

05/03/2021

ÉLECTIONS URPS IDF 2021

Programme de Jeunes Médecins Île-de-France



Sommaire

I.	Une parentalité facilitée.....	3
II.	Installation.....	10
III.	Précarité / Pandémie.....	14
IV.	Prévention des risques psychosociaux.....	20
V.	E-santé.....	24

I. Une parentalité facilitée

L'arrivée d'un enfant pour un médecin libéral peut être générateur d'inquiétudes organisationnelles et financières. Mes patients pourront-ils être pris en charge durant mon absence ? Vais-je trouver quelqu'un de confiance ? Vais-je pouvoir assurer la continuité des soins pendant toute la durée de ma grossesse ? Vais-je pouvoir financer les charges du cabinet ainsi que mes charges personnelles ? Comment vais-je faire si je dois m'arrêter plus tôt ? Si mon enfant a des difficultés après la naissance ? Vais-je trouver un mode de garde pour mon enfant, tout en assurant la continuité des soins ?

Dans un contexte où les déserts médicaux se font de plus en plus importants, un accompagnement à la parentalité, à la fois administratif et financier, est nécessaire. Il faut supprimer l'idée et le fait que l'arrivée d'un enfant en libéral est compliquée, pour favoriser l'installation de nos jeunes confrères.

Congés de maternité

La première étape pour obtenir ses droits est de réussir à savoir quel est l'ensemble des documents nécessaires et à quel organisme s'adresser. Rien ne se fait automatiquement après la déclaration de grossesse au 3^{ème} mois. Trouver ces informations relève souvent du parcours du combattant et peut nécessiter de faire appel à ses consœurs ayant précédées dans la maternité.

Il faut, en tout, pour une grossesse non pathologique, envoyer 23 documents, parfois en doubles, répartis dans neuf dossiers à 3 périodes de la grossesse : au 7^{ème} mois, au début du congé maternité et à l'accouchement. Le tout, à 5 organismes différents que sont : la CPAM, la CARMF, la prévoyance, la mutuelle et la CAF.

Cela permet de toucher de la part de la CPAM, en cumulant l'allocation forfaitaire de repos maternité (3377 euros touchés en 2 fois), les indemnités journalières forfaitaires (56,35 euros par jour) et l'avantage supplémentaire maternité (3 100 euros par mois d'arrêt, 3 mois maximum), pour un premier enfant et 16 semaines d'arrêt, 19 000 euros soit 238 euros par jours d'arrêt.

Certaines prévoyances offrent des primes naissances, qui peuvent s'élever à 3 000 euros et certaines mutuelles des primes de quelques centaines d'euros.

Le dossier CARMF va permettre de gagner des points retraites.

La CAF permettra de recevoir les aides pour les modes de garde, mais nous n'aurons pas accès aux primes à la naissance, conditionné aux ressources.

L'ensemble de ces indemnités va couvrir les charges du cabinet mais pas les charges personnelles. Il va donc rester à charge du médecin libéral de financer son loyer/prêt

personnel, eau, gaz, téléphone, transport, assurances, alimentation etc. Alors qu'une salariée, n'aura pas de baisse de salaire, ce qui n'impactera donc pas la prise en charge de ses charges personnelles.

Par ailleurs, comme constituer ces dossiers est souvent complexe, et de par les lenteurs administratives, ces montants sont souvent versés après que les consœurs ont eu repris leur activité professionnelle. Il faut donc avoir anticipé et être en mesure de financer les retards de paiement ainsi que les charges personnelles qui ne seront pas financées.

En cas de grossesse pathologique, certaines prévoyances couvrent mais peuvent le faire avec restrictions. La prise en charge n'est donc pas systématique. La sécurité sociale indemnise, elle, à hauteur de 46 euros par jour, à partir du 4^{ème} jour et jusqu'au 87^{ème} jour (franchise pour toucher les IJ CARMF). Ces sommes sont insuffisantes pour compenser les charges du cabinet, sans parler des charges personnelles.

