

Éditorial

Par Philippe Arramon-Tuoco

Président de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine

Chère Consœur, cher Confrère,

Faute d'anticipation au sujet de la problématique de la démographie médicale, pourtant annoncée depuis des années, voici venu le temps des constats sur le terrain et des propositions d'organisation plus ou moins heureuses quant à leur complexité et leur efficacité.

Pour autant, le problème est bien réel et peut durer une bonne dizaine d'années. Fort heureusement, notre grande région n'est pas touchée dans son intégralité même si les zones critiques sont et seront nombreuses.

La médecine libérale se doit de prendre sa part, toute sa part, dans la mise en place de solutions innovantes nécessaires pour apporter sur tout le territoire l'égalité de prise en charge que nous devons aux patients et plus généralement aux citoyens intégrant ainsi les dépistages, la prévention et l'éducation thérapeutique.

Il nous faut, sur le terrain, prendre notre place avec les autres professionnels de santé dans les différents types de structurations proposés et détaillés dans ce journal. Mais pas seulement, car les initiatives du terrain peuvent être parfois plus efficaces et on le vérifie bien souvent. C'est du terrain qu'on sent les choses et le besoin de faire.

Les consultations avancées et les téléconsultations doivent être mises en place là où c'est nécessaire afin d'aider les confrères généralistes. Il faut donc connaître leurs besoins réels sur le plan qualitatif et quantitatif afin que les autres spécialistes, à distance, puissent se positionner en connaissance de cause.

De nouvelles organisations sont donc à mettre en place, ce qui se fait petit à petit et l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine s'y emploie pour nous tous. Nous sommes là pour être facilitateurs et à votre écoute pour que la médecine libérale garde sa place indispensable dans le premier et le deuxième recours en tout point du territoire.

Meilleurs vœux à toutes et tous pour cette nouvelle année.

Bien confraternellement.

LA VACCINATION DANS LES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE



À lire dans ce numéro

p 2

Le Carnet de Vaccination Electronique...

Pôle de Santé dans les Landes : stop ou encore ?

p 3

Glyphosate (Roundup) Communiqué de presse

Billet d'humeur sur la e-reputation

p 4-5

Actualité sur le VIH/Sida en Nouvelle-Aquitaine

p 6-7

Coordination de proximité des professionnels de santé : nouvelles organisations

La Médecine est un art, nos médecins sont des artistes

Dans ce journal :

Le calendrier 2018,

Une fiche-conseil sur les Violences Faites aux Femmes
Un feuillet pour mettre à jour vos coordonnées

La vaccination dans les cabinets de médecine générale

Les solutions de l'URPS : le Carnet de Vaccination Electronique et une politique de mise à disposition des vaccins dans les cabinets de médecine générale

Aujourd'hui, la protection vaccinale de la population est menacée par une augmentation importante de l'hésitation vaccinale, particulièrement marquée en France : une étude récente place la France en tête des pays les plus hésitants sur la vaccination dans le monde.

Un ensemble de raisons expliquent cette situation :

- 1 La vaccination est confrontée à des polémiques à fort retentissement médiatique.
- 2 La distinction entre obligations vaccinales et recommandations vaccinales est mal interprétée.
- 3 Les recommandations vaccinales sont complexes et évoluent rapidement. Cette situation rend difficile leur compréhension et leur application effective par les professionnels de santé.
- 4 Le médecin doit prendre des décisions alors qu'il ne dispose pas de toutes les informations nécessaires, notamment d'un historique vaccinal complet.
- 5 Le manque de collaboration interprofessionnelle (par exemple, le médecin généraliste n'est pas correctement informé des vaccinations grippales réalisées par les infirmiers ou les pharmaciens).

Les bénéfices de MesVaccins.net pour la santé publique peuvent être résumés de la manière suivante :

- 1 Responsabilisation et empowerment des patients.
- 2 Les patients bénéficient de l'envoi par courriel des rappels des prochaines échéances vaccinales.



