

28/06/2020

Livret vert

30 Propositions de Jeunes Médecins Île-de-France



Sommaire

I.	Transition écologique en santé	3
II.	Habitat et mode de vie	9
III.	Question de l'égalité femme-homme	13
IV.	Libéraux	17

I. Transition écologique en santé

Constats

L'urgence d'une transition écologique dans tous les domaines de notre société a été une fois de plus illustrée par la récente pandémie liée à l'infection par le coronavirus.

Les mesures de confinement mises en place à travers le monde ont permis d'illustrer à quel point l'arrêt de l'activité humaine permettait à la nature de reprendre ses droits. De même, la diminution drastique des transports et la réduction de l'activité industrielle ont entraîné en avril 2020 une réduction d'environ 17 % des émissions journalières de CO₂ par rapport aux taux moyens de 2019, selon une étude publiée en mai dans la revue *Nature Climate Change* (3). Or, la diminution de la pollution est un facteur d'amélioration de la santé des populations et fait partie des grands axes de prévention primaire.

La consommation d'énergie représente environ 7% des dépenses des établissements de santé. Le bilan d'émission de gaz à effet de serre, les audits énergétiques sont rendus obligatoires pour les établissements de santé tous les 4 ans depuis la loi Grenelle. Pourtant, ils ne sont que 32% à avoir effectivement réalisé leur bilan carbone. Seuls certains établissements de santé commencent à peine à envisager de diminuer leurs émissions de CO₂, souvent sous l'impulsion des professionnels de santé eux-mêmes qui ont compris l'importance de rationaliser l'impact carbone de leurs établissements (2). Ceci est la preuve que faute de financements adaptés, la plupart des établissements ne se lancent pas dans la transition énergétique.

La diminution de l'impact carbone passe par la diminution de la quantité de plastique consommée par le monde de la santé. En effet, avec l'avènement du tout usage unique plus motivé par des raisons économiques qu'hygiénique, la production de déchets plastiques par les hôpitaux et les acteurs de la santé a explosé au cours des dernières années. Les établissements de santé produisent environ 700 000 tonnes de déchets par an (3,5% de la production nationale), soit plus d'une tonne par lit, pour un coût de traitement représentant de 2 à 5 euros par jour et par patient (2). Depuis dix ans, les consommations énergétiques du secteur se situent en moyenne à 450 kilowattheures par mètre carré par an, soit dix fois la consommation qu'il faudrait atteindre pour rentrer dans les objectifs fixés par le Grenelle de l'environnement. Une étude du Comité Développement durable santé estime à 54 millions d'euros par an le potentiel d'économies d'énergie dans les hôpitaux privés de France, et le double dans le secteur public (4).

Bien sûr, l'usage unique a permis une meilleure maîtrise du risque de transmission de la maladie de Creutzfeld-Jacob (ophtalmologie, ORL, neurochirurgie). Néanmoins, dans bien

des cas, l'usage unique s'est imposé dans une logique comptable : lorsque l'on diminue la quantité de matériel à stériliser, on diminue le nombre de personnels dédiés à la stérilisation. A tel point que du matériel réutilisable est utilisé en usage unique. Certains expliquent qu'en termes d'émission de CO₂, l'usage unique fait aussi bien que le réutilisable. Cela est peut-être vrai pour certains matériels, mais cela revient à nier une grande partie des autres indicateurs d'impact écologique de nos pratiques, telles que la pollution des eaux et des sols, le relargage par les plastiques d'un grand nombre de perturbateurs endocriniens et de contaminants chimiques, les émissions de dioxyde de soufre, d'ozone...

Par ailleurs, la crise de la COVID-19 a montré les limites de l'usage unique avec des ruptures de stocks en matériels de protection individuelle pour les soignants (comme les surblouses) qui auraient pu être évités avec du réutilisable, tout en diminuant l'impact écologique de ces matériels sur l'environnement.

Ainsi, nous proposons de diminuer drastiquement les déchets des établissements de santé à travers un plan national à plusieurs volets évalué tous les 2 ans et avec la mise à disposition d'une enveloppe supplémentaire pour les établissements qui atteindraient l'objectif en 1 an.