Les soignants sont parmi les professions les plus à risque d'accouchement prématuré. Il n'est actuellement pas possible, de par leurs statuts, d'avoir un remplaçant qui puisse les épauler au cabinet, alors qu'elles y sont présentes. Cela permettrait d'aider lors des journées lourdes au cabinet, de présenter le remplaçant à la patientèle et pouvoir augmenter son temps de travail progressivement. Mais surtout en cas de difficulté de l'installée, lié à sa grossesse, le remplaçant pourrait être disponible immédiatement et plus facilement.

Trouver un remplaçant selon les zones d'exercice n'est pas toujours aisé. Et certaines consœurs, partent en congé maternité sans réussir à être remplacées.

PROPOSITION 1

Créer un guichet unique regroupant l'ensemble des démarches avec un portail numérique permettant le suivi de son dossier.

PROPOSITION 2

Créer un pool de remplaçants unique, régulé par les URPS permettant de remplacer au pied levé, les médecins libéraux lors de leur congé maternité ou en cas de congé de grossesse pathologique.

PROPOSITION 3

Créer un nouveau statut pour les remplaçants, pour qu'il puisse accompagner pendant l'ensemble de la grossesse et favoriser ainsi la continuité des soins.

PROPOSITION 4

Augmenter les indemnités journalières, pour qu'elles puissent couvrir les charges du cabinet mais aussi les charges personnelles, comme c'est le cas pour les salariés.

PROPOSITION 5

Assurer le versement des indemnités journalières mois par mois, pour éviter de se retrouver à utiliser ses fonds propres pendant plusieurs mois.

PROPOSITION 6

Supprimer le délai de carence pour le congé pathologique de grossesse. Augmenter les indemnités journalières pour que la prise en charge financière soit équivalente à celle du congé maternité.

Références

- <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/indemnitees-journalieres/conge-maternite-salariee>
- <http://www.carmf.fr/page.php?page=cdrom/coti/coti-reduction.htm>
- <https://www.capmedical.fr/details-la+grossesse+du+medecin+liberal+-116.html>
- <https://www.caf.fr>
- <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/protection-sociale>

Congé paternité et d'accueil à la parentalité

Le congé paternité, créé le 1^{er} janvier 2002 et requalifié en octobre 2012 de « congé paternité et d'accueil à la parentalité » est en voie d'être rendu obligatoire et allongé à quatre semaines pour les salariés. Aucune information ne transparaît pour les libéraux, pour qui il est de 11 jours. Il peut être pris par le conjoint marié, le partenaire de PACS, le concubin de la mère ou par une femme dans le cas d'un couple homosexuel.

Il est important pour que les papas (ou la 2^{ème} maman) puissent soutenir leurs conjoints et prendre leur place dans la vie de famille et qu'ils soient pleinement présents dès l'arrivée de leur enfant.

Actuellement les indemnités journalières pour 11 jours sont à 53,74 euros par jour.

Certaines prévoyances prennent en charge les congés paternité et d'accueil à la parentalité avec un plafond d'environ 1300 euros, ce qui permet d'avoir au mieux 118 euros par jours supplémentaires.

Les charges du cabinet ne sont donc pas pleinement couvertes et les charges personnelles non prises en considération.

Les démarches administratives comme pour le congé maternité sont complexes. Les indemnités arrivent donc souvent bien longtemps après le retour du congé paternité.

La problématique de trouver un remplaçant selon les zones d'exercice n'est, comme pour les mamans, pas toujours aisé. Et certains confrères, partent en congé d'accueil à la parentalité sans réussir à être remplacé.

PROPOSITION 7

Allonger la durée du congé paternité/deuxième parent à 1 mois comme pour les salariés.

PROPOSITION 8

Avoir des indemnités équivalentes à celles perçues par les mamans lors de leur congé maternité, en leur donnant accès à un avantage supplémentaire paternité, une allocation forfaitaire de repos paternité et des indemnités journalières identiques à celles de la maman.