- 3 Les professionnels de santé disposent à la fois d'une aide à la décision vaccinale et d'un outil de développement professionnel continu. Le système propose au médecin, dans le temps de la consultation, une information personnalisée adaptée à la situation du patient (selon l'âge, le sexe, les conditions de vie et de travail, l'existence d'une maladie chronique) et les justifications des recommandations vaccinales.
- 4 L'amélioration du parcours vaccinal et de la traçabilité vaccinale.
- 5 La lutte contre l'hésitation vaccinale qui est alimentée par des doutes sur l'efficacité et la tolérance des vaccins.
- 6 La production en temps réel de données factuelles concernant la couverture vaccinale et la pharmacovigilance des vaccins.

La généralisation de l'usage du carnet de vaccination électronique dépend pour une large part de son intégration aux logiciels de gestion de cabinet médical.

Une application mobile pour les professionnels de santé, disponible depuis fin août 2017, simplifie la gestion du carnet de vaccination électronique et son partage avec les personnes.

L'objectif est qu'à terme chaque citoyen, chaque professionnel de santé, ait une vision claire et précise du rapport bénéfices-risques pour chaque vaccination, quels que soient le contexte et les facteurs de risque individuels.

L'URPS ML NA vous donne accès gratuitement à mesvaccins.net avec le code : **URPSMLNA**.

Pour ceux qui ne l'utilisent pas encore, vous pouvez commencer à découvrir cet outil et ses fonctionnalités sur : www.mesvaccins.net

Un groupe de travail de l'URPS, en collaboration avec l'ARS et les CPAM, a initié une réflexion sur la possibilité de mettre à disposition des vaccins dans les cabinets de médecine générale volontaires.

Pôle de Santé dans les Landes : stop ou encore ?

Je vous livre la suite de la genèse du projet du Pôle de Santé multi-sites Amou Pomarez, dans les Landes.

Les deux premières étapes ont été réalisées : projet de santé validé par l'ARS et constitution de la SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). Mais il demeure un troisième et dernier obstacle : la complexité administrative et la difficulté d'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé à un logiciel pluri-professionnel, sur un pôle multi-sites, multi-cabinets médicaux et paramédicaux. Cette étape est incontournable pour

accéder à la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (A.C.I.) et assurer des financements significatifs et pérennes.

L'obstacle n'est franchi que par un des sites du Pôle et le projet se poursuit uniquement pour le site d'AMOU regroupant tout de même 19 professionnels de santé et l'EHPAD. L'ACI devrait être signé prochainement.

La Fédération des pôles et MSP de la Nouvelle-Aquitaine (<http://www.fnampos.fr/>) a apporté des éléments très intéressants et décisionnels lors de la journée d'information

du 30 septembre dernier à Mont-de-Marsan La DT40 de l'ARS et la CPAM des Landes ont continué à soutenir le projet.

Conclusion : il n'y a pas qu'un mode d'exercice de la médecine, la formation d'un pôle avec plusieurs cabinets médicaux est finalement plus complexe et chronophage que prévu. Enfin, à ceux qui se lanceraient dans l'expérience, Pierre de Coubertin aurait dit : « Chaque difficulté rencontrée doit être l'occasion d'un nouveau progrès »

Dr Guillaume Darmaillacq

L'URPS prend parti



Glyphosate (Roundup) Communiqué de presse de l'URPS

L'Union Régionale des médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine (URPS ML NA) et l'association Alerte Médecins Pesticides (AMLP) demandent à la France de ne pas voter le renouvellement d'autorisation du Glyphosate et appellent à la vigilance sur les Perturbateurs Endocriniens présumés.

« En ce 4 octobre, date où la Commission Européenne doit prendre une décision sur l'utilisation du Glyphosate, la Commission Santé et environnement de l'URPS-ML Nouvelle-Aquitaine et l'association Alerte Médecins Pesticides souhaitent communiquer sur les dangers des pesticides pour la santé des populations de la région Nouvelle-Aquitaine.

L'URPS ML Nouvelle-Aquitaine et l'association Alerte Médecins Pesticides demandent à la France de ne pas voter le renouvellement d'Autorisation du Glyphosate en se fondant sur le rapport du CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer) qui classe cette molécule au niveau de cancérigène probable. Les médecins libéraux pensent que le doute doit toujours bénéficier à la santé publique.