Les moyens de diminuer l'empreinte carbone sont connus et peuvent être mis en place rapidement si l'on s'en donne les moyens :

- Réduction des déchets plastiques avec un objectif de réduction des déchets de 50 % à 2 ans (objectif atteignable ne serait-ce qu'en supprimant l'usage des bouteilles en plastique) (4) ;
- Création de plateforme de compostage intra-hospitalière afin de réduire le transport (évitable) de déchets organique (composé de 60 à 90 % d'eau) (4) ;
- Réduction de la quantité de déchets consommables (papiers plus fin et impression recto/verso paramétrée par défaut) (4) ;
- Réduction de la quantité de produit DASRIA par l'achat de matériel qui en génèrera le moins possible (4) ;
- Revalorisation des 4 matières composant les DASRI (plastique, métaux, verre, non tissé) en créant des filières locales de revalorisation des matières résiduelles et générer ainsi de l'économie circulaire
- Partenariat avec des entreprises locales existantes ou création d'entreprises au niveau local pour la revalorisation et le « reprocessing » des déchets résiduels des hôpitaux
- Favoriser les initiatives locales de développement durable des personnels soignants en simplifiant les procédures de mise en place de protocoles

- Favoriser les moyens de transports alternatifs, les transports en commun et le covoiturage ; étendre la Loi relative au forfait mobilité à l'ensemble de la Fonction publique Hospitalière ; repenser les moyens de transport au sein des hôpitaux

La prise en charge a énormément évolué au cours des dernières années avec l'explosion de la prise en charge ambulatoire, notamment pour les chimiothérapies qui sont réalisées à ce jour à près de 80 % en ambulatoire et à domicile. Demain, 100% de cette activité sera au domicile. La pollution liée aux excréta diffus est dangereuse (la chimiothérapie animale est interdite en ambulatoire tant les excréta sont émissifs). Il semble donc nécessaire de proposer de collecter les excréta au domicile des patients sur le même modèle que la collecte des DASRI à domicile.

Par ailleurs, de nombreuses molécules médicamenteuses sont présentes dans l'eau (rapport de l'Académie de Pharmacie de décembre 2008 et de 2019). Pour réduire leur impact environnemental et sur la santé humaine, il faut étendre l'agrément de l'éco organisme CYCLAMED aux hôpitaux publics et privés.

Les réformes du monde « d'après » la pandémie du SARS-Cov2 doivent permettre un changement du mode consommation. Nous devons revenir à l'emploi de matériel réutilisable et une consommation plus locale, le surcoût que cela représente est celui de nos écosystèmes et des droits sociaux dont nous disposons en Europe et de manière encore plus privilégiée en France (éducation, sécurité sociale et autres mesures de solidarité nationale). En tant qu'acteur de santé l'hôpital se doit d'être de montrer le chemin de cette transition écologique afin de prévenir les conséquences sanitaires néfastes de l'activité humaine (maladies liées à la pollution, maladie infectieuses émergentes...).

Les professionnels de santé sont insuffisamment formés sur les risques émergents, ni sur les risques environnementaux. Les formations initiale et continue doivent intégrer ces notions. Ainsi les jeunes médecins souhaitent prendre part à la transition écologique que ce soit dans le cadre de la vie hospitalière ou dans le cadre du soin.

PROPOSITION 1

Remettre la prévention au cœur de notre système de soin en y affectant une dotation spécifique et en intégrant le Plan National Santé Environnement (PNSE) 4 au cœur du plan santé 2030 pour que les facteurs environnementaux soit pris en compte dans les décisions de santé et ce sur le long terme. Le PNSE4 doit faire l'objet d'un financement spécifique et d'un pilotage co-animé par une cellule composée de professionnels de terrain et d'acteurs des ministères de la santé et de l'environnement.

PROPOSITION 2

Créer un fonds pour la rénovation énergétique hospitalière pour permettre au secteur sanitaire et médico-social de réduire durablement son empreinte carbone.