PROPOSITION 9

Créer un pool de remplaçants unique, régulé par les URPS permettant de remplacer au pied levé, les médecins libéraux lors du congé paternité.

Références

- <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/protection-sociale>
- <https://www.ameli.fr/paris/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/conge-paternite-accueil-enfant>
- <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/sante-famille-handicap/allonger-le-conge-paternite-une-nouvelle-avancee>

Gardes / Crèches

Après un congé maternité, la reprise de son activité, au sein du cabinet, est conditionnée par la possibilité d'avoir un mode de garde sûr.

Obtenir une place en crèche municipale est extrêmement difficile. Les crèches hospitalières ne sont pas accessibles aux libéraux et sont déjà surchargées.

Les possibilités alternatives sont d'avoir une assistante maternelle / nounou ou de mettre son enfant en crèche privée.

Pendant la crise de la Covid, certains confrères ont eu des difficultés avec leur co-famille ou leur assistante maternelle / nounou et se sont retrouvés sans mode de garde pour leur enfant. Mode de garde qui par ailleurs revient selon le nombre d'heures par semaine à 1500-3000 euros mensuels.

Pour permettre à nos enfants de grandir en collectivité, la seule réelle option est la crèche privée, normalement réservée aux salariés. Pour les salariés, l'entreprise achète un berceau à 20 000 euros l'année qu'il va pouvoir défiscaliser. Le coût final pour l'entreprise revient à moins de 270 euros par mois. Le salarié, lui paye, un montant identique à celui payé en crèche municipale. Pour nous, libéraux, un cadeau est fait par les crèches d'entreprise, car il n'est proposé de ne payer que 10 000 euros le berceau l'année. Aucune déduction fiscale n'est à ce jour possible, ni aucune aide en dehors du crédit d'impôt, qui permet au maximum 1 150 euros de déduction fiscale par an. Le prix de revient pour nous est donc en moyenne de 1 340 euros, quand il sera pour un salarié entre 300 et 600 euros. Soit plus du double.

PROPOSITION 10

Avoir accès à des tarifs de crèches identiques aux salariés pour les crèches privées, avec prise en charge par la région de la part entreprise.

PROPOSITION 11

Prioriser les enfants des médecins libéraux pour les places en crèches municipales, afin d'assurer la continuité des soins, comme lors de la crise de la Covid, en attribuant des points supplémentaires dans les grilles de cotation des commissions.

II. Installation

Aides financières à l'installation

Les médecins en Ile-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 Ile-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 ile 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.

PROPOSITION 12

Liberté d'installation (primo ou réinstallation) non discutable quel que soit le secteur.

PROPOSITION 13

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 jusqu'à 50 000 euros élargies à tous les secteurs d'installation et spécialités, cette demande est liée au prix élevé de l'immobilier parisien
Liberté d'installation (primo ou réinstallation) non discutable quel que soit le secteur.

PROPOSITION 14

Élargir les zones franches urbaines de manière significative accessibles à tous types d'installations.

Références

Cartographie des zones (ZIC/ ZAC) : <https://www.soignereniledefrance.org/sinstaller/zones-deficitaires-ars-2017-aides-a-linstallation-maintien/zones-deficitaires-selon-lars/>

Incubateur / MSP

On ne s'installe plus aujourd'hui de la même façon qu'il y a 20 ou 30 ans : locaux nécessairement adaptés aux handicaps (dont PMR), plutôt en groupe et en pluriprofessionnalité, coût du foncier ... Les contraintes ne sont plus les mêmes, et freinent de nombreux collègues qui souhaitent s'installer ou se réinstaller.

Afin de répondre à la légitime demande de leurs administrés de lutter contre la désertification médicale, les édiles locaux ont pris des initiatives qui n'ont souvent pas porté leurs fruits, du fait de l'absence de concertation ou de la méconnaissance des dynamiques d'installation. Pour la plupart, le premier réflexe a été de créer des "maisons médicales" au frais des collectivités territoriales, afin de proposer des murs à des médecins qu'on allait recruter par la force de la petite annonce. Malheureusement, en dehors de rendre viable toute une économie autour du recrutement médical, il semble que cela ne fonctionne pas : nombre de ces maisons médicales sont aujourd'hui vides, ou peuplées de praticiens de « médecines complémentaires ». Par ailleurs, les aides représentent la plupart du temps un « effet d'aubaine » lors de l'installation mais ne sont pas pérennes.