Par ailleurs, suite à la décision prise cet été par l'Europe sur la définition des perturbateurs endocriniens, l'URPS-ML et l'AMLP souhaitent que la notion de perturbateurs endocriniens présumés soit reconnue et permette ainsi la mise à l'écart de nombre de produits.

Quid du principe de précaution ?

Les médecins souhaitent prendre une part plus active à la nécessaire éducation sanitaire de la population. Rappelons que les médecins libéraux de terrain représentent un maillage fin du territoire incontournable pour diffuser les messages de prévention !

Dr Philippe Arramon-Tuoco,
Président de l'URPS-ML NA

Dr Pierre-Michel Périnaud
Président d'Alerte Médecins Pesticides

Retours dans les médias

Un appel des médecins libéraux entendu et relayé par les médias

La prise de position de l'URPS-ML Nouvelle-Aquitaine et de Alerte des Médecins sur Les Pesticides (AMLP) concernant le danger des pesticides pour la santé des populations de la région Nouvelle-Aquitaine a su attirer l'attention des médias, et donner une dimension nouvelle au sujet du renouvellement d'autorisation du Glyphosate.

Une intervention qualifiée d'inattendue par le site What's up doc ?, qui a permis au Docteur Jean-Luc Delabant de rappeler l'importance de la santé environnementale dans les missions de l'URPS-ML, et l'existence originelle d'une commission, qu'il préside, spécialement dédiée à ce sujet.

Interviewés par France Bleu Gironde, les Docteurs Delabant (URPS-ML) et Périnaud (AMLP) ont rappelé que le Glyphosate est classé au rang de « cancérigène probable »

par un rapport du Centre International de recherche contre le Cancer.

Ils interpellent les lecteurs sur le rôle majeur joué par l'environnement dans les questions de santé, et le danger que représente l'utilisation du Glyphosate, aussi bien pour les agriculteurs qui le manipulent que pour la population consommatrice des produits issus de cette agriculture.

Les deux médecins alertent sur le fait que l'efficacité de ce produit ne doit en aucun cas se substituer aux effets désastreux qu'il peut avoir sur la santé de la population.

Le journal « Le Républicain », quant à lui, évoque le principe de précaution, mentionnant le souhait de l'URPS-ML et de l'AMLP que la notion de perturbateurs endocriniens présumés soit reconnue et permette la mise à l'écart de l'ensemble des produits concernés.

Billet d'humeur sur la e-reputation

Chères consocuers, chers confrères,



Avez-vous tapé votre nom sur Google ?

Peut-être faites-vous l'objet d'avis.

Vous découvrirez des auteurs invérifiables, des compliments...parfois diffamatoires.

Vous n'êtes pas prévenu de la publication des avis, or vous n'avez que 3 mois pour les contester à partir de la première publication.

Certes internet revendique un espace de liberté. Mais la liberté des opinions est-elle sans limite ?

Le « fais ce que voudras » rabelaisien n'est-il pas suivi d'une liste de recommandations ?

En théorie il existe un encadrement juridique :

- La loi du 07 octobre 2016 pour une république numérique.
- La loi LCEN (loi sur la confiance en l'économie numérique) du 21 juin 2004 qui prévoit un principe d'exonération de responsabilité pour les prestations techniques.

Conseil de l'ordre et assureurs connaissent le problème mais en pratique c'est différent.

Google ne respecte pas les obligations de la loi du 07 octobre 2016. L'utilisation des fonctionnalités obligatoires n'est suivie d'aucun effet. De même Google ne répond pas au courrier avec AR.

Au niveau individuel, c'est gênant parce que c'est écrit, marqué.

Au niveau de la profession, insinuer, calomnier, jeter l'anathème n'est pas sans conséquence. L'actualité donne des exemples.

Voici quelques propositions :

- **Obtenir de Google qu'il ne publie que des avis :**
 - De personnes pouvant être identifiées (copie de la carte d'identité).
 - De personnes pouvant prouver qu'elles ont effectivement consulté (copie du remboursement des actes avec la date).
- **Disposer d'un droit de réponse.**

Cela serait un premier pas vers plus d'équité et de responsabilité.