PROPOSITION 3

Limiter l'usage unique, le plastique jetable et de remettre en œuvre dans nos organisations des dispositifs à usage multiple (tenues en tissus, instruments métalliques, ...) et favoriser le « reprocessing ».

PROPOSITION 4

Créer les filières locales de revalorisation des matières résiduelles et générer ainsi de l'économie circulaire dans les territoires pour créer des emplois locaux non délocalisables et réduire la production de déchets dangereux.

PROPOSITION 5

Intégrer les concepts du Développement Durable, de l'éco conception des soins, de la prévention de l'exposition aux perturbateurs endocriniens dans la formation initiale et continue des soignants et professionnels de santé.

PROPOSITION 6

Appliquer l'indice PBT au choix, à la délivrance de l'AMM, à la prescription et à la délivrance des médicaments en France pour réduire l'impact des médicaments sur l'environnement et la santé humaine. Les médicaments périmés des ménages bénéficient d'un éco-organisme pour les détruire, tel n'est pas le cas pour le secteur de la santé... Il faut étendre l'agrément de l'éco organisme CYCLAMED aux hôpitaux publics et privé.

PROPOSITION 7

Collecte des excréta au domicile, organisée et financée, pour réduire la pollution des eaux aux résidus de médicaments toxiques (chimiothérapies...).

PROPOSITION 8

Créer une plateforme de ressources financée et mise à la disposition du secteur pour optimiser les dépenses de santé, dans une éco conception des soins.

PROPOSITION 9

Favoriser les moyens de transports alternatifs, les transports en commun et le covoiturage ; étendre la Loi relative au forfait mobilité à l'ensemble de la Fonction publique Hospitalière ; repenser les moyens de transport au sein des hôpitaux.

PROPOSITION 10

Animer un plan national de Sécurité, la Sureté, la Cyber Sécurité pour financer la mise en œuvre et le suivi des violences hospitalières, assurer la sécurité numérique des données de santé.

Références

- (1) Jones, K. E. et al. Nature 451, 990–993 (2008).
- (2) <https://www.actu-environnement.com/ae/news/c2ds-energie-dechets-transition-hopitaux-28255.php4>
- (3) Le Quéré C. et al. Nature Climate Change May 2020
- (4) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/reduction_dechets_hospi.pdf

II. Habitat et mode de vie

Constats

L'Île-de-France souffre d'un coût de la vie rédhibitoire pour les jeunes praticiens qui finissent par désertier la Région. Le coût de la vie est en grande partie lié au coût de l'immobilier, que soit en termes d'accès à la propriété que de la location qui sont dans les 2 cas impossibles pour les Jeunes Médecins sans soutien familial. Il semble alors opportun de rappeler que de nombreux jeunes médecins n'ont pas un niveau de rémunération suffisant et/ou un contrat suffisamment stable qui permette de louer un appartement sans l'aide de garants. Les jeunes médecins hospitaliers par exemple sont embauchés en CDD avec des rémunérations insuffisantes. Les jeunes médecins libéraux quant à eux souffrent de l'instabilité de leurs revenus pendant les premières années de leur installation. L'installation jeunes médecins dans leur bassin de vie passe par l'attractivité des mesures qui leur sont allouées pour les aider dans cette installation. La région Île-de-France étant un désert médical, il est temps de proposer aux jeunes médecins les mêmes mesures d'aide que dans les autres déserts médicaux français (facilités de logements, prêts à taux zéro...).

L'autre élément-clé du bien vivre concerne le problème de la garde d'enfants. Les crèches hospitalières, actuellement très difficiles d'accès aux enfants de médecins, sont pourtant les seules garantes d'un accès à une garde avec des horaires adaptés (6h-22h). En ville, le nombre de crèches municipales proposant des horaires élargis est extrêmement limité voire inexistant dans certaines villes. Ceci oblige notamment les médecins libéraux à adapter leurs horaires de consultation, diminuant ainsi l'offre de soins. Par ailleurs, les modèles familiaux évoluent chez les médecins au même titre que dans la population générale et le problème des familles monoparentales est très peu pris en compte dans les problématiques de disponibilité des soignants. Qui garde les enfants si un soignant doit assurer une permanence de nuit ? Souvent un changement de carrière doit alors être envisagé surtout si le tissu familial est déficient. A quand des crèches permettant l'accueil de nuit des enfants de soignants ?

