etablir des protocoles sur la prise en charge des patients, c'est très bien. Ce n'est pas ce qui nous freine. Au contraire.

C'est le formalisme qui rebute. La protocolisation du soin qui ne prend pas en compte l'humain et le patient. On ne peut pas coller un protocole uniformisé pour tout le monde et partout. »

Dr Mickaël FRUGIER

Des questions sur les CPTS ?

Pour toute information, contactez l'URPS des médecins libéraux :
commissions@urpsml-na.org ou au 05 56 56 57 11

Actualités

Zoom sur les urgences en Nouvelle-Aquitaine et actualités

La presse nous abreuve régulièrement d'informations sur la saturation des services d'urgence, le temps d'attente et le mécontentement des patients ainsi que les incidents et accidents s'y produisant.



Les journalistes enquêtent presque exclusivement dans les hôpitaux publics et semblent ignorer que les établissements privés participent grandement à l'accueil des patients dans leurs services d'urgence.

La problématique est la même (saturation) que celle des établissements publics comme en témoignent régulièrement nos médecins régulateurs dans les centres 15.

La ministre de la santé Madame Agnès Buzyn a lancé une « grande » concertation et l'ensemble des représentants de la profession va être interrogé.

Lors de la conférence de presse du 9 septembre 2019 la ministre de la Santé Madame Agnès Buzyn propose les 12 mesures suivantes :

Mesure 1 : Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS)

Mesure 2 : Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé

Mesure 3 : Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences

Mesure 4 : Offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients

Mesure 5 : Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences

Mesure 6 : Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU

Mesure 7 : Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés

Mesure 8 : Renforcer et connaître les compétences des professionnels des urgences

Mesure 9 : Lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical

Mesure 10 : Réformer le financement des urgences

Mesure 11 : Renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences

Mesure 12 : Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées

Quelques réactions de médecins...

« On n'y voit aucune mesure d'éducation de la population pour lutter contre un consumérisme médical certain »

« Faciliter l'hospitalisation directe depuis la ville sans passer par les urgences »

« La délégation de compétences ne peut être validée que par la profession »

Mesure 1 : « En fonction de l'heure (pas à toute heure pour tout) »

Mesure 2 : « En médecine générale l'offre sur rendez-vous existe. Il faut la faire connaître et la valoriser »

Mesure 3 : « et la même rémunération ! »

Mesure 4 : « NON sans passer par la case médecins (accord) soit par une disponibilité en consultation, au téléphone ou téléconsultation »

Mesure 5 : « = Plateforme Territoriale d'Appui et hospitalisation directe au service de gériatrie »

Mesure 7 : « oui mais vers les médecins de garde »

Mesure 8 : « et des MG libéraux »

Mesure 9 : « avec sanctions »

Mesure 10 : « avec équité public/privé »

Mesure 11 : « et des médecins généralistes de garde »

Mesure 12 : « Réformer le financement mais surtout oser renvoyer les usagers vers l'existant de ville » ; « avec ré-adressage à la médecine de ville »