Google n'étant pas l'abbaye de THELEME je pense qu'il est temps, chères consocuers, chers confrères, de se faire respecter. Pourquoi ne pas organiser nous-même notre e-réputation ? l'URPS n'est-elle pas la meilleure structure pour cela ? !

Dr Gérard Bossevain

Actualités sur le VIH/Sida en

Dans la perspective de la 9^{ème} Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites qui rassemblera de l'OMS et d'ONUSIDA du 4 au 7 avril 2018, l'URPS a décidé de faire le point sur le sida en 2017. Trois



Pr François Dabis,
Directeur de l'Agence Nationale
de Recherche sur le Sida et
les hépatites virales (ANRS)
Président du COREVIH
Nouvelle-Aquitaine



Pr Philippe Morlat,
Chef de Service Médecine Interne
et Maladies Infectieuses CHU
Bordeaux



Dr Jean-Michel Delile,
Médecin psychiatre,
Directeur du CEID (Comité d'Etude
et d'Information sur la Drogue),
Membre de la Commission Nationale
des Stupéfiants

COREVIH Aquitaine

Hôpital Le Tondu - Place Amélie Raba Léon
33076 Bordeaux Cedex
corevih@chu-bordeaux.fr
Tél : 05 56 79 56 06

Contexte épidémiologique

Pr François Dabis

L'épidémie à VIH/Sida est insuffisamment contrôlée en France et le virus VIH continue à se propager notamment dans plusieurs populations clé et groupes vulnérables comme les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les personnes migrantes des deux sexes (au moins la moitié d'entre eux se contaminerait une fois en France, dans un contexte de précarité sociale).

On estime à environ 6000 par an le nombre de nouvelles contaminations sur le territoire français, ce chiffre restant stable depuis au moins cinq ans.

La région Nouvelle-Aquitaine est une région représentative de la situation de l'épidémie en France, hors Ile-de-France.

On estime qu'en Nouvelle-Aquitaine il y a eu 400 nouvelles contaminations pendant l'année 2014.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH mais ne le sachant pas y était estimé à 1 400, dont deux tiers pour l'ex-Aquitaine. On ne dispose pas pour l'instant de données par unité géographique telle que les cantons, mais il y a de nombreux arguments permettant d'estimer qu'une grande partie des contaminations dans notre région a lieu dans les zones urbaines, notamment à Bordeaux.

Les réponses à apporter

Des succès indéniables ont été obtenus dans la prévention, le dépistage, l'accès à la prise en charge et au traitement des personnes vivant avec le VIH et dans leur suivi au long cours des vingt dernières années. Sur la base des données épidémiologiques actuelles, une nouvelle étape est absolument nécessaire pour atteindre le stade où l'épidémie serait considérée comme maîtrisée. C'est à partir de ce moment-là qu'il faudrait considérer le dispositif comme satisfaisant et le maintenir pérenne tant qu'un moyen de guérison de l'infection à VIH et/ou un vaccin préventif n'auront pas été mis au point.

La régionalisation des activités de la lutte contre le VIH/Sida au travers des Coordinations Régionales de la lutte contre le Virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) a été adaptée en 2017 à la nouvelle découpe territoriale. Sur proposition de l'Agence Régionale de Santé, le CHU de Bordeaux a intégré dans ses attributions le COREVIH Nouvelle-Aquitaine.

La Nouvelle-Aquitaine dispose de nombreux acteurs de prévention, soins et recherche exerçant au sein de dispositifs associatifs, hospitaliers, universitaires et dépendant des collectivités territoriales. Leur organisation et leur coordination pourraient néanmoins être optimisées et renforcées dans l'objectif de maîtriser plus rapidement l'épidémie.

Qu'est-ce que la PrEP (prophylaxie pré-exposition) au VIH ?

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est une nouvelle stratégie de prévention du VIH.

Son principe est simple : il s'agit de proposer à une personne qui n'est pas porteuse du VIH, qui n'utilise pas systématiquement de préservatif lors de ses rapports sexuels et qui est à haut risque de contracter le VIH, un médicament actif contre ce virus afin de réduire voire d'empêcher le risque de le contracter.