Rappelons également la problématique de la garde de l'enfant malade. Les crèches et bon nombre d'assistantes maternelles refusent l'accueil d'un enfant malade. Hors, dans la fonction publique hospitalière, les médecins n'ont pas le droit à des jours enfants malades et doivent poser des congés pour s'occuper de leur enfant malade. Chez les libéraux, la garde de l'enfant malade se télescope avec la gestion d'un cabinet médical, et la perte de revenus qui s'y associe. Chez les médecins salariés, les médecins doivent demander un arrêt maladie pour pouvoir rester auprès de leur enfant et souffrir de 3 jours de carence quoi qu'il advienne... Le problème est encore plus criant de difficulté si l'on parle des parents et conjoints en situation de dépendance et d'invalidité avec des épisodes aigus dans leur

parcours de soin. Il devient urgent que l'on donne des garanties aux soignants pour leur permettre de prendre soin correctement de leur famille, enfants, parents, conjoints.

Autre gageure, le problème de l'assurance chômage. Comme tous les français qui travaillent, les médecins cotisent à l'assurance chômage. Or, lorsque les épisodes de vie le nécessitent, cette assurance ne leur est pas accordée. Pourtant, il est difficile, même en tant que médecin de trouver un poste au cours d'une grossesse, il est parfois difficile de trouver un contrat à l'issue d'un clinicat dans les surspécialités, il est parfois difficile de trouver du travail entre 2 contrats précaires chez une femme enceinte. De même, les médecins peuvent également avoir besoin d'une reconversion. En dehors des praticiens hospitaliers titulaires (avec l'aide du CNG) aucune aide, aucun dispositif ne sont prévus.

La santé des professionnels de santé n'est ni mesurée, ni suivie, ni accompagnée. La médecine du travail pour les professionnels de santé, du fait des faibles moyens qui y sont alloués dans les structures hospitalières, voire de leur inexistence en milieu libéral, est limitée dans ses actions. Il s'agit de changer la donne car la santé des professionnels de santé conditionne la qualité des soins administrés.

Enfin, le forfait mobilité, voté en 2020 pour l'ensemble de la fonction publique, est exclu de la fonction publique hospitalière. Or, il participe au bien-être des bénéficiaires et favorise la transition écologique du monde de la santé.

PROPOSITION 11

Créer un partenariat avec la Mairie de Paris et/ou la Région Île-de-France pour permettre aux JM aux revenus les plus faibles et n'ayant pas d'apport à accéder à la propriété privée (prêt à taux zéro) et leur donner les moyens de rester dans leur région.

PROPOSITION 12

Hôpital garant pour l'accès des jeunes médecins à un logement locatif

PROPOSITION 13

Assurer l'accès des jeunes médecins aux crèches hospitalières ou municipales à horaires élargis, et notamment avec des gardes de nuit pour faciliter la permanence des soins.

PROPOSITION 14

Pour garantir la permanence des soins, permettre aux médecins libéraux de déduire de leurs charges les frais liés à la garde de leur enfant pendant les horaires de la permanence des soins (à partir de 18h).

PROPOSITION 15

Etendre les indemnités pour enfant malade à l'ensemble du corps médical, quel que soit leur mode d'exercice, et instaurer des indemnités pour l'ensemble des accompagnants de patients avec dépendance.

PROPOSITION 16

Créer un Observatoire de la santé des professionnels de santé et animer un plan santé au travail.

PROPOSITION 17

Etendre la Loi relative au forfait mobilité à l'ensemble de la Fonction publique Hospitalière.