Actualités

Les passages aux urgences en Nouvelle-Aquitaine

Quelques chiffres

1 744 276

passages aux urgences déclarés à la SAE en 2018

4 841

en moyenne passages aux urgences par jour

+ 2,6 %

d'évolution entre 2017 et 2018

+ 2,8 %

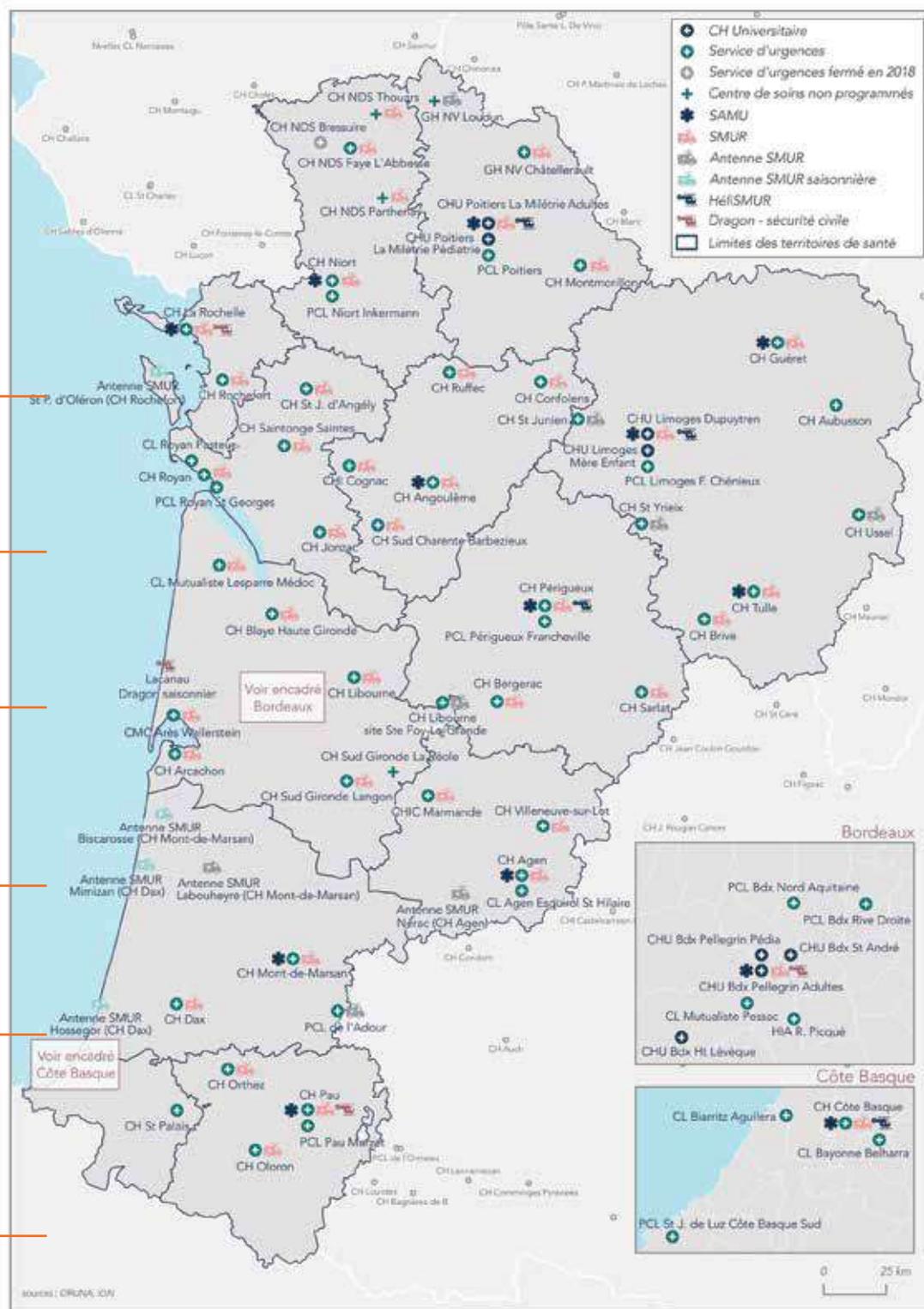
d'évolution annuelle moyenne sur les 10 dernières années

+ 31,7 %

d'évolution entre 2008 et 2018

+ 34 263

passages aux urgences en 2018 par rapport à 2017



Pour en savoir plus sur chaque territoire :
ORU Nouvelle Aquitaine - 23 quai de Paludate 33000 Bordeaux
 Tél. 05 56 90 71 41 - contact@oruna.fr - www.oruna.fr

Personnes âgées

Maltraitance envers les personnes âgées : l'URPS ML NA s'engage

L'URPS ML NA a décidé de s'impliquer dans cette lutte en informant les médecins, en les incitant à la vigilance, en leur donnant les contacts pour le signalement et en leur fournissant une affiche à mettre dans leurs salles d'attente.

Aujourd'hui la France compte 1,5 million de personnes âgées de 85 ans et plus. A l'horizon 2050, les personnes âgées seront 4,8 millions. Parmi l'ensemble des mesures prises suite à la « Concertation Grand Age » lancée par la Ministre de la santé, Agnès Buzyn, figure la promotion de la bientraitance en renforçant la prévention et en développant la lutte contre toutes les formes de maltraitance. En 2017, une personne âgée sur dix a été victime de maltraitance dans son environnement. Il s'agit d'un problème qui risque de s'accroître compte tenu du vieillissement rapide de la population.

La maltraitance est une violence se caractérisant par « tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou à sa sécurité financière » Conseil de l'Europe - 1987

La maltraitance des personnes âgées peut prendre différentes formes :

• **Les maltraitances psychologiques** : elles se traduisent par une dévalorisation de la personne, des insultes, des menaces, une culpabilisation, des humiliations, du harcèlement...