Pour les promoteurs, ce principe n'est pas nouveau : la PrEP protège du VIH comme, par exemple, certains médicaments protègent du paludisme.

Il ne faut pas confondre la PrEP avec le traitement d'urgence (dit « traitement post-exposition » ou « TPE ») qui doit être pris au plus tard dans les 48h00 après un risque et qui dure un mois.

Il est important de noter que la PrEP, comme le TPE, ne protège que du VIH et pas des autres infections sexuellement transmissibles (gonorrhée, condylomes, chlamydia, hépatites A/C, syphilis, etc.). Il est donc important de faire faire un dépistage régulier des IST pour les patients à qui est prescrit la PrEP.

Le Truvada® - et sa forme générique, disponible depuis juillet 2017 à un coût bien moindre - est le seul médicament aujourd'hui disponible pour la PrEP. C'est un traitement antirétroviral qui combine deux molécules anti-VIH : l'émtricitabine et le ténofovir disoproxil fumarate. Il est utilisé depuis une dizaine d'années avec efficacité sur des personnes vivant avec le VIH, avec une très bonne tolérance globale.

Plusieurs études ont montré qu'il était également efficace pour empêcher une contamination par le VIH. Voilà pourquoi le ministère de la Santé a autorisé l'utilisation du Truvada en PrEP par un arrêté publié au journal officiel le 31 décembre 2015.

À l'heure actuelle, le Truvada® - et sa forme générique - est le seul médicament qui a une efficacité démontrée pour un usage en PrEP.

Des études sont en cours afin d'identifier si d'autres substances sont efficaces, elles aussi, pour la PrEP.

Nouvelle-Aquitaine

à Bordeaux 1200 professionnels de santé, chercheurs et décideurs des politiques de santé sous l'égide experts reconnus ont accepté de nous éclairer.

Traitement anti-VIH en 2017

5 questions au Pr Philippe Morlat

Quels sont les objectifs du traitement anti-VIH ?

A titre individuel, l'objectif principal du traitement antirétroviral (ARV) est d'empêcher la progression vers le sida et le décès en maintenant ou en restaurant un nombre de lymphocytes CD4+ > 500/mm³. Pour atteindre ce but et diminuer les effets pathogènes du VIH, le traitement ARV doit contrôler la réplication virale avec l'objectif de rendre la charge virale plasmatique < 50 copies/ml.

Quand faut-il initier le traitement ?

Il est recommandé que toute personne infectée par le VIH bénéficie d'un traitement ARV le plus tôt possible après le diagnostic. Cette recommandation émise par la France dès 2013 a été reprise par l'OMS en 2015.

La décision d'initier un traitement ARV chez toute personne VIH tient compte non seulement des bénéfices majeurs apportés sur la morbi-mortalité liée à l'infection par le VIH (espérance de vie désormais proche de celle de la population générale) mais aussi de la réduction majeure du risque de transmission du VIH à un(e) partenaire (réduction du risque de transmission sexuelle du VIH de l'ordre de 95% chez les personnes sous traitement ARV

dans plusieurs études réalisées au sein de cohorte de couples séro-différents en Afrique).

Quel est le traitement de première ligne ?

Plus de 20 ARV dans six classes médicamenteuses sont actuellement disponibles. En 2017, le traitement de première ligne reste une trithérapie associant 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse avec un 3^{ème} agent et il existe de nombreuses options validées en termes d'efficacité immunovirologique.

Le choix du premier traitement doit être individualisé avec le patient, l'objectif étant d'atteindre un niveau maximal d'observance. Le choix du premier traitement fait notamment intervenir :

- le niveau de charge virale (< ou > à 100 000 copies/ml),
- la tolérance attendue du traitement,
- la facilité de prise en fonction des conditions et du rythme de vie du patient,
- les interactions médicamenteuses attendues avec d'éventuels autres traitements concomitants,
- les comorbidités, en particulier cardiovasculaire, rénale, hépatique, les conduites addictives et les troubles psychiatriques,
- le coût du traitement (5 300 à 12 000 € annuels / les génériques y trouvant une place croissante).