III. Question de l'égalité femme-homme

Constats

Les femmes médecins souffrent dans le privé, en libéral ou dans la fonction publique hospitalière d'une discrimination dans l'évolution de leur carrière. Alors qu'elles sont majoritaires dans les facultés de médecine, elles sont sous-représentées dans les postes universitaires et à responsabilités. Notre enquête menée en 2018 donne des pistes de réflexions pour une meilleure compréhension de ces inégalités.

Les femmes médecins, comme les autres femmes font les frais d'une inégale répartition des tâches domestiques au sein du couple. Pour répondre aux contraintes familiales elles occupent plus fréquemment des postes à temps partiel que leurs homologues masculins, ce qui entrave l'évolution de leur carrière professionnelle et impacte le montant leur retraite.

Les femmes médecins renonceraient rapidement à la formation continue en raison des charges familiales. La formation continue est cependant primordiale pour la mise à jour des connaissances, et pour l'intégration dans des équipes et des projets professionnels innovants.

Le repos de sécurité est utilisé, pour s'occuper des enfants ou des tâches domestiques majoritairement, mettant de côté la nécessité de se reposer ou d'étudier.

Au vu des résultats de notre enquête, 62% des jeunes femmes médecins sont en épuisement chronique.

Par ailleurs, le manque de modèle féminin à des postes-clés et le faible taux de mentor-féminins notamment dans le monde universitaire, tout comme les discriminations liées au genre et le sexisme quotidien, les conduisent plus fréquemment à douter de leur capacité à mener à bien la carrière de leur souhait. Ce qui les mène à une autocensure, entretenant la difficulté à briser le « plafond de verre ».

Le monde médical n'est pas indemne de cas de harcèlement sexuel et moral, dont les victimes sont majoritairement les femmes, les instances ordinales et hospitalières semblent insuffisamment sensibilisées à ces questions, et manquent de réponse à ces situations complexes.

La discrimination liée au genre en médecine est souvent sous-tendue par la question d'une grossesse potentielle et du congé maternité qui en découle.

Dans les milieux hospitaliers, les femmes en congés maternité ne sont quasiment jamais remplacées à leur poste, provoquant une augmentation de la charge de travail pour leurs collègues, pouvant à CV égal favoriser le choix de la nomination d'un confrère masculin. De plus la durée du congé maternité est décomptée du clinicat ou de l'assistantat, retardant l'accès à une titularisation. A âge égal les femmes médecins ont donc souvent un salaire inférieur à celui des hommes.

Le dispositif d'arrêt du travail de nuit au 3^{ème} mois de grossesse, ne serait majoritairement pas respecté et 77% des femmes médecins de notre étude n'auraient bénéficié d'aucun

aménagement de leur poste pendant leur grossesse. À noter également que 84% d'entre elles n'aurait pas bénéficié de visites de reprise après maternité effectuées par la médecine du travail.

En médecine libérale, du fait du faible montant des indemnités de grossesse, beaucoup de femmes médecins, sont contraintes d'écourter leur congés maternité et parfois à y renoncer.

Les hommes médecins souffrent, au même titre que les hommes de la population générale d'un problème d'accès à leur congé paternité et d'une trop courte durée de ce dernier. Ce qui altère leur capacité à créer un lien avec leur enfant et à participer à l'adaptation de l'équilibre familial. Il existe une discrimination du père par rapport à la mère qui n'est plus en adéquation avec la société actuelle.

PROPOSITION 18

Remplacement systématique des congés maternité dans la fonction publique hospitalière ainsi que chez les médecins libéraux.

PROPOSITION 19

Intégrer le congé maternité dans la durée de fonctions effectives lors des clincats / assistanats pour éviter les « retards » dans la carrière.

PROPOSITION 20

Assurer une protection sociale correcte lors des congés maternité des médecins libérales et remplaçantes.

PROPOSITION 21

Faciliter la prise du congé paternité et en allonger la durée.

PROPOSITION 22

Augmenter la visibilité des femmes présentes dans des postes à responsabilités que ce soit dans le milieu libéral, hospitalier, ou universitaire.