• **Les maltraitances physiques** : coups, mais aussi dans le cas de personnes âgées en perte d'autonomie, des soins brutaux, des contentions non justifiées...

• **Les maltraitances financières** : vols, procurations abusives, escroqueries...

• **Les maltraitances médicales** : un excès ou une privation de médicaments, une privation de soins, une douleur non prise en charge, des abus de sédatifs...

• **Les maltraitances civiques** : limitation des contacts avec l'extérieur, mise sous tutelle abusive...

• **Les maltraitances par inadvertance** : ce sont des négligences passives sans intention de nuire. Elles surviennent principalement par manque d'information ou de connaissance, de formation, par épuisement... Les auteurs de ces négligences sont maltraitants sans le vouloir et le savoir.

• **Les maltraitances intentionnelles** : ce sont des négligences actives avec intention de nuire.

Des moyens existent pour signaler des actes de maltraitance et pour prévenir les situations de maltraitance qui interviennent souvent dans des situations critiques d'épuisement des proches ou des professionnels.

Les conduites à tenir :

- Prendre en considération la parole de la personne vulnérable et son ressenti pour être attentif à toute forme d'expression de souffrance
- Ne pas rester isolé en tant que professionnel dans une telle situation et mutualiser la réflexion dans un cadre professionnel
- Associer la personne âgée à toute action engagée : la dimension éthique dans cette action de lutte contre la maltraitance demeure essentielle.

Obligations légales :

Il est inscrit dans le Code Pénal que tous les actes de maltraitance prouvés ou présumés doivent faire l'objet d'un signalement au Procureur de la République.

En fonction de l'urgence et de la gravité de la situation, il existe plusieurs solutions :

- Appeler le 39 77, la plate-forme nationale

d'écoute contre la maltraitance gérée par ALMA, l'Association Allo Maltraitance des personnes âgées et ou des personnes handicapées, qui dispose de centres d'écoute

• **En cas d'urgence**, la situation de maltraitance doit être signalée au Procureur et aux services de Police ou de Gendarmerie

• **En maison de retraite ou établissement** : contacter l'ARS et le conseil départemental qui ont une mission de contrôle

• **Lorsque la personne est sous tutelle ou curatelle**, la maltraitance peut être signalée à son tuteur ou son curateur qui pourra accompagner la personne dans ses démarches ou la représenter. Si la maltraitance est le fait du tuteur ou du curateur, le signalement doit se faire auprès des juges des tutelles ou au Procureur de la République

Sources : CNSA

Dr Dany GUERIN

Karine FONTAINE-GAVINO



Journal édité par l'Union Régionale
des Professionnels de Santé Médecins
Libéraux Nouvelle-Aquitaine
- Octobre 2019 -

ISSN 2553-9213

105 rue Belleville - CS 71 241

33074 Bordeaux cedex

Tél. 05 56 56 57 10 - Web : urpsml-na.org

Courriel : secretariat@urpsml-na.org

Responsable de la publication :

Philippe ARRAGON-TUCOO

Président de l'URPS - ML Nouvelle-Aquitaine

Comité de rédaction :

Florence BOURGUIGNON - Nicolas BRUGERE

Jean-Luc DELABANT - Dominique DISCAZEUX

Philippe DURANDET - Dany GUERIN

Jocelyne MONROY - Bruno SARDA

Ont participé à ce numéro :

Philippe ARRAGON-TUCOO - Imad CHAABAN

Jean-Luc DELABANT - Karine FONTAINE-GAVINO

Mickaël FRUGIER - Christian de GAYE - Hélène GORSE

Dany GUERIN - Philippe MAGNET

Samuel PRATMARTY - Paul-Henry ROCCA

Coordination :

Marie-Rose POPINEAU

Dessin :

Philippe TASTET

Design graphique :

www.junglecactus.fr

Les
**MÉDECINS
LIBÉRAUX**
de Nouvelle-Aquitaine
s'engagent

aux côtés des femmes
**pour le dépistage
du cancer du col
de l'utérus**

LE DÉPISTAGE,
JE M'Y **COL!**



Parlez-en à votre médecin généraliste
ou à votre gynécologue.

**Ils sont là pour répondre à toutes vos questions
et vous accompagner.**