Le traitement ARV initial peut être ultérieurement modifié selon des critères de tolérance ou d'efficacité.

Le traitement anti-VIH peut-il être utilisé de manière préventive ?

Il est important de savoir que les ARV peuvent également être utilisés dans un cadre préventif chez des personnes non infectées par le VIH (accidents d'exposition sexuelle ou au sang/liquide biologique, voire plus récemment prophylaxie pré-exposition (PrEP) chez des personnes à très haut risque d'acquisition du VIH.

Le médecin traitant a-t-il une place dans cette prise en charge, aujourd'hui toujours très hospitalo-centrée ?

Le renouvellement d'une prescription hospitalière peut être réalisé par un médecin libéral dans la limite d'une durée d'un an au terme duquel une nouvelle visite spécialisée doit être réalisée.

Le rôle du médecin traitant est essentiel pour favoriser l'observance du traitement, la prise en charge des co-morbidités, tout en veillant aux risques d'interactions médicamenteuses de ses prescriptions avec les ARV.

VIH et usages de drogues : restons vigilants !

Dr Jean-Michel Delile

Au milieu des années 1980, l'usage de drogues par voie injectable était un mode majeur de transmission du VIH au plan national et même le principal en Aquitaine.

La lutte contre les toxicomanies avait conduit à la pénalisation des usages, à un contrôle strict de l'accès aux seringues et à des politiques de santé fondées sur le seul objectif d'abstinence.

Les difficultés d'accès aux matériels d'injection et à des soins adaptés aux attentes des usagers avaient contribué ainsi à la transmission massive du VIH dans cette population avec des conséquences dramatiques en termes de morbidité et de mortalité.

Il fallait donc changer de politique, c'est ce que décida la ministre de la santé, le Dr Michèle Barzach, avec le décret de libéralisation de la vente des seringues en pharmacie du 13/05/1987. Cette mesure inaugurerait une nouvelle politique de santé publique, ouverte

à la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) liés aux usages de drogues et non plus à la seule poursuite de l'objectif exclusif d'abstinence.

Cette politique fut amplifiée par la suite avec le développement des programmes d'échanges de seringues, l'accès facilité aux traitements de substitution aux opiacés, l'inscription de la RdRD dans la loi de santé publique en 2004, la création des CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) depuis 2005 et l'expérimentation en cours des salles de consommation à moindres risques (SCMR) à Paris, Strasbourg et bientôt Bordeaux.

Cette politique de RdRD a été très efficace avec une diminution drastique de la transmission du VIH chez les usagers de drogues. Ce succès a largement été documenté dans la littérature internationale.

Toutefois, certains indicateurs restent encore aujourd'hui préoccupants (Cazein et al. AIDS,

2016, 30:11, 1857). L'incidence du VIH chez les usagers de drogues (86/100 000 cas-année) est près de 20 fois plus élevée que celle estimée chez les hétérosexuels de nationalité française, et le double de celle estimée chez les hétérosexuels de nationalité étrangère. Les usagers de drogues sont encore aujourd'hui plus souvent dépistés à un stade tardif de la maladie : 38% des usagers sont dépistés à un stade tardif contre 17% des HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) et 33% des hétérosexuels.

Par ailleurs, diverses études tendent à mettre en évidence une reprise des pratiques à risques (partage de seringues et de matériel) notamment dans certains sous-groupes d'usagers de drogues (jeunes, Chemsex/slam en milieu HSH...).

De grandes avancées donc mais la vigilance doit rester de mise et les actions de RdRD s'amplifier encore !

Coordination de proximité des professionnels de santé : nouvelles organisations

Organisation des parcours de santé, coordination des acteurs : de nouvelles possibilités que les médecins libéraux ne devraient pas bouder !