PROPOSITION 23

Prendre en considération les alertes qui peuvent être faites via la médecine du travail dans le cadre d'harcèlement moral / sexuel ; développer les comités de situation complexe indépendants (n'impliquant pas de professionnel de la même spécialité qui ont trop souvent des conflits d'intérêts) en lien avec la commission de vie hospitalière à l'ensemble des centres hospitaliers afin de pouvoir mener des enquêtes si des alertes sont faites et permettre de traiter au mieux les cas de harcèlement qu'ils soient moraux ou sexuels; renforcer la protection des victimes de harcèlement moral / sexuel vis-à-vis du chantage à l'emploi, de la poursuite de leur carrière et de l'effet sectaire du milieu médical.

PROPOSITION 24

Création d'un suivi par un médecin du travail pour les médecins libéraux, avec adaptation des barrières liées à l'exercice libéral. Mise en place d'un service de médecine préventive dont les principaux objectifs seraient de surveiller la santé, réaliser un dispositif d'écoute, prévenir les risques professionnels et contribuer à l'organisation du travail, l'hygiène du cabinet.

IV. Libéraux

Constats

Les médecins en Île-de-France peuvent bénéficier de 4 types d'aides : les aides de l'Etat (les dispositifs de praticien territorial de médecine générale et ambulatoire), les aides conventionnelles de l'assurance maladie (le contrat d'aide à l'installation des médecins), les aides fiscales et les aides de la Région Île-de-France.

Ces aides présentent souvent beaucoup de restrictions pour en bénéficier. Elles sont ciblées sur les médecins généralistes, primo installés ou jeunes diplômés, s'installant en groupe, avec des critères de zonage géographique (Zone d'Intervention Prioritaire/ Zone d'Action Complémentaire / Zone Franche Urbaine), un engagement en secteur 1 et/ou secteur 2 OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée).

L'aide de la région Île-de-France (Contrat Régional d'Exercice Sanitaire praticien) est plafonnée à 15 000 euros par praticien et pour l'immobilier avec obligation de maintenir pendant 25 ans l'usage des locaux.

Rédiger un projet de santé qui parte de l'analyse du territoire et des besoins d'une équipe se constituant, peut permettre, outre le fait de poser par écrit un cadre favorable à une équipe, de solliciter des aides. Les URPS Médecins ont mis en place avec l'ARS un dispositif permettant de financer des locaux ou travaux pour favoriser l'installation. Il n'y a pas d'exigence d'être en maison de santé, même si cela est possible et peut être mené en parallèle. Il y a deux dispositifs d'aide, un par les URPS Médecins et un par l'ARS, selon la taille et la nature du projet. Il faut se rapprocher de l'URPS médecins IDF ou la direction départementale de l'ARS pour avoir le cahier des charges de ces projets. A noter que l'ARS peut financer via le FIR (Fond d'Investissement Régional) un audit par un cabinet de conseil vous aidant à réaliser et rédiger ce projet de santé. Ces dispositifs sont insuffisamment connus et promus au sein des médecins libéraux.

La protection sociale des médecins libéraux est très insuffisante, qu'ils exercent en secteur 1 ou 2. La CARMF ne paie des indemnités journalières qu'au bout de 3 mois, et les assurances ont toutes une durée de carence de 15 jours (contre 3 jours pour les médecins salariés du public ou du privé). Le seul contrat permettant une couverture correcte, est le contrat Praticien Territorial de Médecine Générale, qui est exclusivement réservé aux médecins généralistes exerçant en ZIC/ZAC. Il est nécessaire d'améliorer la couverture santé des médecins libéraux pour éviter la précarisation des jeunes praticiens en cas d'arrêt maladie ou de congé maternité, et ce pour tous les jeunes médecins installés, quel que soit le secteur.

Par ailleurs, avec la féminisation de la profession, la question de la continuité des soins sur un territoire pendant la durée du congé maternité est centrale. L'accès à des médecins remplaçants est souvent une gageure pour les médecins libéraux, surtout lorsqu'ils sont récemment installés.