Sur Paris, deux initiatives récentes sont inspirantes :

- les « hackathons de l'installation » ont été créés vers 2015 à l'initiative du SNJMG et ont regroupés une fois par trimestre dans la même salle les différents professionnels de santé souhaitant s'installer, les équipes de la Ville de Paris, de l'ARS IDF, du Conseil de l'Ordre, et des intervenants divers selon le thème de la soirée (avocat, comptable, assureur ...). Après une quinzaine de dates, nombreuses sont les équipes créées ou consolidées lors de ces événements, l'entraide ou les synergies trouvées entre porteurs de projets, les solutions administratives voire de financements trouvés en direct avec les représentants ou décideurs locaux.
- à l'initiative du Dr Bernard Jomier alors adjoint santé lors de la première mandature d'Anne Hidalgo, a été créé un proto-incubateur d'installation nommé ParisMed. Alors qu'aucune nouvelle installation n'avait été enregistrée sur Paris depuis près de 10 ans, une quinzaine de Maisons de Santé ont vu le jour en seulement 4 ans. Pourquoi ? Les autres collectivités locales se plaignant que les médecins ne venaient pas dans leurs murs. La mairie de Paris a décidé de soutenir les porteurs de projets sans leur imposer des locaux qui ne leur convenaient pas.

Les porteurs de projet parisiens ont émis le souhait de voir la création d'un véritable incubateur regroupant les deux facettes de ces initiatives : rencontres confraternelles et soutien des pouvoirs publics.

Il nous semble aujourd'hui indispensable d'amplifier ces expériences au bénéfice de tous les professionnels de santé du territoire, jeunes ou moins jeunes, quel que soit leur secteur d'affiliation, souhaitant s'installer en groupe ou en solo. Ils pourraient ainsi profiter des retours d'expérience de leurs collègues, rencontrer des interlocuteurs compétents dans leur domaine, et pouvoir rencontrer dans le même lieu tous les intervenants, parfois nombreux, qui peuvent les aider à mener à bien leur projet d'installation.

PROPOSITION 15

Accueil au sein de l'URPS du premier incubateur d'installation avec :

- Financement d'un chargé de projet autour de l'animation de rencontres et de sessions de formation pour l'installation
- Rencontres régulières entre porteurs de projet, représentants d'administrations publiques, comptables, avocats spécialisés etc.
- Aide logistique (simulateurs comptables, achats groupés...) en plus des aides humaines et financières déjà existantes et complexes.

PROPOSITION 16

Proposer aux médecins installés/jeunes installés une formation à la gestion de projet libéral pour une meilleure coordination avec assistants et partenaires médico-sociaux.

Références

- <https://parimed.paris.fr/>
- <http://www.snjmg.org/actualites/prochains-rdv#hackathons>

III. Précarité / Pandémie

Pandémie Covid 19

La pandémie Covid 19 a eu un énorme impact sur la pratique de la médecine libérale et a révélé de nombreuses failles dans notre système de soins.

Les libéraux ont dû s'organiser courageusement et rapidement en première ligne pour recevoir les patients et ont dû faire face à de nombreuses difficultés :

- la pénurie et les prix non encadrés des masques, des équipements de protection individuelle comme les surblouses, solution hydro-alcoolique, etc.
- une réorganisation complète de leur agenda en incluant des temps supplémentaires de désinfection, allongement des temps de consultation.

De nombreux médecins ont dû faire face à une diminution significative de leurs revenus liée à la baisse du flux de patients qui avaient peur de venir au cabinet, l'interdiction de consulter pour certaines spécialités (ex ophtalmologistes), l'annulation des soins programmés.

La majorité des prévoyances et assurances professionnelles n'ont pas joué leur rôle en versant des indemnités compensatoires.

L'aide financière proposée par la sécurité sociale a été minime pour les spécialistes secteur 2 car elle évaluait la perte de l'activité sur une base secteur 1.

De nombreuses structures privées sans unités de soins continus ou de réanimation ont eu une perte d'activité. En effet, elles se sont vues refuser toute prise en charge non Covid, sans pourtant accueillir des patients en provenance des hôpitaux.

PROPOSITION 17

Un stock permanent de matériel à type d'équipements de protection individuelle et de désinfection des locaux avec une partie gérée par les libéraux et pour les libéraux.

PROPOSITION 18

Maintien de l'accès aux soins par la création urgente d'une lettre clé COV qui s'ajouterait à n'importe quel acte côtés pour compenser les surcoûts induits par la Covid.

PROPOSITION 19

Poser les bases d'un protocole organisationnel de l'offre de soins libérale pour les cas d'urgence sanitaire.

Arrêt de travail

La couverture santé des libéraux nécessite vraiment d'être améliorée, en effet un médecin libéral sans revenus dû à la maladie, peut se retrouver rapidement dans une précarité financière sachant qu'il persiste les frais fixes professionnels s'ajoutant aux frais personnels.

Actuellement en cas d'incapacité d'exercer suite à un accident ou une maladie, la sécurité sociale ne couvre pas la perte de revenus qui en découle. La CARMF verse une indemnité journalière (catégorie en fonction du BNC) à partir de 91^{ème} jour d'arrêt de travail contre 3 jours pour le régime salarié.

Les médecins libéraux ne sont pas assurés de manière obligatoire contre les risques des accidents du travail et maladies professionnelles. En effet, une assurance AVAT (assurance volontaire pour les accidents du travail) doit être souscrite auprès de la CPAM, après de longues démarches administratives.

La majorité des médecins libéraux ignorent qu'ils ne sont pas automatiquement couverts par la sécurité sociale en cas de maladie professionnelle et cette aberration a été révélée par la Covid ++

PROPOSITION 20

Demande d'un délai de carence de 3 jours pour les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie identique à celui des salariés.

PROPOSITION 21

Souscription systématique de tous les libéraux à l'AVAT par la CPAM dès l'installation avec simplification des démarches.

Les maladies antérieures à l'affiliation à la CARMF

Autre subtilité de la couverture maladie des libéraux : en plus des 90 jours de carence, si la maladie qui intervient existait avant l'affiliation à la CARMF (et donc de l'activité en libéral), il est difficile d'obtenir le versement de ses indemnités journalières.

Cette particularité est très peu connue et peut mettre en difficulté plus d'un d'entre nous lorsque la maladie nous rattrape...

A l'heure actuelle, aucune indemnité n'est versée si le médecin ne cumule pas 8 trimestres d'affiliation à la CARMF. S'il a cotisé pendant 8 à 15 trimestres, seul le tiers de l'indemnité journalière lui sera versée. S'il a cotisé pendant 16 à 23 trimestres, seuls deux tiers de l'indemnité journalière lui sera versée. L'indemnité journalière ne sera versée en totalité que s'il a cotisé plus de 24 trimestres, soit 6 ans.

A titre de comparaison, le versement des IJ (pour les maladies longues durées) des salariés n'est soumis qu'à la condition d'une affiliation de 1 an.

Néanmoins, il est mentionné que si le médecin a cotisé à l'une des caisses d'assurance maladie (autres que la CARMF) et si le cumul des cotisations à l'ensemble de ces caisses dépasse 6 ans (ce que l'on appelle le calcul d'antériorité), alors, il est possible de se voir verser la totalité des IJ. Mais c'est au praticien d'en apporter la preuve, alors que la CARMF pourrait avoir l'information en direct avec le numéro de sécurité sociale de l'assuré !

Pourquoi cette différenciation de maladie antérieure et accident antérieur dans la prise en charge ?

PROPOSITION 22

Suppression de la clause d'antériorité pour les médecins libéraux alors que leur santé est déjà fragilisée par une maladie ou un handicap.

Références

<http://www.carmf.fr/page.php?page=cdrom/prev/prev-ij.htm>

Cotation vie chère

Le coût de la vie est plus cher à Paris de 13% par rapport à la province (Insee, 2018). Les prix immobiliers y sont plus élevés aussi bien à l'achat qu'à la location et sont devenus un frein à l'installation. Le tarif de la consultation en secteur 1 est national, il ne prend pas en compte le coût de la vie plus important en région parisienne que dans le reste de la métropole. Or, la possibilité de majorer le coût de la consultation est rendue possible et largement appliquée dans les DOM-TOM.

PROPOSITION 23

Appliquer une majoration pour les consultations en zone vie chère en métropole similaire aux DOM-TOM.

IV. Prévention des risques psychosociaux

Burn out

Aujourd'hui utilisé pour décrire toute sorte de stress, de grande lassitude ou de fatigue par rapport à son travail le « burn-out » est pourtant un véritable syndrome d'épuisement professionnel qui se traduit par un épuisement physique, émotionnel et mental profond. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le burn-out se caractérise par un sentiment de fatigue intense, perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail.

Pourtant, en France, si sa prévalence a été estimée autour de 50 % chez les médecins généralistes, ce sont surtout ses conséquences qu'il va falloir prendre en charge. En effet, il génère un risque d'addiction, de surconsommation médicamenteuse, avec mise en danger de la santé des professionnels, qui s'isolent, sont dans le déni de leur trouble en plus d'être confrontés à des difficultés de prise en charge et de parcours de soins.

Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène, à commencer par la désertification médicale, qui rend difficile pour le médecin d'accepter de s'arrêter. De plus les charges financières inhérentes à l'activité libérale, associées à 90 jours de carence retardent fréquemment le recours aux soins, sans compter l'impact récent de la crise sanitaire. Ce sont ainsi la surcharge de travail liée aux disparités territoriales, le vieillissement de la population, les lourdeurs administratives, le consumérisme médical, qui alimentent le mal être chez les médecins.

Parmi les solutions à mettre en œuvre, la première est avant tout d'informer, de sensibiliser les professionnels eux-mêmes en plus d'alerter tant les pouvoirs publics que les patients sur ce phénomène. Mettre en place un parcours de soins fléché, facile d'accès, dénué de tout jugement doit permettre aux médecins de se soigner rapidement, en toute confraternité et sans se retrouver en situation de précarité financière.

Prendre en charge le burnout chez un médecin c'est lui permettre de se soigner, lui permettre de ne pas rester seul et créer surtout des interfaces pour lui permettre de ne pas tomber dans addictions, risques psychosociaux et succomber au risque suicidaire - celui-ci étant 2 à 3 fois supérieur à celui de la population générale.

Si des plateformes nationales d'aide psychologique dédiées aux professionnels de santé (SPS, l'association Mots) existent, elles restent encore trop peu développées et efficaces pour réellement protéger des soignants, souvent mal informés de leur protection sociale, dépendants de leurs prévoyances pour pouvoir se soigner.

PROPOSITION 24

Créer une cellule d'aide psychologique au sein des URPS, d'accès facile pour tous les médecins libéraux qui interviendrait en prévention primaire grâce à une écoute personnelle ou groupe de parole (Balint).

PROPOSITION 25

Créer une entité spécifique pour informer, accompagner et soutenir le médecin dans ses démarches administratives et la connaissance de sa protection sociale.

PROPOSITION 26

Se faire l'interface avec la CARMF en diminuant le délai de carence de 90 jours pour éviter précarité financière et permettre une prise en charge rapide.

Références

- Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant (Barbier ,2004).
- Vaquin Villeminey C, Wong O. (Prévalence du burn-out en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelle, Université René Descartes, 2007).

Insécurité / Agression

Les actes d'incivilité et de violence à l'encontre des professionnels de santé se multiplient et le corps médical n'est pas épargné à ce constat.

Les chiffres, souvent sous-évalués, sont en augmentation.

L'observatoire de sécurité des médecins pour 2019 fait apparaître un nombre de déclarations d'incidents le plus élevé depuis sa création en 2003.

Un petit guide a été élaboré par l'Ordre sur certaines situations plus pourvoyeuses de problème mais aucune réelle solution n'est envisagée, à part faire une déclaration pour leur observatoire

Mais aucun suivi à court, moyen et long terme n'est prévu suite à la survenue de ces actes malveillants.

PROPOSITION 27

Après chaque déclaration d'agression et d'incivilité, la cellule d'aide au sein des URPS sera chargée de rappeler et vérifier si une aide psychologique n'est pas indispensable.

PROPOSITION 28

Proposer des formations à une communication non violente et aux techniques de désamorçage de conflit.

PROPOSITION 29

Renforcer les liens avec les forces de l'ordre et pouvoir les appeler sans s'identifier ou créer une application ou autres outils donnant nos coordonnées de géolocalisation et entendre la conversation en cours par un simple clic dessus afin que la police puisse intervenir rapidement.

Références

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/resultats-2018-observatoire-securite-medecins>

V. E-santé

Avis Google

Les médecins libéraux installés sont automatiquement référencés sur Google, sans accord préalable de leur part, une fiche Google est ainsi créée.

Sur cette fiche n'importe qui peut laisser un avis et noter le médecin de manière anonyme. Il a été observé des commentaires diffamatoires, des attaques personnelles, des atteintes au secret médical.

Ces situations ont bien entendu un impact sur la pratique médicale, la relation médecin-malade qui se trouve biaisée et la santé psychique du médecin.

Devant cette situation les médecins libéraux sont démunis devant le peu d'alternatives de défense, le médecin peut :

- répondre sur sa fiche mais le code de déontologie oblige le médecin à un devoir de réserve (article R.4127-4 du code de la santé publique) auquel n'est pas soumis la personne qui commente ou note sa consultation médicale, les commentaires peuvent être erronés, mensongers ou malveillants,
- signaler l'avis en ligne, mais ce signalement est rarement pris en compte par Google et les propos diffamatoires restent longtemps sur internet,
- avoir recours à son assurance responsabilité professionnelle qui peut aider à un recours juridique, long, coûteux et sans garantie de résultats,
- supprimer sa fiche de Google, mais dans ce cas, le médecin n'est plus référencé géographiquement sur internet et cela peut avoir des conséquences sur l'accès aux soins dans certaines zones.

L'Ordre des médecins a publié en 2018 un guide pratique dénommé « préserver sa réputation numérique », un guide d'accompagnement dans la gestion de la e-réputation sans interdire les avis.

Une pétition créée par le collectif pour la déontologie médicale et approuvée par l'ordre, signée par 1000 médecins libéraux a été envoyée aux pouvoirs publics en juillet 2019, pas de retour pour le moment.

Des médecins ont tenté de mener des actions en justice en leur noms propres (cf psychiatre à Metz en juillet 2019) mais n'ont pas eu gain de cause face au géant du numérique.

L'avis est défini comme « l'expression de l'opinion d'un consommateur sur son expérience de consommation grâce à tout élément d'appréciation, qu'il soit qualitatif ou quantitatif ».

La santé n'est pas une marchandise ou un bien de consommation !

Cela peut aussi pousser les médecins au clientélisme...

C'est à nous médecins de protéger notre pratique médicale et de se battre contre toutes ces dérives du consumérisme.

PROPOSITION 30

Les URPS, avec le soutien de l'Ordre des médecins, doit engager un recours pour inciter Google à interdire le référencement systématique des médecins sans leur accord, et interdire les avis en ligne sur les médecins.

Références

Article R.4127-4 du code de la santé publique

Télé-expertise

La télé-expertise a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leur formation ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge du patient.

Elle est remboursée depuis février 2019, facturée en tiers payant, pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Le médecin requérant doit informer le patient, obtenir son consentement libre et éclairé, transmettre le motif de la demande et les données médicales du patient par un logiciel sécurisé au médecin requis.

Le médecin requis traite la demande, enregistre le compte rendu dans son dossier médical patient et dans le dossier médical partagé (DMP) du patient puis transmet ce compte-rendu de manière sécurisée au médecin requérant.

Il existe plusieurs plateformes de télé-expertise.

La facturation de la télé-expertise est à 2 niveaux :

- niveau 1 (avis simple) : le médecin requérant est rémunéré à 5 euros et le médecin requis à 12 euros
- niveau 2 (avis complexe) : le médecin requérant est rémunéré à 10 euros et le médecin requis à 20 euros

Et en plus, les actes sont limités avec des forfaits à ne pas dépasser.

Cette cotation est vraiment trop faible et peu attractive par rapport aux moyens matériels et investissement en temps demandés aux médecins.

Le développement de l'e-santé est un objectif des prochaines années, il est important de rendre la télé-expertise plus attractive

PROPOSITION 31

Majorer la facturation de la télé-expertise au même tarif qu'une consultation, et lever les restrictions forfaitaires.

PROPOSITION 32

Favoriser celle-ci dans le cadre d'une structuration régionale facile d'accès pour tous les médecins libéraux.

Références

- Téléconsultation et téléexpertise - Haute Autorité de Santé www.has-sante.fr
- <https://www.ameli.fr/hauts-de-seine/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>

Aide à l'équipement ou au rééquipement

Depuis l'apparition de l'informatique, des changements s'opèrent dans nos pratiques avec une nette accélération récente, et certains prédisent que l'e-santé transformera bientôt le cœur même de notre métier : de la disparition des dossiers papier avec leur numérisation au sein de « logiciels métier », à l'apparition d'aides à la décision et à la prescription, la télétransmission, la conservation de nos données dans le « Cloud », et plus récemment les messageries sécurisées et la télémédecine...

En dehors de quelques résistants, la grande majorité d'entre nous a pris le train du numérique, certains passionnément, d'autres contraints et forcés pour ne pas rester à quai. Mais la transformation numérique n'est pas simple pour tout le monde, et ce n'est pas une question de génération.

Et pourtant quelle que soit la branche dans laquelle on travaille, tout professionnel vous le dira : il faut savoir choisir les bons outils pour travailler dans de bonnes conditions. Et en changer quand ils ne conviennent plus.

Ces nouveaux outils informatiques que nous avons choisi d'utiliser font partie de notre pratique, de notre quotidien. Mais ils ont également un impact sur notre patientèle, sur leur parcours de soins, sur notre réseau, sur les informations médicales que nous souhaitons conserver ou transmettre...

Donc par extension, les outils que nous avons choisis, seuls dans notre coin, peuvent être structurants pour le système de santé dans son ensemble.

Nous souhaitons que toute la profession s'empare de ces problématiques en e-santé, et qu'elle ne se résigne pas à être de simples effecteurs de soins et utilisateurs finaux de solutions matraquées par des commerciaux et qui leur sont souvent inadaptées.

L'avenir de notre profession passe par le numérique.

Mobilisons-nous pour guider sa transformation.

PROPOSITION 33

Financer par la profession un Observatoire des usages du numérique en santé (actuellement réalisé « honorablement » par l'entreprise Vidal pour le CNOM).

PROPOSITION 34

Créer le premier site de comparaison des outils numériques de la profession.

PROPOSITION 35

Créer une cellule d'aide au choix de ses outils professionnels, composée de profils expérimentés en e-santé.

PROPOSITION 36

Animer des « clubs d'utilisateurs » d'outils e-santé au sein des URPS, pour favoriser la transformation numérique confraternelle.

Contacts presse

Dr Fatia CHERFIOUI

Dr Delphine MONNIER

Dr David AZÉRAD

Dr Sayaka OGUCHI