Le Ministère des affaires sociales et de la santé, à travers la loi de modernisation par une instruction de la DGOS du 2/12/2016, s'attache à répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé qui souhaitent promouvoir les soins primaires et l'amélioration de la structuration des parcours. Pour ce faire, la loi a créé les Equipes de Soins Primaires (ESP), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA). Il est apparu important à l'URPS des Médecins Libéraux de diffuser ces informations et d'encourager les médecins libéraux à se saisir de ces possibilités, d'autant que le Ministère a clairement annoncé qu'en l'absence de mobilisation des médecins de terrain, les ARS pourraient, elles-mêmes, mettre en place ces dispositifs à leur façon.

Equipes de Soins Primaires (ESP)

Il s'agit d'une organisation de coordination de professionnels de santé du 1^{er} recours pour améliorer les parcours de santé de leurs patients sur leur territoire d'action.

1 L'initiative de création d'une ESP peut revenir à tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premiers recours avec au moins un médecin généraliste.

2 Le projet de santé d'une ESP couvre des thématiques variées issues du choix de ses membres (par exemple : prise en charge des personnes vulnérables, soins palliatifs à domicile, réponses aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets...).

Il se limite au territoire de la patientèle des membres de l'ESP.

3 Le projet est transmis à l'ARS en vue de la signature d'un contrat qui déclinera les engagements réciproques des acteurs. L'absence d'engagement contractuel avec l'ARS ne fait pas opposition à la création d'une ESP.

Dans ce cas cependant l'ESP ne pourra pas bénéficier des avantages d'un contrat, en particulier financiers.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Il s'agit d'une coordination d'acteurs autour d'un ou plusieurs projets répondant à un besoin de santé bien identifié d'une population sur un territoire.

En pratique :

1 Faire un diagnostic : définir un besoin de santé précis sur une population bien identifiée.

2 Proposer un projet de santé pour y apporter des solutions au travers d'une coordination d'un ou plusieurs des acteurs suivants : professionnels de santé de ville du 1^{er} et 2^{ème} recours, établissements privés ou publics et structures du médico-social.

Ce projet peut-être à l'initiative des professionnels de santé de ville mais aussi des établissements hospitaliers publics. Une CPTS peut ne pas avoir de statut juridique particulier.

3 Les professionnels engagés dans la démarche doivent contractualiser avec l'ARS. Cela peut prendre la forme d'un CTS (Contrat Territorial de Santé).

Les anciens pôles de santé deviendront, sauf opposition de leur part, des CPTS.

Un soutien financier peut-être apporté par l'ARS ainsi que par d'autres financeurs comme les collectivités territoriales. L'ARS peut initier seule la création d'une CPTS.

4 Il est demandé un Système d'Information (SI) sécurisé permettant le partage des données entre les différents professionnels.

5 Il faut prévoir des modalités d'évaluation.

En résumé

Equipe de Soins Primaires (ESP)

- A l'initiative du professionnel de santé assurant les soins de premier recours
- Vise à organiser autour de sa patientèle un projet qui améliore le parcours de soins
- Se situe à l'échelle de la patientèle
- Implique des professionnels de santé de premier recours dont au moins 1 médecin généraliste
- Pas de forme privilégiée
- Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS
- Exemples : Maisons de Santé Pluri Professionnelles (MSP), Centres de Santé (CDS) ou simples coopérations

Pour être menés à terme, ces projets nécessitent l'implication d'un professionnel de santé leader

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

- A l'initiative des acteurs de santé en particulier des professionnels de santé de ville dans une logique de projet
- Vise à organiser la réponse à un besoin de santé sur un territoire ou un besoin de meilleure organisation du parcours de santé
- Se situe naturellement à l'échelle d'un territoire plus large que celui des ESP
- Implique des professionnels de santé diversifiés de 1^{er} et 2nd recours
- Pas de forme juridique privilégiée
- Le projet élaboré par les acteurs est transmis à l'ARS dans une perspective de contractualisation
- Exemples : Pôles de Santé

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)

Créées pour apporter un soutien logistique aux professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes. Elles doivent en particulier apporter leur aide aux médecins traitants qui sont de plus en plus confrontés à des patients pluri pathologiques associés à des problèmes sociaux, psycho-sociaux ou économiques. Elles concernent la prise en charge de tout patient complexe quel que soit son âge ou sa pathologie.

3 types de service :

- Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales disponibles dans leur territoire (exemple identifier et déclencher une aide à domicile, orienter vers une place en EHPAD...).
- Appui à l'organisation des parcours complexes (exemple : organisation des entrées et sorties d'hospitalisation).
- Soutien aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurisation des parcours (exemple mise à disposition d'un système d'information partagée sécurisée).

Afin de respecter l'objectif premier des PTA, notre groupe de travail a défini 6 points nécessaires à la validation par l'URPS des projets en cours :

- le Président de la gouvernance des PTA doit être un professionnel de santé libéral de premier recours
- dans la gouvernance il doit y avoir un équilibre entre libéraux, établissements de santé publics et privés, structures médico-sociales et usagers
- l'opérateur doit être de préférence une association loi 1901
- les outils mis à disposition (PAACO) doivent être fonctionnels et devront être interfacés avec les logiciels métiers des professionnels de santé libéraux
- préserver le libre choix du patient dans le parcours PTA
- la plateforme doit garder comme seul objectif d'être un outil d'aide aux professionnels de santé de terrain pour améliorer la prise en charge du patient et favoriser le maintien à domicile.

En résumé

Il s'agit de proposer un guichet unique au carrefour des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux par la mise en cohérence de dispositifs déjà existants (exemple fusion des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) mais sur un territoire déterminé.

Pour information

L'URPS s'est rapprochée de l'ARS pour connaître les moyens mis en place pour soutenir ces projets. L'ARS a apporté la réponse suivante « Les éléments de notre doctrine régionale sur les Equipes de Soins Primaires (ESP) et les Communautés Territoriales de Santé (CPTS) sont en cours d'élaboration et ne sont pas encore validés par la direction »

La Médecine est un art, nos médecins sont des artistes !



Je suis gynécologue-obstétricienne. Je viens de fêter mes quarante ans. Un soir je sens comme un petit grain de riz dans mon sein gauche. Echographie puis biopsie : c'est un cancer... Tout s'enchaîne et très vite je retire ma blouse blanche pour poser un regard de soignée sur le monde soignant que je croyais connaître. Je descends au fonds du puits. Je suis morte... Puis, un jour, la vie reprend... lentement

Dr Marie Crédoz

Si vous aussi vous avez une œuvre à nous présenter, cette rubrique est pour vous !
Contactez le comité de rédaction :
contact@urpsml-na.org

Journal édité par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine - Décembre 2017 -

ISSN 2553-9273

105 rue Belleville - CS 71241 - 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 :

Nicolas BRUGERE - Jean-Luc DELABANT
Dominique DISCAZEUX - Dany GUERIN
Jocelyne MONROY - Bruno SARDA

Ont participé à ce numéro :

Philippe ARRAGON-TUCOO - Gérard BOSSEVAIN
Sandrine BRUGERE - Marie CREDOZ
François DABIS - Guillaume DARMAILLACQ
Jean-Michel DELILE - Philippe MORLAT
Pierre-Michel PERINAUD

Dessin : Philippe TASTET

Design graphique : www.junglecactus.fr

13^{ème} JOURNÉE DES **PROFESSIONNELS** DE **SANTÉ** ET DES **ASSOCIATIONS** DE **PATIENTS NOUVELLE-AQUITAINE**



AU PROGRAMME DE LA JOURNÉE

- 8h30** Accueil
- 9h00** Ouverture par le Président de l'URPS et le Directeur Général de l'ARS
- 9h15-10h30** **Première plénière :**
Les déserts médicaux -
quelles solutions ?
- 10h30-11h00** Pause - Visite des stands
- 11h00-12h00** **Seconde plénière :**
La gestion des soins
non programmés
- 12h30-14h00** Repas
- 14h00-14h30** Pause - Visite des stands
- 14h30-16h15** **Troisième plénière :**
Les enjeux de la vaccination

**Tous les médecins libéraux
et associations de patients
de la région Nouvelle-Aquitaine
sont conviés à cette manifestation.**

Si vous souhaitez vous inscrire, nous vous remercions
de nous adresser un mail : commissions@urpsml-na.org
ou de nous contacter par téléphone au **05 56 56 57 10**