Concernant les médecins installés victimes d'actes de vandalisme, les assurances jouent leur rôle, mais les dégâts psychologiques ne sont bien souvent pas correctement pris en charge. Le facteur limitant à l'heure actuelle est la sous-déclaration de ces événements et l'impossibilité pour le Conseil de l'Ordre (lorsqu'il en est informé) de déposer une plainte au nom de la profession. Une prise en charge psychologique devrait être proposée systématiquement et que les actes reportés au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins fassent systématiquement l'objet d'une enquête.

La crise du covid-19 a fortement impacté notre pratique médicale et nous a clairement démontré l'intérêt de l'utilisation du numérique pour pallier la présence physique du médecin. Nous sommes dans une ère numérique, nous sommes témoins de l'avènement de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé et nous sommes les mieux placés pour interroger ces innovations grâce à notre formation éthique et déontologique. Les jeunes médecins ne sauraient rester sur le quai dans ce domaine.

Enfin, il faut tirer les leçons de la pandémie actuelle de la COVID-19 pour que les médecins libéraux ne soient plus les oubliés du système et envoyés au front sans protection comme cela a été le cas au début de la pandémie. Les prix, non encadrés, des masques, équipements de protection individuelle comme les surblouses, la solution hydro-alcoolique, etc. se sont envolés et cela a rendu la gestion de la crise par les médecins libéraux extrêmement difficile. C'est pourquoi, nous demandons notamment que la gestion du stock stratégique d'Etat soit réalisée de manière transparente et que l'Etat assure l'accès aux équipements de protection individuelle et aux équipements de désinfection des locaux. Par ailleurs, les cliniques ont subi l'arrêt de l'activité non urgente, qui a mis à mal les revenus de tout l'écosystème médical privé, avec une reprise impactée par la pénurie en produits anesthésiques.

PROPOSITION 25

Concernant l'aide à l'installation :

- Une aide à l'installation à Paris / Île-de-France pour tous les jeunes médecins, secteur 1/ 2 avec ou sans OPTAM, qui souhaitent s'installer seuls ou en groupe, sans contrainte de zonage géographique tout en considérant la demande de soin,
- Une aide sous forme de subvention d'équipement permettant l'investissement immobilier avec une enveloppe beaucoup plus importante par médecin jusque 50 000 euros (proposition similaire dans l'Indre et l'Oise), cette demande est liée au prix élevé de l'immobilier parisien,
- Exonération des cotisations de la CARMF pendant les 5 premières années d'installation tout en garantissant la couverture sociale qui y est associée.

PROPOSITION 26

Concernant la protection sociale : un complément de revenus toute la durée du congé maternité ; un délai de carence de 3 jours pour percevoir les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie.

PROPOSITION 27

Concernant la continuité des soins : créer un pool de remplaçants unique, régulé par les URPS permettant de remplacer au pied levé, les médecins libéraux en cas d'arrêt maladie ou de congé maternité.

PROPOSITION 28

Assurer une prise en charge psychologique (groupes de soutien/ locaux dédiés) des jeunes médecins libéraux victimes d'agression / actes de vandalisme dans le cadre de leur activité en lien avec les URPS / Ordre des Médecins.

PROPOSITION 29

Apporter un soutien et financement par la création d'un incubateur via les URPS pour tout médecin libéral qui présente un projet de e-santé ; projet qui aura pour objectif d'améliorer la pratique médicale et / ou de répondre à une demande de santé publique.

PROPOSITION 30

En cas de situation de crise sanitaire, assurer une base de revenus systématique pour tous les médecins installés en cas de diminution franche de l'activité due à une pandémie ; une prime forfaitaire ou un approvisionnement systématique permettant aux médecins de se fournir en matériel nécessaire pour la protection et désinfection des lieux de soins, assurant ainsi la continuité des soins.

Références

Cartographie des zones (ZIC/ ZAC) : <https://www.soignereniledefrance.org/sinstaller/zones-deficitaires-ars-2017-aides-a-linstallation-maintien/zones-deficitaires-selon-lars/>
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf