



Rapport de la Commission nationale permanente
*adopté lors des Assises du Conseil national
de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008*

Dr Bertrand LERICHE (Rapporteur)

Drs Marc BIENCOURT, Patrick BOUET, Monique CARTON, Pierrick CRESSARD, Jean-Marie FAROUDJA, Jacques LUCAS, Francis MONTANE, Jean-Claude MOULARD

LE MÉDECIN MALADE

SOMMAIRE

Introduction	page 04
---------------------------	----------------

Chapitre 1 ☞ Le médecin malade ou accidenté	page 07
--	----------------

- 1.1. Prise en compte de la pathologie, prévention, soins empiriques, diagnostic et prise en charge thérapeutique, relations confraternelles
- 1.2. Mobilisation confraternelle et déclenchement des organismes de prévoyance. Prise en charge de la patientèle
- 1.3. Vécu du passage « de l'autre côté de la barrière ». Prise en charge en externe, prise en charge en hospitalisation
- 1.4. Relations avec les organes de prévoyance. CARMF et organismes privés ou mutualistes. Vécu de l'incapacité du travail et reprise d'activité
- 1.5. Prévoyance en médecine salariée

Chapitre 2 ☞ Les Affections induites par l'environnement socio-professionnel	page 21
---	----------------

- 2.1. Les affections contractées du fait du travail
- 2.2. Le médecin victime de son devoir, victime d'agressions
- 2.3. L'épuisement professionnel
- 2.4. Les décompensations psychiques dans le parcours du médecin

Chapitre 3 ☞ La pathologie psychiatrique	page 32
---	----------------

- 3.1. La pathologie psychiatrique
 - 3.1.1. La prévention des décompensations psychiatriques
 - 3.1.2. Les pathologies psychiatriques invalidantes
- 3.2. « Je vais bien, tout va bien ». Les addictions

Chapitre 4 ☞ Quelles réponses ?	page 41
--	----------------

- 4.1. Que faut-il retenir des expériences étrangères ?
 - Quelles sont-elles : Barcelone, Québec
 - Ce qui doit être retenu
 - Ce qui peut être réalisé immédiatement
 - Ce qui doit être encouragé
- 4.2. Pour une nouvelle imagination ordinaire
 - 4.2.1. Situation actuelle
 - 4.2.1.1. Incapacité du médecin à gérer sa propre couverture Sociale et de prévoyance

SOMMAIRE

- 4.2.1.2 La solitude, la pudeur et l'esprit d'indépendance
- 4.2.1.3 Confraternité devenue utopie
- 4.2.1.4 Humilité et cécité professionnelle
- 4.2.2 Les réponses à proposer
 - 4.2.2.1 Signalement du médecin en difficulté de santé
 - 4.2.2.2 La nécessité d'une organisation de la prévoyance chez les confrères
 - 4.2.2.3 Visite médicale régulière ou obligatoire
 - 4.2.2.4 Limitation intelligente de l'auto prise en charge et de l'auto prescription
- 4.3 Osons aller plus loin
 - 4.3.1 Vers un nouvel engagement de l'Ordre
 - 4.3.1.1 Mise en place d'un service social
 - 4.3.1.2 Mutualisation des risques
 - 4.3.1.3 Mise en place d'une évaluation professionnelle
 - 4.3.1.4 Mise en place d'une banque d'emplois potentiels
 - 4.3.1.5 Dépistage
 - 4.3.2 Politique institutionnelle professionnelle
 - 4.3.2.1 L'inscription au Tableau
 - 4.3.2.2 Création d'une structure de reconversion
 - 4.3.2.3 Agir sur la réglementation et la législation
 - 4.3.3 Vers une nouvelle législation sur trois points
 - 4.3.3.1 Unicité du droit d'exercer
 - 4.3.3.2 La qualification
 - 4.3.3.3 L'incapacité à exercer

Conclusion page 65

Annexes page 66

- L'expérience de Barcelone
- L'expérience du Québec
- L'expérience de Franche Comté

INTRODUCTION

Docteur Bertrand LERICHE

INTRODUCTION

Confronté à un environnement très exigeant, le médecin estime en première réponse, lorsqu'on lui pose la question sur son état de santé, qu'il est un patient comme les autres. En fait il est trop souvent tout au contraire, malheureusement, son principal ennemi qui, par indifférence, mépris de sa souffrance ou crainte de la vérité, nie la fatigue et les symptômes annonciateurs de la maladie.

L'enthousiasme insouciant du jeune médecin qui débute, mal prévoyant au plan matériel, fait progressivement place au souci constant d'une activité professionnellement soutenue et parfois excessive. Et trop souvent, quelques années plus tard, cette imprévoyance matérielle jamais remise en cause conduit au drame personnel et familial.

Au regard des autres, la raillerie, comme au temps du Siècle des Lumières, ou des siècles précédents (Montaigne : « *la maladie du médecin est un scandale...* », Voltaire : « *il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse...* ») n'est guère plus de mise et a fait essentiellement place à l'indifférence d'une société de moins en moins généreuse et respectueuse.

Cette indifférence reste néanmoins le plus souvent bienveillante de la part des patients proches, fruit d'un long exercice attentif et généreux où la relation thérapeutique médecin-malade a été intense. Jean-Paul Valabrega conclut que « *toutes ces images aboutissent à une forme condensée et essentielle de la relation thérapeutique : un médecin n'est pas un homme... Il joue malgré lui à Dieu...* » (in « Nos médecins sont malades » de Jacques Dufresne).

Cet homme, déifié malgré lui, prend-il suffisamment soin de lui-même ? comment ce **médecin malade, ou accidenté**, affronte-t-il l'affection ? comment doit se comporter son thérapeute ? Comment l'aider au plan matériel et limiter les conséquences de sa maladie sur la marche de son cabinet ?

C'est l'objet du **premier chapitre de ce rapport**.

L'environnement socio-professionnel va, pour des personnalités fragiles, être le catalyseur de décompensations susceptibles de mettre en cause leur sécurité et celle de leurs patients en les conduisant au syndrome d'épuisement professionnel.

Le second chapitre du rapport traitera de cette pathologie induite par l'environnement.

Le troisième chapitre est consacré à la **pathologie psychiatrique** primitive ou secondaire à diverses affections (traumatismes crâniens, AVC...). Le dépistage précoce des addictions, la prévention des suicides y sont également évalués.

Un exposé purement descriptif du médecin malade n'aurait aucun intérêt s'il ne conduisait pas à proposer des dispositions pratiques susceptibles de pallier les insuffisances du système de soins en place (optimisation de ce qui existe légalement, adaptation de certains textes de loi ...) : **c'est l'objet du 4ème chapitre** qui, à partir de l'analyse de systèmes de soins spécifiques aux médecins, en usage à l'étranger, conduit les rapporteurs à :

- d'une part proposer diverses solutions rapides à mettre en place et permettant de rompre l'isolement d'un médecin en difficulté, d'améliorer ses conditions d'une meilleure prévention et d'une meilleure prévoyance financière, enfin de limiter le recours à une dangereuse auto-médication.
- D'autre part proposer un engagement actif de l'Ordre en faveur d'une plus efficace confraternité ne se limitant pas au seul fait d'une entraide matérielle mais répondant à l'ambition bien plus grande d'un véritable accompagnement social du médecin en difficulté : création d'un véritable service social central, mutualisation des risques, élaboration d'une politique de reclassement professionnel...concepts nouveaux qui imposent une adaptation du code de déontologie à de nouvelles formes d'exercice...

Avant d'aborder ce travail, Il convient de faire mention de deux précédents rapports :

- ✓ « *L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin* » .
Rapport CNP de Juin 2000. Rapporteur Mme le Dr Delga.
- ✓ « *L'entraide Ordinale* »
Rapport CNP de juin 2004. Rapporteur Dr J.Pouillard.

Au terme de son rapport, Mme le Dr DELGA insistait sur trois points :

- l'impérieuse nécessité d'une évaluation de l'aptitude physique et mentale des étudiants en médecine avant qu'ils ne s'engagent dans l'irréversible voie du troisième cycle.
- l'intérêt d'un suivi médical du médecin en exercice, pour sa propre sécurité comme pour la sécurité des patients dont il a la charge.
- que le médecin malade puisse être pris en charge comme tous les patients, en particulier avec confidentialité totale... « *Et il n'est pas illusoire d'envisager une structure régionale qui pourrait veiller à la santé du médecin, faciliter son exercice professionnel en cas de difficultés, et protéger matériellement sa famille* ».

Ces conclusions restent d'actualité...

CHAPITRE I

Le médecin malade ou accidenté

Docteur Marc BIENCOURT

Docteur Bertrand LERICHE

Docteur Jean-Claude MOULARD

1 - LE MÉDECIN MALADE OU ACCIDENTÉ

**Docteur Marc BIENCOURT - Docteur Bertrand LERICHE -
Docteur Jean-Claude MOULARD -**

Dans sa thèse* consacrée à l'état de santé de médecins libéraux de l'Ile de France, Laurence Gillard fait les constats suivants :

- les médecins respectent très bien dans l'ensemble les recommandations en matière de santé, mais ils n'ont pas d'interlocuteur. Cette solitude est responsable de l'idée médiocre qu'ils se font de leur état de santé et de la multiplication des examens complémentaires
- 90% n'ont pas de médecin traitant
- 86% se prescrivent leur traitement psychotrope
- 31% ressentent le besoin d'un soutien psychologique

Elle en déduit que, si le médecin se considère comme un patient banal, en fait :- il exprime un très fort besoin de soutien psychologique, ceci dès l'installation (appréhension, insuffisance de préparation à cette nouvelle vie) - il est paradoxalement réticent à exposer à un confrère son état de fatigue ou de détresse- il recherche l'anonymat dès que l'affection est grave- et en fin de compte, résultant d'un véritable fonctionnement en vase clos, il se retrouve le plus souvent sans interlocuteur .

Effectivement, le caractère principal du médecin malade, est que, plus qu'un malade habituel, il refuse la réalité de ses symptômes et d'emblée minimise son ressenti. Lorsque la pathologie s'impose réellement, le déni reste encore effectif et c'est l'entourage familial ou confraternel qui le plus souvent intervient bien trop tardivement.

- La situation est différente selon la pathologie et selon le fait accidentel, reste que le médecin malade est souvent un malade grave, car sa prise en charge tardive intervient sur des pathologies déjà très évoluées.
- Les relations avec les confrères traitants, les structures hospitalières, sont parfois difficiles car le médecin ne peut s'empêcher d'analyser sa maladie et perturber en les influençant les procédures de prise en charge.

*

- Thèse de médecine générale : la santé des généralistes / Laurence Gillard ; 2006
- Et la santé comment, docteur, comment ça va ? / F. Petty, D. Mascrot – Le Généraliste du 16 février 2007, p. 18-20

- Les contacts avec les organismes de couverture maladie sont souvent difficiles, le médecin étant souvent un intermédiaire entre ses malades et les « caisses », il ressent mal d'être devenu un « anonyme » ou un « numéro » pour ces organismes.

1.1 - PRISE EN COMPTE DE LA PATHOLOGIE , PREVENTION, SOINS EMPIRIQUES, RELATIONS CONFRATERNELLES

1.1.1 Prise en compte de la pathologie

Les difficultés rencontrées dans la prise en charge des médecins présentant une pathologie médicale résident surtout dans le fait que le médecin minimise volontairement, par rapport à ses confrères, les signes cliniques et les éléments pathologiques ressentis.

Les statistiques de la CARMF, assez stables d'une année sur l'autre, permettent une évaluation approximative des types de pathologies puisque , en 2005 :

- en ce qui concerne les bénéficiaires d'indemnités journalières, il était noté :
 - affections cancéreuses : 27,9 %
 - affections psychiatriques : 18,5 %
 - affections traumatiques : 12,4 %
 - affections cardio-vasculaires : 10,5 %
 - autres : 30,7 %
- quant aux bénéficiaires de pensions d'invalidité,
 - affections cancéreuses : 9,9 %
 - affections psychiatriques : 37,9 %
 - affections neurologiques : 13,2 %
 - affections cardio-vasculaires : 14,1 %
 - autres : 24,9 %

Il est certain que la prise en charge d'un confrère reste pour un praticien extrêmement difficile et demande une grande vigilance et un bon sens pour amener ce médecin malade à réellement transmettre toutes les informations à son confrère traitant.

D'autre part le problème présenté par l'automédication est préoccupant puisque certaines prises de médicaments (corticoïdes, antalgiques, anti-inflammatoires et autres) perturbent l'expression des pathologies et rendent d'autant plus périlleuse l'élaboration d'une stratégie diagnostique et thérapeutique. Il reste donc important, dès la formation médicale des médecins, de bien faire comprendre que la prise en charge d'un autre médecin est particulière, et nécessite une grande vigilance et une écoute importante.

1.1.2 Prévention

L'analyse des conclusion des données les plus récentes de la littérature scientifique en matière de prévention, concernant essentiellement les pays de l'Europe de l'Ouest, tend à démontrer que , dans l'ensemble , le médecin se comporte de façon identique à la population générale et que , comme le soulignait Mme le docteur Delga dans son rapport de juin 2000,

« Si le fait de bien connaître le risque apparaît plus dissuasif chez le médecin, la prévention a peu d'influence le concernant, rejoignant le phénomène socioculturel bien établi dans notre pays ».

Il est notoire que les médecins, tout au long de leur carrière y compris dans la période universitaire, ne profitent absolument pas de la médecine préventive. Pour des actes aussi simples que la vaccination, il est extrêmement rare que les médecins se vaccinent, même contre des pathologies aussi importantes que le tétanos, l'hépatite virale et éventuellement la grippe.

Tout examen de prévention est récusé par les praticiens même salariés. Malgré la pression des employeurs, au niveau hospitalier ou au niveau des entreprises, les médecins trouvent toujours une solution pour ne pas répondre aux convocations. Il serait nécessaire d'envisager la prise en charge d'une médecine de prévention pour la médecine libérale et la médecine salariée. L'évaluation de la couverture vaccinale des médecins en activité ne serait probablement pas inutile pour approfondir cette réflexion ; et il n'est pas inutile de rappeler que la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les professionnels et que cette obligation leur est légalement opposable en cas de litige.

1.1.3 Soins empiriques

Les soins empiriques et l'automédication sont des phénomènes extrêmement développés. Il est certain que la difficulté d'évaluation en temps réel de cette automédication est des plus difficile. L'auto prescription autorisée pour les médecins permet l'absorption de traitements parfois lourds.

Il est notoire :

- que les médecins s'auto prescrivent parfois à fortes doses des traitements très actifs qui peuvent donner des complications à moyen et longs terme
- que par l'état de fatigue assez avancée et le surmenage, la prise de stimulants comme les corticoïdes n'est pas rare.
- que dès la moindre pathologie, par exemple virale, la prise de traitements trop importants est fréquente.

- que lorsqu'un médecin présente une pathologie chronique, l'automédication existe afin d'éviter, selon lui, une évolution sévère et une interruption d'activité
- que le non respect des posologies prescrites par le confrère traitant reste fréquent avec le secret espoir de minimiser les possibles effets secondaires et de rendre apparemment plus confortable la poursuite de l'exercice, malgré la pathologie évolutive existante

1.1.4 Le diagnostic - la prise en charge thérapeutique

Surcharge de travail, manque de temps libre, manque d'objectivité dans l'analyse des symptômes font que le médecin-malade oscille entre deux comportements extrêmes, celui de négligence de son état et celui de panique. Il hésite à se confier à son confrère voisin que pourtant il a en haute estime, de crainte de déranger, de crainte de se voir trahi par un manque de confidentialité valse hésitation qui le conduit à l'auto-médication parfois inappropriée, à l'auto-prescription et donc à l'auto-analyse d'examen para cliniques...

Cette situation quelque peu ambiguë trouvera sa solution dès lors qu'il s'agit d'une **affection sinon bénigne, du moins guérissable ou stabilisable, bénéficiant de modalités thérapeutiques efficaces**. Quelles qu'en soient les conséquences matérielles qui feront l'objet d'un prochain chapitre, cette affection ostéo-articulaire, cette pathologie viscérale, cette fracture de membre ...seront soignées comme il le faut et à l'état de panique initial succèdera un état de réelle sérénité pour peu que l'accompagnement socio-financier soit cohérent et efficace. La présence nécessaire d'un ou de plusieurs collègues médecins réalisant les examens complémentaires et les gestes thérapeutiques (intervention chirurgicale, exploration endoscopique, immobilisation plâtrée ...) installera progressivement un climat de confiance réciproque. Cette situation idéale, où chaque partie joue bien son rôle, qui de médecin est devenu « patient » (connotation passive, résignée...), qui de confrère ou connaissance est devenu « thérapeute », cette situation idéale représente la majorité des cas dans lequel le colloque singulier médecin-malade apparaît progressivement évident après que se soient effondrées les réserves naturelles et protectrices de chaque personnalité. Dès lors, ce qui pose réellement problème est la conséquence matérielle et financière de cette maladie, ce que nous verrons un peu plus loin.

Beaucoup moins évidente est la prise de conscience du médecin qui apprend et comprend qu'il est atteint d'une **affection grave susceptible dans un bref délai de menacer sa vie cancer) ou ses fonctions mentales et motrices (affection neurologique : SLA, Parkinson...)** ? Ce médecin, celui-là même à qui est attribué le pouvoir de guérir et qui parfois en est convaincu, est confronté pour lui-même à son réel pouvoir bien plus limité, celui de retarder l'inexorable échéance de la mort et de soulager les douleurs physiques résultant de la maladie. Ce médecin, qui sait que l'écoute, le regard, la parole sont l'essence même de son métier, qui a certainement utilisé en toute bonne foi le mensonge par omission en ayant laissé à ses patients une possible issue heureuse face à une mort certaine, ici affronte l'inexorable réalité, réagissant alors avec sérénité ou avec révolte, avec mépris ou formant un espoir insensé...voire avec l'alternance de ces sentiments pourtant contradictoires.

C'est tout l'art du praticien traitant d'adapter son comportement et son discours à la situation, tout en restant intransigeant et convaincant sur l'essentiel thérapeutique ...Chaque situation est bien sur particulière, d'autant plus unique que s'y ajoute le poids de l'environnement familial et culturel, de la dimension spirituelle et religieuse. Doit s'exprimer dans cette relation médecin/médecin l'âme de la véritable et sincère solidarité humaine.

Vérité, vérité masquée, vérité travestie.... Peu importe en fin de compte le qualificatif de cette vérité, la façon dont elle a été exprimée à son interlocuteur médecin malade, à deux conditions :

- Qu'elle réponde exactement à son attente intime
- Qu'elle ne modifie pas le schéma thérapeutique dont la rigueur continue à s'imposer quelles que soient les circonstances

Il est certain que la gravité et la complexité de certaines affections font que **leur prise en charge est multidisciplinaire**, nécessitant la mise en œuvre de techniques sophistiquées et l'intervention de plusieurs spécialistes. La relation unique médecin malade devient plurielle, et si l'on pense que le premier médecin qui a porté le diagnostic et déterminé le protocole thérapeutique reste aux yeux du malade le médecin traitant et le confident, on peut tout autant admettre en cours de protocole thérapeutique un changement, une aspiration vers un autre praticien, à condition de s'assurer que le schéma thérapeutique reste univoque.

1.1.5 Relations confraternelles

Il est donc réel que la prise en charge d'un confrère malade est extrêmement difficile et périlleuse pour tous les médecins. Elle nécessite de la part de l'ensemble du corps médical une mobilisation autour du confrère malade, afin d'éviter le piège de se laisser embarquer dans des erreurs de diagnostic ou de thérapeutique dues à la volonté consciente ou inconsciente de dissimulation du médecin malade.

Il est donc indispensable dès la prise en charge d'un confrère malade de bien lui faire comprendre que, même si traditionnellement la relation confraternelle reste privilégiée, il est utile pour une bonne prise en charge de garder la distance nécessaire entre le malade et le médecin. Pour cela, un échange sincère entre les deux doit s'instaurer et doit persister dans la poursuite de la prise en charge.

Ceci reste même vrai lorsque plusieurs confrères interviennent dans la prise en charge du médecin malade, ces confrères ayant souvent beaucoup de difficultés à annoncer au médecin patient les vérités nécessaires pourtant indispensables à la prise en charge.

Concernant les honoraires : Le Serment d'Hippocrate d'origine traduit par Émile Littré recommande ceci « *Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins; je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement* ». Il y est fait donc mention de la gratuité de l'enseignement de l'art médical aux enfants souhaitant apprendre la médecine, il y est fait mention d'une solidarité corporatiste, sans aucune autre précision...

Cette question des honoraires du médecin malade au médecin soignant a, à notre sens, une réponse assez simple : déterminés avec tact et mesure bien entendu, ils sont dus, à l'exception peut-être de la première prise de contact, et ce pour diverses raisons :

- Le paiement de la consultation confirme son caractère professionnel et technique. Sans ce cérémonial, ne risque-t-on pas d'aboutir à ces consultations «entre deux portes», certainement sympathiques et chaleureuses mais ô combien superficielles et dangereuses
- Le règlement des honoraires confirme au médecin malade son bon choix d'être entré dans une filière de soins bien coordonnée et organisée. Cela lui ôte l'idée qui pourrait le miner de rester débiteur de son médecin traitant.
- Enfin, notre système de protection sociale rembourse au malade, en partie ou en totalité, ces frais engagés, à condition bien entendu d'une élémentaire prévoyance, alors que le médecin traitant a de lourdes charges à assumer

Nous pensons en conclusion que demander des honoraires à un médecin malade consultant n'est pas contraire aux principes hippocratiques ; il va sans dire que ce ne doit pas être une règle et que bien d'autres facteurs, affectifs et personnels, entrent en ligne de compte...

1.2 - MOBILISATION CONFRATERNELLE ET DÉCLENCHEMENT DES ORGANISMES DE PRÉVOYANCE (SOINS ET PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTÈLE)

1.2.1 Déclenchement des organismes de prévoyance

Le médecin a, trop souvent, une prévoyance mal organisée et sous évaluée par rapport aux besoins nécessaires au chiffre d'affaire et au montant des frais professionnels. La majoration de plus en plus importante des rétrocessions d'honoraires peut parfois atteindre plus de 80% et aggrave ce phénomène.

En dehors de la CARMF qui ne se déclenche qu'au bout de 90 jours et qui est largement insuffisante pour couvrir même les frais professionnels, il apparaît qu'un grand nombre de médecins malades se retrouve dans une situation extrêmement difficile par manque de

prévoyance, en pratique par manque d'assurance complémentaire. Des organismes spécialisés tels que l'A.G.M.F (Association Générale des Médecins de France) , l'UNIM et bien d'autres proposent des couvertures complémentaires bien adaptées au milieu médical. La promotion de ces systèmes complémentaires est correctement faite, impliquant, pour certains de nature mutualiste, des médecins et même des conseils départementaux. L'effort d'information, mais surtout de persuasion et d'incitation, doit être accentué à l'exemple de ces confrères et de ces conseils.

Il est nécessaire également qu'une formation adaptée pendant les études., en 3^{ème} cycle par exemple soit effectuée auprès des jeunes médecins afin de leur donner une bonne appréhension des nécessités de prévoyance, en particulier en médecine libérale mais également salariée avec activité libérale.

Ce problème de prévoyance est moins aigu dans le cas de la médecine salariée ou hospitalière, où une prise en charge commune est faite et permet d'assurer la période de maladie, il est cependant des situations parfois difficiles dans ce secteur. Il est évident que de trop nombreux médecins, dont certains à chiffre d'affaire important, n'ont jamais prévu la possibilité d'un arrêt d'activité.

L'existence de tontines confraternelles améliore la situation mais celles-ci restent, malheureusement, très rares. Elles permettent le plus souvent de couvrir les 90 jours de la CARMF et aident les conjoints en cas d'invalidité ou décès.

Les contrats d'association prévoient également dans certains cas une solidarité pour l'associé malade, mais le plus souvent avec exclusion des arrêts supérieurs à six mois.

A noter que les organismes bancaires n'incitent jamais les médecins à se couvrir en Indemnités Journalières pour leurs prêts professionnels et privés et ne proposent que rarement une franchise inférieure à 90 jours. Hors ce sont les 90 premiers jours les plus difficiles à supporter dans la plupart des cas de par le retard apporté à la prise en charge des assurances.

Comme solutions :

- il pourrait d'abord, par exemple, être conseillé aux maîtres de stage de donner les éléments nécessaires pour permettre aux jeunes médecins une bonne appréhension de la nécessité d'une prévoyance adaptée
- ensuite pourrait être envisagée une réévaluation régulière tous les cinq ans du contrat de prévoyance du médecin, information qui pourrait être relayée par les conseils départementaux au contact des prestataires de service assurantiels sensibilisés à ces questions

Car, en cas de maladie, l'absence ou l'insuffisance de prévoyance risque de conduire à une reprise d'activité beaucoup trop précoce du médecin, obérant ainsi le bon résultat thérapeutique qu'aurait pu permettre un arrêt d'activité suffisamment long.

1.2.2 Prise en charge de la patientèle

Si certains prestataires de service, type Média santé, permettent aux médecins malades adhérents à cet organisme de trouver en urgence des remplaçants, ces remplaçants sont malheureusement le plus souvent des praticiens dont les motivations d'exercice ne sont pas celles des titulaires du cabinet.

On assiste dès lors à des prises en charge de patientèle extrêmement variables, et il n'est pas rare de voir ces remplaçants professionnels refuser de prendre la totalité de l'activité en charge et imposer au médecin malade, en dépit de toute confraternité, des conditions financières inacceptables. Dès lors il serait nécessaire de revoir au niveau confraternel, ordinal en particulier, des incitations à l'organisation de tontines et d'auto-remplacements confraternels qui pourraient pallier ce mercantilisme non confraternel vécu par beaucoup de médecins malades, mis dans des situations extrêmement périlleuses et subissant le joug de médecins remplaçants professionnels dont les motivations ne sont sûrement pas l'intérêt de nos patients.

Il faut être extrêmement vigilants et stricts sur les contrats de remplacement au niveau des Conseils départementaux pour essayer de corriger une situation qui aujourd'hui met en difficulté financière et psychologique bon nombre de médecins en difficulté de santé.

1.3 - VÉCU DU PASSAGE «DE L'AUTRE CÔTÉ DE LA BARRIÈRE»

1.3.1 Prise en charge en externe

Le médecin malade et pouvant continuer son activité doit consulter régulièrement les praticiens le prenant en charge. Ces consultations de suivi sont extrêmement difficiles à respecter et la relance par les praticiens traitants est parfois inexistante. Cet état est causé par le fait que le médecin malade, essayant de maintenir son activité de médecin traitant au sein de sa clientèle, se refuse à perturber de façon trop évidente son exercice professionnel par des consultations qui de toute façon interviennent toujours durant les journées de travail.

Il est nécessaire donc que la possibilité de remplacement par demi-journée puisse être confortée au niveau des Conseils départementaux et que la possibilité d'un assistanat partiel d'un praticien malade avec des conditions financières satisfaisantes pour les 2 parties soit mis en place par le Conseil National.

Il est notoire que les médecins malades se prennent souvent très mal en charge en dehors d'une hospitalisation par une grande négligence quand au suivi auquel il devrait s'astreindre dans le cadre de la prise en charge de leur pathologie.

Il est notoire également que la prise de thérapeutique par les médecins est extrêmement variable et que l'observance des traitements prescrits par leurs confrères traitants laisse le plus souvent à désirer.

1.3.2 Pathologie nécessitant une hospitalisation

Les médecins hospitalisés ne sont pas les malades les plus faciles à prendre en charge: s'il était une comparaison à faire, le médecin et l'enseignant sont probablement les deux malades les plus difficiles au niveau d'un secteur hospitalier.

Le fait de se retrouver malade pour un médecin qui a connu « l'autre côté de la barrière » est psychologiquement mal vécu dans la plupart des cas. Il est notoire qu'un médecin malade, par rapport au personnel soignant, se comporte de façon très paternaliste, et comme un conseiller mal venu. Il est rejeté le plus souvent dans cette attitude, et se retrouve dans une situation difficile au niveau relationnel avec le personnel soignant ainsi qu'avec les confrères qui le prennent en charge.

Pour des courtes hospitalisations, la situation n'est pas trop délicate, mais pour des hospitalisations amenées à durer, la situation peut parfois devenir difficile et mettre en cause la qualité des traitements et de la prise en charge.

Il serait donc nécessaire de prévoir de façon confraternelle la possibilité d'un accompagnement du médecin malade au niveau des secteurs hospitaliers, afin d'essayer psychologiquement de diminuer le mal vivre des confrères pris en charge au niveau de l'hôpital.

Il serait également utile d'aider les collègues correspondants hospitaliers à optimiser le séjour d'un médecin hospitalisé, et par de fréquentes visites, à adoucir sa rigueur.

Il est nécessaire aussi également que les médecins hospitaliers soient extrêmement vigilants sur le comportement du personnel hospitalier amené à prendre en charge un médecin malade, expliquant en cela les difficultés ressenties d'un côté comme de l'autre dans cette prise en charge. Cette situation n'est pas automatiquement améliorée lorsque le médecin pris en charge dans le cadre de l'hospitalisation est un médecin de l'établissement. Il est donc nécessaire également durant la formation initiale que les médecins soient bien informés des difficultés relationnelles et des difficultés de prise en charge globales de confrères malades en particulier au niveau d'une hospitalisation.

1.4 - RELATIONS AVEC LES ORGANISMES DE PRÉVOYANCE

1.4.1 CARMF sans revenir sur la réglementation CARMF

(règlements des IJ au 91^{ème} jour, soumis à prélèvements sociaux et à l'impôt)

Les relations avec la CARMF sont, pour le médecin malade, encore bien difficiles et tiennent parfois du parcours du combattant. Sans vouloir polémiquer, il convient de reconnaître que

l'accueil de cet organisme est trop souvent désinvolte pour ne pas dire discourtois, et que sa réactivité est également sujet à critiques : trop souvent le déclenchement du versement des IJ est loin de se faire au 92^{ème} jour malgré la bonne volonté de ses administrateurs. Toutefois, la prise en charge des cotisations, lorsque l'arrêt se prolonge au-delà de 180 jours est appréciable.

1.4.2 Les organismes privés ou mutualistes

Que ce soit l'UNIM, l'AGMF ou tout autre organisme de prévoyance, la gestion des dossiers et l'obtention des règlements nécessitent une implication du médecin ou de son entourage : la réactivité et le temps passé au téléphone sont le seul moyen d'obtenir le règlement des IJ et d'autres versements en un temps acceptable. Toutefois, ces organismes se caractérisent par un interlocuteur personnel ce qui facilite l'obtention de résultats.

Dans tous les cas, le médecin malade doit espérer garder toute « sa tête » pour gérer ses dossiers de prévoyance et obtenir les règlements auxquels il a droit en fonction de ses contrats. La nécessité de "monter" et renouveler "les montages" de dossiers reste un véritable calvaire pour le médecin malade, qui en fait ne peut que compter sur lui-même ou son entourage. Le médecin n'a guère accès aux aides sociales pour l'aider à constituer ses dossiers de prises en charges. Des relations confraternelles de bonne qualité peuvent l'aider dans les demandes toujours difficiles (renouvellement d'arrêt de travail, constitution des dossiers d'assurances, questionnaires médicaux, expertises ...etc...). Lui qui passe une bonne partie de son temps à aider ses malades à obtenir les aides sociales, se retrouve le plus souvent seul devant les arcanes des régimes d'assurances !

1.4.3 Vécu de l'incapacité de travail

Le médecin malade, s'il a accepté par la force des choses la trahison provoquée par sa maladie ou les séquelles de son accident, va devoir accepter la diminution de ses capacités. Son ego, souvent un peu hypertrophié, va se voir confronté à un sentiment de faiblesse bien difficile à accepter et pour lequel il va devoir s'adapter dans ses relations avec son entourage, ses confrères, les malades qu'il sera amené à rencontrer. Le risque "d'enfermement" avec rupture de tous liens sociaux est important.

La perte du rythme de travail journalier et de l'image du « médecin toujours en forme, jamais malade », vont être très difficiles à vivre.

Avec tous ces aspects extrêmement destructeurs, le médecin va devoir assurer la gestion de son remplacement auprès de ses malades et plus l'arrêt de travail se prolongera plus le médecin malade vivra mal le remplacement souvent difficile, faisant intervenir de nombreux professionnels, plus ou moins acceptés par ses patients. La "fuite" temporaire de ses patients qui deviendra définitive avec le temps sera un épisode particulièrement douloureux.

La tentation de reprendre une activité menée à temps très partiel sera forte au risque de négliger son traitement et d'aggraver la situation.

Dans les premières semaines, les patients et les confrères savent dans la plupart des cas faire preuve de sollicitude, mais le temps passant, le rejet du médecin malade va s'installer, et même les confrères vont par un réflexe parfaitement humain s'éloigner. La solitude interviendra alors et majorera toutes les pathologies d'un syndrome dépressif très évolutif.

Aucun reclassement professionnel ne permet au médecin d'envisager un avenir. Les rencontres avec l'entourage deviennent dès lors très difficiles.

Seule une reprise du travail dans de bonnes conditions confraternelles avec respect des règles déontologiques permettra au médecin malade de reprendre confiance en lui, du moins si ses capacités physiques et intellectuelles le lui permettent. Malheureusement, le doute s'est le plus souvent installé dans la relation de confiance des malades et la partie sera loin d'être gagnée.

1.4.4 Reprise du travail

1.4.4.1 *Arrêts de maladie de courte et moyenne durée, inférieure à six mois*

Le médecin malade aura pu profiter dans la plupart des cas d'un soutien financier de ses assurances et, de principe, on peut espérer que sa situation financière se stabilise.

La reprise du travail restera difficile : le rythme du travail, la reprise des relations confraternelles, le retour à l'autorité mettront plusieurs semaines à se retrouver. Si les relations confraternelles sont restées satisfaisantes, en quelques semaines, l'arrêt maladie sera oublié par les patients qui le plus souvent accepteront de s'adapter à certaines modifications de l'organisation du cabinet (diminution des actes, disponibilité plus réduite, disparition de certains actes...).

Seule la récupération apparente des capacités du médecin permettra une reprise satisfaisante de l'activité du cabinet. Si de graves et lourdes séquelles existent, la reprise risque de se solder par un échec. Dans des cas exceptionnels le soutien confraternel intervient, une activité pourra se poursuivre, mais toujours avec grandes difficultés.

1.4.4.2 Arrêt de maladie longue durée ou arrêts répétés

La situation risque de devenir dramatique sans une couverture en invalidité et perte de capacité professionnelle suffisante.

Seul un entourage familial et confraternel de grande qualité permettra au médecin malade de garder une vie satisfaisante. La profession n'est pas suffisamment organisée à prendre en charge nos confrères en grande détresse, il importe de se remettre en question et de réfléchir à l'aide que la profession devra apporter à nos confrères désemparés.

1.5 - PRÉVOYANCE EN MÉDECINE SALARIÉE

La prudence s'impose aux médecins salariés, en matière de prévoyance, sans avoir toutefois l'acuité de ce que cela représente pour les médecins libéraux. La médecine salariée est néanmoins très diverse, et il n'y a aucune commune mesure entre le praticien hospitalier et le médecin salarié à contrat précaire, tous deux pouvant exercer dans le même hôpital ou le même service.

1.5.1 Les médecins hospitaliers

- **Les praticiens hospitaliers, médecins des hôpitaux**, titulaires d'un poste, ont des garanties statutaires qui prévoient une indemnisation à 100 % du salaire pendant trois mois puis à 50 % pendant neuf mois en cas d'arrêt de maladie. Au-delà de 12 mois de maladie, les praticiens à temps plein ne touchent que l'indemnité versée par la sécurité sociale (50% du plafond) sauf s'ils obtiennent un congé de longue maladie ou de longue durée. Ces agents titulaires de l'Etat ne sont pas fonctionnaires mais bénéficient globalement des mêmes prérogatives en matière de congé de longue maladie ou de longue durée, soit une protection d'indemnisation d'un an à taux plein et de trois à cinq ans à 50%.

En pratique :

- Le PH titulaire a intérêt à souscrire une assurance complémentaire lui permettant de compenser la diminution de ses revenus en cas d'arrêt de maladie excédant trois mois ou d'arrêt de longue maladie excédant un an.
- Le PH titulaire ayant une activité libérale doit être vigilant car il ne bénéficie que de 66 % de son traitement durant les trois premiers mois d'arrêt maladie et de 33 % durant les neuf mois suivants.

- On ne saurait que recommander aux jeunes praticiens hospitaliers de souscrire dès leur nomination à une assurance complémentaire, d'autant qu'il leur est proposé des systèmes mutualistes performants et solidaires.
- **Les médecins hospitaliers et universitaires** (Professeurs des Universités-PH), principalement sous tutelle universitaire, Education Nationale, ne bénéficient de leurs émoluments hospitaliers que pour une durée de trois mois en cas d'arrêt maladie, leur seule indemnisation ensuite provient de leur statut universitaire. Il leur est fortement recommandé donc de souscrire une assurance complémentaire, qu'ils aient ou non une activité libérale associée à leur activité hospitalière.
- **Les praticiens hospitaliers provisoires et contractuels** ne bénéficient d'aucune garantie statutaire (ils n'ont pas de statut...). Ils ne bénéficient, dès le 1^{er} jour d'arrêt et quelle que soit la maladie, que des indemnités journalières de sécurité sociale (maximum 50 % du plafond qui est de 2342 Euros)...

1.5.2 Les médecins salariés non hospitaliers

- **Les médecins de la Fonction Publique**, médecins des DRASS, des DASS, corps des Inspecteurs, médecins de l'Education Nationale, lorsqu'ils sont titulaires, bénéficient des dispositions statutaires de la Fonction Publique : l'usage fait que, pour cette fonction publique, le passage de l'état de maladie à l'état de longue maladie est quasi automatique dès que l'arrêt de travail atteint trois mois... ce qui permet aux bénéficiaires de disposer d'un traitement à taux plein au minimum durant un an.
- **Les médecins salariés du secteur privé**
Titulaires d'un contrat établi avec une structure affiliée à une fédération professionnelle (Cliniques mutualistes, Etablissements affiliés aux fédérations hospitalières...), ils bénéficient en général, en complément des indemnités journalières de la Sécurité Sociale, des dispositions proposées aux cadres, dispositions équivalentes à celles du secteur public avec possiblement un délai de carence pouvant atteindre un an pour un CDI.
 - Tout est différent pour les salariés de petites structures, de moins de cinquante personnes qui, sauf affiliation volontaire à une assurance complémentaire, ne disposeront dès le premier jour d'arrêt de travail des seules indemnités cadres journalières de la S.S, soit 50% du salaire brut dans la limite du plafond de 2342 Euros.
 - Les contrats courts, souvent précaires et sans garanties complémentaires, sont de plus en plus proposés à cette population de jeunes médecins réticents à s'engager plus avant dans un projet de carrière. L'insouciance naturelle de la jeunesse, son exigence de qualité de vie, l'image de son ancien cerné par un environnement exigeant, la conduit à accepter sans réserves ces contrats qui lui laissent la liberté de l'instant mais la précarise à plus long terme.

D'où l'intérêt de l'Ordre à chercher à s'impliquer un peu plus dans la problématique du corps médical non libéral, en s'abstenant de l'a priori réducteur : salariat = sécurité de l'emploi = protection =..., alors que dans le même temps apparaissent sur le marché du travail, et même à l'hôpital public, les contrats les plus précaires qui soient, non propices à la sérénité qu'exige le métier de médecin.

CHAPITRE II

Les affections induites par l'environnement socio - professionnel

Docteur Monique CARTON

Docteur Jean-Claude MOULARD

2 - LES AFFECTIONS INDUITES PAR L'ENVIRONNEMENT SOCIO-PROFESSIONNEL

2.1 LES AFFECTIONS CONTRACTÉES DU FAIT DU TRAVAIL

Docteur Jean-Claude MOULARD

Le médecin, comme toute personne exerçant une activité professionnelle, peut être victime d'un **accident de travail** (survenant quelle qu'en soit la cause par le fait ou à l'occasion du travail ainsi que pendant le trajet direct pour se rendre ou revenir de son travail).

Il peut être aussi atteint par une **maladie professionnelle** reconnue comme telle. Cette législation bénéficie uniquement aux médecins salariés.

Les maladies professionnelles indemnissables figurent sur une liste mentionnant l'agent nocif, les symptômes, les professions exercées et les délais de prise en charge ainsi qu'éventuellement un temps minimum d'exposition au risque.

Certaines affections ne pourront justifier qu'une incapacité temporaire, soit parce qu'à l'état pur et en l'absence de complication l'affection est éphémère et guérit habituellement sans séquelle, soit au contraire par ce qu'inexorablement progressive et fatale.

Un grand nombre de maladies professionnelles posent le principe d'un changement d'activité lorsque celui-ci est indispensable au maintien de la santé et non pas seulement lorsqu'il est préférable.

L'appréciation de la situation implique une connaissance des aptitudes et de la qualification professionnelle du malade. Le médecin peut être confronté à des maladies professionnelles imputables à des agents physiques ou chimiques. Certaines infections ou parasitoses sont aussi susceptibles d'engendrer une pathologie professionnelle. Il en est de même d'affections cutanées, articulaires ou péri-articulaires.

Nous pouvons citer comme maladies reconnues susceptibles d'atteindre le milieu médical :

- maladie professionnelle n° 6 : affections provoquées par les rayonnements ionisants

- maladie professionnelle n° 45 : affections liées au virus de l'hépatite A, B et C
- maladie professionnelle n° 57 : affections provoquées par certains gestes et positions répétitifs notamment au cours de l'activité chirurgicale
- maladie professionnelle n° 76 : affections hospitalières (ou hospitalisation à domicile) par agents infectieux ou parasitaires
- maladie professionnelle n° 95 : affections allergiques liées au latex (port de gants)
- maladie professionnelle n° 98 : affections rachidiennes lombaires en relation avec certaines positions ou gestes répétitifs pendant le travail

Cette liste n'est pas limitative. De nouvelles pathologies sont progressivement reconnues comme ayant un caractère professionnel et donc indemnisables à ce titre. Il y a toujours intérêt à inciter à faire reconnaître des causes d'affections touchant le médecin au cours de son travail, non encore incluses dans la législation mais qui pourraient le devenir.

2.2 - LE MÉDECIN VICTIME DE SON DEVOIR - VICTIME D'AGRESSIONS

Docteur Bertrand LERICHE

La montée de l'insécurité surtout urbaine et péri-urbaine ces dernières années a conduit à la cessation progressive des visites à domicile en particulier lors de la garde médicale. Le paysage de la prise en charge des urgences par le secteur libéral continue à se modifier avec le regroupement des praticiens de garde au sein de « maisons médicales », et avec le transport des patients depuis leur domicile jusqu'à ce lieu d'examen.

On s'indigne bien sûr que le médecin, « celui qui vient au secours », puisse être victime de son devoir ou victime d'agressions. Il n'est pas inutile de rappeler la conduite héroïque des médecins à travers les siècles, qui soignaient au mépris de leur vie, sans distinction d'origine, sur le terrain, les malades, les mourants, les blessés au combat. Il n'est que de rappeler le lourd tribut payé par les médecins en mission dans d'autres continents, exerçant en pays lointains pour la lutte contre les grandes endémies par exemple, tout comme ceux qui au sein de leurs laboratoires, impliqués dans la recherche fondamentale ont été largement exposés à des produits toxiques ou à des radiations ionisantes.

Si l'insécurité ambiante ou le danger matériel conduisent tout naturellement le corps médical à se protéger, il est incontournable que le risque ne sera jamais nul.

Quel que soit le degré de protection apporté au corps médical et paramédical, nul n'est à l'abri de l'accident survenu en conditions extrêmes (sauvetage en mer, en haute montagne), aucun acteur de secours routier n'est à l'abri d'un accident de la voie publique, aucun médecin, aucun psychiatre n'est à l'abri d'une folie meurtrière.

L'important en pratique est que le médecin et sa famille victimes de ces événements exceptionnels et dramatiques puissent bénéficier d'une juste et rapide réparation matérielle de leur préjudice, le corps médical et par là même l'Ordre des médecins devant tout naturellement s'impliquer, accélérer la procédure de réparation et mettre à disposition d'éventuelles provisions financières.

2.3 - L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Docteur Monique CARTON

Si on admet que la santé est un équilibre de vie, il faut s'interroger sur ce qui dans l'environnement du médecin va mettre en péril cette santé.

Il s'agit de montrer ici **l'écart** entre les modifications de l'environnement et leurs répercussions sur le médecin dans sa formation puis dans son exercice. On peut remarquer que l'environnement n'est pas pathogène en soi mais qu'il s'agit plutôt de **l'écart entre lui et la perception ou les attentes du médecin**.

Il nous est apparu utile de décrire cet environnement et ses moments de paradoxe, voire de conflits, qui s'introduisent, au fil de la formation médicale puis de son exercice, car, s'ils peuvent n'être qu'une péripétie avec aménagements souples pour certains, ils vont, pour des personnalités fragiles, être l'occasion de décompensations que nous serons amenés à décrire dans le chapitre suivant.

La formation médicale

L'entrée dans les études médicales se fait à travers **les performances scientifiques** des bacheliers. Dès lors, les étudiants sont soumis à un travail intellectuel lourd, les faisant entrer dès le début dans une compétition très dure car ils se savent exclus et non ré orientables s'ils ne peuvent passer le seuil de la 2^{ème} année.

Le stress est la 1^{ère} épreuve à laquelle ils sont soumis, un certain nombre ne s'en remettent pas.

Passé cet obstacle, ils vont entrer dans une formation stimulante mais élitiste où la relation au patient qui, la plupart du temps, a motivé le choix de ces études, va souvent passer à l'arrière plan d'une préoccupation plus scientifique que relationnelle du métier : Ils vont **perdre le contact avec le patient** ressenti comme un cas et dont la dimension environnementale va leur échapper la plupart du temps.

Au décours du cursus et des stages le plus souvent hospitaliers, ils vont être amenés à faire des choix d'exercice ne connaissant guère que celui de l'hôpital avec toute sa richesse de services diversifiés sur place, bien loin du monde des patients qui vivent dans des conditions infiniment diverses au dehors, en principe, à égalité de chance mais pas toujours de revenus, et encore moins de compréhension de leur état.

Elevé comme un individu étayé par un savoir universitaire durement acquis, plutôt scientifique malgré un métier fondé sur la relation médecin malade dans le colloque singulier, le nouveau médecin sait devoir relier les symptômes pathologiques à une **maladie authentifiée** et donc curable en référence aux conférences de consensus.

L'exercice médical

Va-t-il réaliser, dans sa pratique ce qu'il a appris ou va-t-il découvrir un univers d'exercice pluri factoriel dont il n'aurait pas la clef ?

Le développement des techniques permet d'obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques mais exige par ailleurs que le patient rencontre plusieurs médecins ou institutions médicales pour y parvenir, sans compter les examens complémentaires obligés. Très bien! mais encore faut il que ce parcours se fasse dans une harmonie entre les différents médecins consultés et qu'ils ne puissent s'ignorer dans le discours proposé au patient.

Ce partenariat, source de richesse et d'efficacité est parfois, hélas, source de conflits et d'opposition entre les médecins, dans le jeu parfois complexe qui se joue au niveau du patient face à sa maladie, en prise avec sa propre inquiétude.

Ce jeu de relation, et parfois de pouvoir, voire de préséance, ne fait pas partie du programme d'enseignement du CHU où tout au plus l'étudiant a assisté, amusé ou atterré, aux luttes d'influence des chefs de service entre eux.

Parfois, néanmoins, un réel plaisir de **complémentarité scientifique et humaine** s'y est fait jour autour d'une pathologie difficile et par voie de conséquence autour du patient qui la porte mais, lorsque cela s'est bien passé, et dans une harmonie dynamique, c'est la plupart du temps parce que les hommes ou les femmes en situation ont eu des qualités humaines spontanées qui les ont poussés à interagir de la sorte, le naturel plus que la détermination raisonnée y étant la part essentielle.

Cette observation faite par l'étudiant entre dans le **compagnonnage** qui peut modéliser la relation aux patients et aux confrères qu'il rencontrera dans son exercice professionnel.

Formé à détailler les symptômes à la recherche du bon diagnostic, il va devoir commencer par **écouter le langage du patient** avant de savoir ce qui l'amène à la consultation: surpris de ne pas lui trouver une pathologie bien définie mais une situation de mal être où s'accumulent les difficultés de travail, de famille, de logement, d'inscription à tel ou tel organisme. Parfois le patient affirme que ses difficultés de santé sont en lien avec un état dépressif réactionnel pour lequel il vient demander un arrêt de travail.

De temps en temps le patient sera porteur d'un syndrome caractéristique, entraînant un diagnostic et une conduite thérapeutique à suivre mais il faudra lui en donner **information claire et appropriée**, ce qu'il n' a jamais eu l'occasion de voir faire au cours de ses études. Après une longue journée de travail et d'écoute, à jongler avec les multiples formulaires à remplir , les appels téléphoniques et les quelques situations graves pour lesquelles il aura eu de grandes difficultés à trouver une place pour l'hospitalisation, il rentrera chez lui.

Epuisé...parfois le temps de route pour rejoindre sa famille va lui permettre de décompresser un peu pour arriver disponible, parfois il va être accueilli par des enfants déjà au lit et une compagne qui le trouve bien tardif car elle veut évoquer avec lui les problèmes de l'école et des enfants.

Le lendemain en reprenant la route pour rejoindre son cabinet, il mesurera l'écart entre ce qu'il a appris à l'université et ce qu'il doit apprendre du milieu de vie de ses patients, s'il veut leur être utile et établir avec eux la relation de confiance réciproque dont ils ont besoin pour se soigner , quant à eux , et pour **se sentir en équilibre**, quant à lui, dans son exercice professionnel et au-delà dans sa vie familiale et sociale.

L'environnement géographique

Ceci nous amène tout naturellement à considérer les espaces de vie du médecin concerné :

- La grande ville, son CHU et ses banlieues
- La moyenne ville, ses spécialistes et son centre hospitalier
- La campagne, son charme, parfois, mais aussi, son isolement scolaire, hospitalier, social

Ces 3 espaces vont déterminer, face à l'évolution démographique médicale, des choix d'installation, plutôt en faveur de **la ville pour les jeunes médecins** , de la grande ville avec un recul devant les banlieues, de la moyenne ville pour sa tranquillité si elle est bien située dans la région.

Les zones rurales, propices aux vacances, ne le sont plus pour la vie professionnelle, surtout si les jeunes médecins sont en situation de couple où l'un et l'autre travaillent, les deux n'étant pas forcément médecins.

Dès lors on va voir apparaître pour les médecins installés à la campagne, arrivant dans la tranche d'âge de la cinquantaine, un **syndrome d'épuisement** associant une charge de travail importante qu'ils avaient déjà depuis longtemps, mais qui perd sa perspective d'être reprise par un successeur, source d'anxiété pour la patientèle et d'inconfort moral pour le médecin.

A ceci se rajoute la difficulté de **trouver des remplaçants** pour pouvoir prendre des vacances, ceux-ci ne voulant pas s'impliquer par rapport aux gardes, volontariat aidant, le remplacement devenant une nouvelle forme d'exercice dans la profession avec les exigences financières d'un marché très demandeur.

Le Médecin rural, lui, entretient la plupart du temps un secrétariat et un cabinet qui représente des charges, et prend la mesure de sa solitude face à ce qui lui semble la vie facile de ses remplaçants.

Par ailleurs, lorsqu'il rentre de ses vacances, il retrouve bien souvent une quantité non négligeable de dossiers d'ALD ou autres documents administratifs que son remplaçant n'aura pas constitués en son absence, se contentant d'assurer les consultations et les soins.

Ce contexte, ce contraste entre **le médecin rural vieillissant** et **le jeune confrère de passage** et moins impliqué par la patientèle, va provoquer une tension, voire une exaspération, qui s'ajoute au volume de travail déjà conséquent et va parfois générer des **décompensations** somatiques ou psychiques pouvant conduire à un syndrome d'épuisement, parfois avec recours à un dopage médicamenteux ou d'alcool, ou l'apparition de pathologies diverses, notamment cancéreuses, qui, si elles ne sont pas toujours létales rapidement aujourd'hui, vont compliquer la prise en charge de la patientèle et l'environnement familial du médecin.

Elles vont en tout cas poser le problème des **assurances** prises par le médecin en ce qui concerne son indisponibilité et le lien qu'il fera avec la CARMF pour envisager un travail à temps partiel et ses modalités.

Du côté des remplaçants, on voit apparaître depuis quelques années une nouvelle forme d'exercice qui s'institutionnalise : le remplacement.

Le jeune médecin qui remplaçait ses confrères installés pour se « faire la main », pour évaluer sa capacité à se charger d'une patientèle, sous le regard accompagnateur et bienveillant du médecin installé, faisait assez rapidement un choix à la ville, à la campagne, en fonction des expériences de remplacements et de ses propres aspirations mais il s'installait pour assurer financièrement la vie de sa famille.

Aujourd'hui, le problème est radicalement différent : les médecins généralistes installés recherchent des remplaçants pour prendre des vacances ou pour suivre une formation, la demande est importante, les jeunes médecins qui peuvent faire des remplacements sont tout à fait libres de choisir entre diverses propositions, en fonction de la rentabilité, de l'exercice en cabinet de groupe où ils pourront bénéficier de l'étayage des confrères installés en cas de difficulté, de la possibilité de ne remplacer que certains jours de la semaine, en lien avec leurs charges familiales, ayant le choix entre un travail de 4 semaines sur 4 ou de rotations hebdomadaires certains jours, **sans être obligés financièrement à une installation** qui leur pose problème, soit parce que leur conjoint est lui-même dans une carrière susceptible de modifications géographiques, soit que leurs enfants en bas âge les autorisent à surseoir à une activité plus lourde ou encore que l'incertitude de l'avenir de la profession les pousse à un attentisme prudent .

Cette nouvelle catégorie d'exercice médical est en partie **hors jeu** officiellement, puisque non inscrite dans les registres de la sécurité sociale, utilisant les ordonnances des médecins remplacés, mais avec le risque de discontinuité par rapport à la patientèle et celui d'une prestation de service plus que d'un investissement dans la continuité et la durée.

Quel sera **l'avenir au plan de leur santé** de cette nouvelle catégorie de confrères ? reste une interrogation. Vont-ils, à 40 ans, trouver un statut satisfaisant ou perpétueront-ils un « *turn over* » médical ?

L'environnement sociétal et médiatique

La société a rapidement évolué au cours des 30 dernières années : Les richesses se sont réparties avec plus d'**inégalité**, creusant des écarts conséquents dans la population, cependant le médecin doit toujours traiter de la même façon le riche et le pauvre, il s'agit d'une position éthique fondamentale à laquelle il s'est engagé dès son inscription à l'Ordre des Médecins.

Pourtant la prise en charge financière de ses patients introduit d'emblée des différences sensibles non seulement pour le médecin mais aussi pour le patient, l'un bénéficiera de par son activité professionnelle d'une prise en charge de **la sécurité sociale avec une mutuelle**, l'autre sera sans emploi, à **la CMU** et dispensé d'avoir un médecin référent attitré, avec un tarif inférieur à celui des autres patients. Du côté des médecins, **les tarifs varieront pour le même acte**, selon qu'il sera pratiqué à l'hôpital, en clinique et en libéral, et dans ce cas de figure selon le dépassement qui sera demandé.

Ces multiples variables financières introduisent aisément une **revendication** du côté du patient qui devient exigeant, utilisant le médecin comme un prestataire de services et déterminant chez ce dernier des positions réactionnelles diverses venant alourdir son efficacité et parfois mettre en cause sa disponibilité relationnelle.

Le **coût des assurances s'élève**, celui des dépassements aussi, et la judiciarisation de la médecine crée une angoisse supplémentaire qui vient s'ajouter à l'incertitude thérapeutique accompagnant le plus vaillant des médecins face à une situation clinique complexe.

Les progrès de la médecine sont le support d'une médiatisation qui fait recette près du grand public, ainsi la télévision permet de croire à la maîtrise systématique de certaines situations aiguës.

Internet donne diagnostic et traitement et ceci va interférer avec l'information que le médecin se doit de donner au malade. Parfois il sera pris au dépourvu par le patient et ses nouvelles connaissances, voire poussé dans ses retranchements.

Ce patient voudra être opéré dans le service chirurgical qui a été le mieux nommé par le journal sans tenir compte des autorisations nécessaires à obtenir auprès de la Sécurité sociale de son département, si l'intervention peut être valablement pratiquée localement.

Le médecin va avoir le sentiment d'un surcroît de charge car il va, bien sûr, être sollicité pour être **le tiers négociateur**, ce qu'il fera plus ou moins de bon gré.

L'environnement de l'évolution du métier

Les dernières années passées ont vu se développer les progrès techniques et les performances thérapeutiques dont l'un des corollaires a été celui de repenser l'organisation des **plateaux techniques**, de tenir compte des **directives européennes** en ce qui concerne les gardes, d'essayer d'apporter de la souplesse à l'exercice avec la création du **collaborateur libéral de l'exercice multi-site**, en même temps qu'une réglementation s'imposait vis-à-vis des pathologies susceptibles d'être mises au devant de la scène par l'actualité et par l'Etat.

Ainsi ont été créés les postes de **coordinateurs** en maison de retraite où le médecin généraliste se voit confié une mission distincte de la prescription médicale. Ces postes ont pour la plupart été saisis par des médecins généralistes jusqu'alors installés, heureux de terminer leurs fonctions de façon allégée par rapport à la charge de la clientèle.

En effet le système antérieur qui consistait pour un médecin à faire une option d'exercice une fois pour toutes : **une seule carrière**, a considérablement évolué dans les mentalités. Désormais, un médecin va vouloir modifier sa pratique par le biais de **passerelles** éventuelles, afin de pouvoir adapter son exercice à l'évolution de ses centres d'intérêts, qu'ils soient professionnels, familiaux ou conjoncturels, la formation continue pourra en être l'outil. Elle pourra utiliser les techniques informatiques et la prise de décisions thérapeutiques pourra aussi reposer sur la télématique.

Or la situation actuelle du médecin porteur d'une qualification exclusive ne lui donne pas beaucoup de possibilités évolutives, dans sa pratique et dans le déroulement de sa carrière, et pourtant il s'agit d'une aspiration importante, évitant les enkystements préjudiciables à la santé et à l'efficacité des médecins.

La capacité de trouver un **équilibre** entre le libéral exclusif, le salariat et le service public exclusif permettra d'offrir une diversité d'exercice et de choix au médecin pour qu'il reste susceptible de faire un apport professionnel positif au décours d'une vie personnelle parfois chargée d'aléas tout en restant disponible dans les variations démographiques qui s'annoncent à l'horizon.

Ceci nous ramène à **la définition de la santé comme un juste équilibre du sujet dans sa vie et dans son environnement.**

2.4 - LES DÉCOMPENSATIONS PSYCHIQUES DANS LE PARCOURS DU MÉDECIN

Docteur Monique CARTON

Les premières se produisent lors de la 1^{ère} année, dans une compétition essentiellement basée sur des matières scientifiques dont le stress est majeur puisque l'échec après 2 ans oblige l'étudiant à choisir une toute autre voie. L'écart est grand entre la représentation de la médecine et du relationnel qui caractérise son exercice et qui motive la plupart du temps le choix de cette filière et cette 1^{ère} année de bachotage et de lutte fratricide. Un certain nombre d'étudiants recalés ne s'en remettent pas et traverseront une période de **dépression réactionnelle** et de désarroi avant de trouver un débouché professionnel souvent décalé : infirmier, rééducateur de la psychomotricité, kinésithérapeute, ostéopathe etc.

Pour ceux d'entre eux qui ont franchi l'obstacle, la découverte de l'exercice hospitalier va parfois leur faire prendre la mesure d'une certaine inadéquation relationnelle au profit d'un investissement technique premier : ils vont investir l'aspect scientifique pour lequel ils ont été jusque là formatés et utiliseront le rempart des examens complémentaires pour se protéger du contact avec la réalité corporelle du patient et fuiront l'examen clinique et par conséquent la relation singulière avec le patient.

Ce n'est qu'à la fin des études, au moment où le jeune interne va faire des remplacements, que son mal être va se repérer, les médecins généralistes feront le diagnostic d'une **phobie du contact**, d'une difficulté de communication avec la patientèle ou avec les confrères.

Ils seront l'objet des revendications des patients et se verront en fin d'études face à une incapacité à exercer ce métier qu'ils ont mis tant d'années à apprendre. Il semble bien qu'ils n'ont pas été inquiétés par la question tout au long de ces longues études.

NOTA

la seule visite médicale obligatoire d'un étudiant en médecine au cours de ses études se situe au moment où, admis à l'internat, il intègre l'hôpital. La qualité de cette visite d'aptitude est très inégale de l'avis des intéressés...

Article R.6153-7 du Code de la santé publique relatif au décret n°99.930 du 19 novembre 1999.

« Avant de prendre ses fonctions, l'interne justifie, par un certificat délivré par un médecin hospitalier, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières qu'il postule... ».

Leur inadéquation n'est pas nécessairement perçue par eux et ne va donc pas les amener à faire une demande de soin, la pathologie n'étant pas avérée, il s'agit simplement d'une **inadéquation à l'exercice de ce métier** sans que l'intéressé se trompe de diagnostic ou de traitement, mais il n'a pas le contact, il serait plus à l'aise devant un ordinateur que devant une personne et de plus, le patient est une personne en souffrance et qui demande le support d'une relation « contenant ».

Au cours de ses études il n'a nullement travaillé sur les ressorts psychologiques de la personnalité, il a appris les pathologies psychiatriques qui ont toutes mauvaises réputations et qui sont « pour les autres », qu'il s'agisse de schizophrénie, de troubles bipolaires, de paranoïa.

Il va donc faire l'impasse sur ses difficultés d'adaptation et n'ira pour rien au monde consulter un psychologue ou un psychothérapeute.

Dès lors la solution sera d'utiliser des anxiolytiques ou des antidépresseurs auto prescrits associés à des somnifères ou à des produits dopants: alcools, drogues etc... Il va entrer de plein pied dans **les pratiques addictives, sujet sur lequel nous reviendrons plus loin.**

CHAPITRE III

La pathologie psychiatrique

Docteur Monique CARTON

Docteur Piernick CRESSARD

3 - LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1 - LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Docteur Monique CARTON

3.1.1 LA PRÉVENTION DES DÉCOMPENSATIONS PSYCHIATRIQUES pourrait elle être faite avant l'entrée dans le cursus des études ?

Si l'étudiant a consulté dans son enfance une consultation médico-psychologique, cela ne permet pas le pronostic d'une pathologie ultérieure même si on retrouve parfois, dans le passé des patients atteints de pathologie psychiatrique, des consultations en pédopsychiatrie.

En effet, il y a beaucoup de suivis psychologiques dans l'enfance ou l'adolescence qui ont une valeur préventive quant aux difficultés cognitives, maturatives, comportementales. Leur élucidation et le travail élaboratif correspondant, dans cette période de vie où rien n'est figé et où la constitution de la personnalité est en cours, permet au contraire, dans la plupart des cas, un meilleur équilibre de la personnalité.

Cependant certaines prises en charge, insuffisantes en qualité ou en temps, marqueront une difficulté qui, perdurant, pourra se retrouver à l'âge adulte et donner lieu à une décompensation voire une pathologie organisée.

3.1.2 LES PATHOLOGIQUES PSYCHIATRIQUES INVALIDANTES

Pour ne prendre que les **pathologies psychiatriques invalidantes** en ce qui concerne l'exercice professionnel, la **schizophrénie** se manifeste le plus souvent en fin d'études ou au début de l'exercice professionnel.

Elle peut débuter par **une bouffée délirante**, un **sentiment d'étrangeté** qui fera perdre le contact avec la réalité et alertera les patients, les confrères ou la famille. Cela peut également se signaler par un désintérêt progressif, un **apragmatisme** qui rend le médecin incapable d'assumer le programme de travail, devenant reclus et associable.

Il devient rapidement **incapable d'exercer le métier**, même s'il peut, traité tôt et suffisamment longtemps, se reconverter professionnellement dans un contexte moins lourd en responsabilité.

Les épisodes « maniaco »-dépressifs dans la maladie bipolaire vont également survenir vers la trentaine voire plus tard.

Pour les médecins engagés dans un exercice professionnel se posera la question de leur aptitude à exercer dans **les intervalles libres de la pathologie**, et surtout de la rigueur de leur suivi. C'est dans ces cas que le conseil départemental de l'Ordre a une fonction de surveillance et de bienveillance ne perdant pas de vue ni la sécurité des patients ni la solidarité des médecins.

Pour ce qui est de la **paranoïa**, l'organisation autour d'une thématique de **persécution** peut parfois rester longtemps considérée comme trait de caractère, rendant les rapports entre le médecin et ses confrères très difficiles, parfois épargnant les patients, mais pouvant aussi se manifester à l'égard de ces derniers.

Nombre de plaintes de confrères à l'encontre d'autres confrères sont en lien avec cette structure de personnalité, sans pour autant qu'elle soit diagnostiquée comme une pathologie vraie tant que le confrère ne se montre pas manifestement délirant : ainsi c'est plutôt le caractère procédurier qui attirera l'attention sans pour autant qu'il soit facile de procéder à une expertise mettant en cause l'exercice professionnel pour l'interdire.

En effet, dans la société actuelle, la position de victime est largement encouragée et les structures paranoïaques de la personnalité y trouvent leur compte, dans la profession médicale comme dans d'autres professions.

Outre ces trois grandes pathologies, on retrouve dans la profession des **personnalités addictives** de toute nature : addiction à l'alcool, au dopage, aux médicaments, au travail, dans ce dernier cas avec l'impossibilité de dire non à la demande sans fin des patients, laquelle peut entraîner une surcharge de consultations, des erreurs de traitements et de diagnostic. L'évolution est possible vers une **décompensation dépressive** avec tentative de suicide, accident de voiture, voire passage à l'acte agressif à l'égard d'autrui. Parfois l'épouse du médecin est en première ligne et finalement s'en sépare, aggravant de ce fait la solitude et l'addiction.

Ces confrères là sont probablement les plus mal soignés, car ils sont reconnus dévoués, à la disposition du patient dans un souci constant de réparation de l'autre, ce qui leur évite, bien évidemment, de s'attarder sur leur propre santé.

C'est là que la solidarité et l'entraide des confrères est la plus nécessaire, mais il faut qu'elle intervienne à temps avant que le médecin concerné ne se soit enlisé dans des pratiques qui s'organisent en un cercle vicieux, vite devenu inextricable.

Reste un cas particulier et difficile à cerner qui est en lien avec **la sexualité** et ses aléas : certains médecins, face à la séduction de leurs patients, qu'elle soit spontanée ou suscitée par lui, oublient la distance nécessaire à l'exercice de leur métier et trouvent dans son exercice l'occasion de rencontres sexuelles qui vont de l'attouchement au rapport complet.

La plupart du temps personne n'en sait rien en dehors des personnes concernées, lesquelles sont parfois tout à fait consentantes, voire provocatrices, et ne vont pas s'en plaindre. Ce n'est qu'à l'occasion d'une réaction négative de l'une d'entre elles que ces pratiques seront évoquées, dont la preuve sera bien souvent difficile à faire.

Plus graves seront les **conduites perverses** à l'égard des enfants qui peuvent exister et qui là comme ailleurs ne pourront être aisément démontrées compte tenu du poids respectif de parole des partenaires. Ce type de pathologie semble néanmoins exceptionnel.

Par rapport à ces pathologies psychiatriques avérées le problème essentiel est celui des **modalités de traitement**, qu'il s'agisse de **l'hospitalisation**, si celle-ci doit respecter la confidentialité, ou du suivi au long cours et de sa rigueur.

La nécessité **d'une hospitalisation** va être rendue très difficile compte tenu du métier de médecin : déifié malgré lui, il ne pourra aisément se faire admettre dans l'hôpital de son lieu de vie et s'il se met en arrêt de travail, sa patientèle sera vite au courant de ses problèmes de santé. Il fera tout pour dissimuler sa pathologie et retardera le plus possible les mesures d'accompagnement nécessaires.

L'hospitalisation à la demande d'un tiers rencontrera les difficultés habituelles que sont la publicité dans le quartier, les forces de police et le SAMU passant difficilement inaperçues, auxquelles iront s'ajouter la nécessité d'être hospitalisé dans le service psychiatrique voisin avec les patients psychiatriques fréquentant son cabinet.

Parfois les confrères ou le remplaçant alerteront le Conseil Départemental de l'Ordre si la confiance dans l'institution, ressentie comme au service des médecins, est suffisante et peut utiliser le support de l'entraide comme il va être décliné dans ce rapport.

Comme dans les pathologies invalidantes au plan somatique, des solutions innovantes doivent être trouvées pour permettre au **médecin malade de se recomposer un statut professionnel adapté à ses difficultés**, dans un système d'aménagement qui ne soit plus la politique du tout ou rien qui est actuellement la seule possible.

Le plus souvent, le confrère en proie à **des pratiques addictives** ou à une **décompensation psychiatrique**, sera dans une solitude grave et aggravante, personne n'osant intervenir à son sujet. La solution tardive arrivera avec ou sans hospitalisation posant le problème de **l'incapacité du médecin** dans son exercice professionnel.

Les progrès de la psychiatrie permettent pour un certain nombre de patients de **reprendre une activité professionnelle**, passé le moment de décompensation aigüe, à condition que le sujet se soigne et bénéficie d'un suivi régulier: là encore le médecin se singularise par la grande difficulté avec laquelle il accepte d'être suivi par un confrère et d'être rigoureux dans l'usage des médicaments.

Un bon médecin ne doit pas être malade : un bon malade ne peut pas être médecin !

Les chapitres suivants permettront d'éclairer les réponses apportées ici et là sous d'autres cieux et dont nous pourrions utilement nous inspirer.

3.2 - « JE VAIS BIEN, TOUT VA BIEN »

Docteur Piernick CRESSARD

A partir du 19^{ème} siècle, pour des raisons historiques, politiques, culturelles, l'enseignement des matières scientifiques a pris de l'importance au détriment de l'enseignement des Humanités qui allaient exclusivement de la grammaire à la philosophie.

Les mathématiques, la physique, la chimie ont favorisé de très nombreuses découvertes qui ont bouleversé le quotidien de la population : transport, communication, chauffage, éclairage...

Toutes les applications pratiques des recherches scientifiques ont pour finalité la domination du temps et de l'espace.

Auguste Comte (1798 – 1857), admis à 16 ans à l'école polytechnique, philosophe, créateur de la philosophie positive, basée sur la démarche scientifique unique source de la connaissance, recommandait de prendre le temps de se mettre à sa fenêtre pour se regarder passer.

Son disciple Emile Durkheim donna une caution scientifique à la sociologie créée par Comte dans le champ de la philosophie.

Dans son ouvrage « le suicide », il démontre de manière scientifique que celui-ci est lié à la spécificité du social, alors qu'il apparaît comme relevant de la psychologie individuelle.

La médecine a profité de ces avancées scientifiques permettant la validation de l'examen clinique par des moyens techniques, comme l'invention du stéthoscope par Laennec en 1816, les découvertes de la biologie, la spirométrie, l'électromyographie, l'endoscopie, la microbiologie avec Pasteur, la radiologie avec Röentgen, l'amélioration des thérapeutiques : l'asepsie, l'antisepsie, l'anesthésie.

Le choix de faire sa médecine dans les quelques rares facultés ou le plus souvent dans une école de médecine obligeant l'étudiant à se déplacer dans la ville de faculté pour soutenir sa

thèse était de l'ordre de la tradition familiale, de la vocation « l'empreinte médicale est indélébile, « sacerdoce in aeternum »... Le médecin garde au fond de lui-même le goût de soigner et le besoin de guérir » (*Georges Duhamel – paroles de médecin*).

Les jeunes étudiants issus des humanités, des classes associant les humanités et les disciplines scientifiques, de la série sciences expérimentales se trouvaient dès la première année confrontés à la vie hospitalière le matin et aux séances de dissection anatomique l'après-midi. Cette double confrontation entraînait une sélection très précoce en fonction des qualités affectives, spirituelles, intellectuelles du jeune carabin qui le distinguait des étudiants des autres disciplines.

L'enseignement restait littéraire dans sa forme, l'étudiant recevait un enseignement théorique de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique, qu'il confortait au cours des matinées hospitalières, à l'examen clinique et à la consultation des examens para-cliniques.

Nombreux étaient ceux qui désiraient acquérir des responsabilités en passant des concours hospitaliers sans toujours se glorifier ou se mortifier de ne pas avoir intégré le service d'un professeur réputé.

A la fin du cursus médico-hospitalier l'étudiant passait les cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, ouvrant le chemin de la soutenance de la thèse de doctorat en médecine.

Dans le dernier quart du 20^{ème} siècle les techniques scientifiques sont devenues tellement performantes que l'examen clinique a pratiquement disparu, le diagnostic étant évoqué par la consultation de nombreuses investigations, et la thérapeutique élaborée en fonction de protocoles.

C'est à la même époque que le recrutement des étudiants en médecine a été modifié. L'évolution de la société s'est faite vers la performance, il faut être le meilleur quelque soit le domaine où l'on exerce. Dans l'enseignement l'entraînement commence dès la maternelle non dans le but d'acquérir une maturité psychologique et intellectuelle mais pour arriver le plus jeune possible en classe de seconde et être orienté vers la série scientifique, seule voie pour accéder au concours, laissant aux autres les séries littéraires, sociales, professionnelles permettant de cheminer sur des voies secondaires.

Dans le sport c'est la même ambition où la motivation du jeune sportif sera de tuer symboliquement son adversaire. Nombreux sont les adolescents qui malgré le dopage seront laissés en cours de route par leurs dirigeants car ne rentrant pas dans la catégorie des meilleurs.

Le jeune bachelier série S, fier de ses parents, va se diriger vers les classes préparatoires ou vers la faculté de médecine sans avoir vraiment réfléchi au métier de médecin.

La première année de faculté le désarçonne : lui qui arrive d'une classe de bon élèves se retrouve dans un amphithéâtre perturbé par les redoublants, obligé de s'inscrire dans des

officines où durant de longues soirées il va apprendre à faire des croix dans des carrés en essayant de donner un sens à des phrases ambiguës écrites pour le faire trébucher.

S'il parvient à passer en deuxième année, il se considère comme faisant partie d'une petite élite, mais le combat continue car au bout des années d'étude il devra de nouveau s'affronter à l'examen national classant où le choix de sa spécialité appartiendra à son rang et non à sa motivation.

Durant ses premières années il n'est plus confronté à l'examen clinique du malade et aux séances de dissection anatomique qui étaient les anciens critères de sélection.

Lorsque l'étudiant intègre l'hôpital il ne se retrouve pas dans des services de médecine générale, de chirurgie générale car ceux-ci ont fait place à des services de spécialités.

L'enseignement de la clinique n'est plus délivré traditionnellement au lit du malade mais au cours de réunions de service où l'on discute des éléments du dossier.

Le médecin nouvellement thésé va choisir de rester dans un milieu sécurisant comme l'hôpital ou choisir une discipline administrative dépourvue de responsabilité thérapeutique ou décide de s'installer en libéral.

Durant toute la durée de ses études il ne peut pas se montrer faible, incertain, angoissé car sa famille ne le comprendrait pas.

Il ne doit pas espérer une aide de la faculté car celle-ci peut laisser aller jusqu'à accorder le titre de docteur en médecine à des étudiants atteints de troubles psychopathologiques graves. L'étudiant va tenter de masquer ses difficultés par la prise de substance psycho actives.

Deux substances sont très répandues, l'étudiant ayant pu en avoir l'expérience antérieurement à son entrée en faculté : le cannabis et l'alcool.

Le cannabis sous forme d'herbe fumée en joint ou en stick, le haschich ou le shit, résine du cannabis fumé dans des pipes : chilom, en joint mélangé à du tabac, ingéré dans des boissons ou dans des confitures comme cela se faisait anciennement, « le dawamesk » cher à Théophile Gauthier qui rapporte ses expériences psychédéliques, par contre détesté par Baudelaire qui préférait l'opium.

Le cannabis procure une sensation de bien-être, d'exacerbation des sensations sensorielles, des perceptions hallucinatoires, une modification de l'écoulement du temps, mais aussi des nausées et des vertiges.

Les risques sont physiques, pathologie du fumeur avec cancer, intellectuels avec la démotivation, des troubles mnésiques avec des difficultés de la mémoire immédiate, psychique avec émergence de symptômes schizophréniques.

L'alcool qui était d'abord associé à la notion de fête, a connu une dérive vers l'ivresse lors de soirées hebdomadaires ou un substitut du bizutage dans des séances d'intégration avec une ivresse en quelques minutes par absorption de grandes quantités pouvant aller jusqu'au coma.

Nombreuses autres substances sont difficilement identifiables, car faisant l'objet de trafic, mais où l'on retrouve des produits existants type amphétaminique, des euphorisants, voire des psychodysléptiques. Pour certains il s'agit de prescriptions médicamenteuses plus ou moins détournées : benzodiazépines, hypnotiques, antidépresseurs.

Le jeune médecin généraliste ou spécialiste seul ou en groupe est isolé psychologiquement et professionnellement. Ses confrères, comme le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, le considèrent comme apte, d'autant que la législation ne prévoit pas de restriction à l'exercice médical. Notre jeune confrère habitué à masquer sa difficulté à ne pas admettre qu'il puisse faillir se doit vis-à-vis de sa famille, de sa femme, de ses enfants, de sa belle-famille, d'être toujours le meilleur.

Au fil des années les habitudes toxicomaniaques durent et marquent physiquement et psychiquement ce confrère. Nous remarquons cette dégradation progressive lors de réunions en fin de soirée où notre confrère nous apparaît ailleurs, enivré, sans que personne ne réagisse. Lors de repas, il se comporte de manière excessive, personne ne lui en faisant la remarque de crainte de réactions violentes ou catastrophiques, le laissant reprendre sa voiture, souhaitant qu'il soit contrôlé par la police.

Lorsque certains consultent sur l'insistance de leurs proches, ils minimisent leur état en invoquant la charge de travail, l'agressivité des patients, des problèmes personnels. Ils refusent de s'arrêter, incapables de faire face aux échéances de prêts, de la CARMF, de l'URSSAF, des impôts, de dépenses familiales, d'autant qu'ils n'ont pas d'assurance couvrant les trois mois de carence de la CARMF.

Eux-mêmes et leur famille ne peuvent accepter cette incapacité à exercer le métier de médecin surtout si l'on met en avant leur responsabilité envers leurs patients.

Malgré la tolérance de certains patients, ils vont perdre leur patientèle, mais ils compensent en acceptant des tâches administratives, des gardes qui leurs donnent le sentiment d'un exercice médical normal.

La difficulté de gestion de ces comportements tient à leur évolution insidieuse, de manière différente des pathologies se traduisant par une clinique d'apparition brutale et incapacitante comme **la dépression nerveuse grave, le « burn-out », la manifestation psychotique.**

La révélation du trouble se fait d'une manière brutale soit par un suicide inexpliqué, un acte médico-légal, alors que les mesures préventives sont dépassées.

Au cours de leur exercice, certains confrères présentent dans **les suites d'une pathologie traumatique ou médicale**, un déficit de leurs facultés cognitives.

Ce déficit passe inaperçu dans la vie de tous les jours et reste ignoré de leurs proches. Il peut être révélé au cours d'une discussion médicale à la suite de la plainte d'un patient au constat d'anomalies par le pharmacien dans les prescriptions médicamenteuses.

La réticence à admettre ses propres difficultés, la crainte d'une pathologie type Alzheimer, empêchent le médecin de consulter ce qui permettrait de faire un bilan du trouble, de le faire bénéficier d'un traitement et surtout d'une rééducation.

CONCLUSION

Le médecin est un patient impossible pour lui-même. S'il ne peut pas masquer des pathologies organiques du fait des conséquences physiques entraînées, ni des pathologies psychiques lorsqu'elles altèrent brutalement son équilibre psychologique et ses capacités intellectuelles, il reste un malade difficile.

Lorsque le médecin présente des troubles en rapport avec la prise de substances psychoactives pour masquer son angoisse, son désenchantement, son incapacité à gérer le comportement des patients, sa blessure narcissique, il se réfugie dans le déni en s'interdisant toutes confidences à un tiers qui en validant les plaintes le renverrait à son erreur d'avoir fait le choix du métier de médecin qu'il est incapable d'exercer.

Il serait nécessaire d'instituer pour le médecin un bilan de santé régulier, comme pour les pilotes d'avion, afin de confirmer la capacité à exercer, et éventuellement, en cas d'incapacité, d'offrir de nouveaux modes d'exercices sans que cela se traduise par une perte de revenus dramatique pour lui et sa famille.

CHAPITRE IV

Quelles réponses ?

Docteur Marc BIENCOURT

Docteur Patrick BOUET

Docteur Francis MONTANÉ

4 - QUELLES RÉPONSES ?

Quelles réponses peut-on apporter aux multiples problèmes qui se posent au médecin malade, accidenté ou victime d'un syndrome d'épuisement professionnel...alors que s'enchaînent inéluctablement en parallèle, cause ou conséquence, les soucis financiers allant de l'insuffisance de ressources quotidiennes faute d'un plan de prévoyance jusqu'à la liquidation judiciaire, ruine de toute une carrière, désastre familial, inducteur de véritable misère, pouvant conduire au suicide.

Comment un ordre professionnel responsable peut-il répondre à ces situations ?

Nous classerons les réponses suivant trois axes.

Le premier, traité par Francis Montané, ce que d'autres que nous ont mis en place au travers de leur histoire et de leur culture afin de traiter ces questions : ce sont « Les expériences étrangères » .

Le second sera traité par Marc Biencourt : dépistage précoce, signalement au CD, prise en charge de la pathologie et de la prévention.

Le troisième sera traité par Patrick Bouet et s'articulera sur trois thèmes :

- A) Vers un nouvel engagement ordinal
- B) Avoir une véritable politique institutionnelle professionnelle
- C) Eclairer la réglementation, voire modifier la législation

Au terme de ces trois points seront rassemblées les propositions de la CNP vers un nouveau rôle de l'Ordre.

4.1 - QUE FAUT-IL RETENIR DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES ?

Docteur Francis MONTANÉ

Quelles sont-elles ? : voir Annexes

- **Barcelone** : (cf annexe 1) Le Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade, **PAIMM**, a été créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone, par le Département de Santé et Sécurité Sociale de la Generalitat de Catalogne et le Service Catalan de Santé. Ce programme a pour but d'assister les médecins qui présentent des problèmes psychiques et/ou des comportements de dépendance. La finalité est donc d'assurer à ces confrères des traitements adéquats , de manière à ce qu'ils puissent exercer la médecine dans les meilleures conditions possibles et ainsi veiller à la santé de leurs patients.

- **Québec** : (cf annexe 2). Le Programme d'aide aux médecins du Québec, **PAMQ** et le programme de suivi administratif du Collège des médecins sont deux entités totalement différentes mais complémentaires : alors que, le premier est un organisme autonome qui offre du soutien aux médecins en difficulté, le second est un programme de gestion de risques visant la protection du public.

↳ **Ce qui doit être retenu de ces expériences étrangères : TOUT ...**

- Diagnostic précoce
- Confidentialité
- Confraternité avec signalement
- Soins spécialisés

↳ **Ce qui peut-être réalisé immédiatement :**

- Sensibilisation des médecins à l'importance et la fréquence des pathologies psychiatriques et pratiques addictives au sein de la profession (BOM, site Internet...).
- Mise en place au Conseil national et large diffusion d'un numéro téléphonique d'appel à utiliser en cas de difficultés. L'anonymat doit être garanti, une réponse pour conseiller et orienter le médecin malade vers une structure éloignée de son domicile devra être proposée
- Mise en place dans les Conseils Régionaux et au Conseil national d'un fichier des offres et demandes en matière d'exercice professionnel, fichier précisant les critères physiques et psychiques des candidats.

↳ **Ce qui doit être encouragé par tout moyen à notre disposition**

- Tout projet de création de centre d'alcoologie et d'addictologie, tel **l'exemple du projet du Professeur Carayon à Besançon** - (cf annexe 3)
- Action de lobbying auprès du Ministère, des ARS, de la CNAM, de la Mutualité, de la CARMF, etc ... Partenariat à envisager

4.2 - **POUR UNE NOUVELLE IMAGINATION ORDINALE**

Docteur Marc BIENCOURT

La problématique du médecin malade, nous l'avons vu, relève de 4 items fondamentaux :

- 1 L'incapacité du médecin à gérer sa propre couverture sociale et sa propre prise en charge de prévoyance.
- 2 La solitude, la pudeur et l'esprit d'indépendance du médecin.
- 3 La confraternité devenue une véritable utopie dans un grand nombre de cas (isolement, concurrence, jalousie, mal vivre, stress, déception professionnelle, etc...).
- 4 Manque d'humilité face à son propre état de santé et « cécité professionnelle » quant à sa prise en charge.

4.2.1 SITUATION ACTUELLE

4.2.1.1 *Incapacité à gérer sa propre couverture sociale et de prévoyance*

Le médecin qu'il soit libéral, salarié ou hospitalier, n'a au cours de sa formation initiale qu'une vague information quant aux nécessités d'une organisation de sa prévoyance et de sa couverture sociale.

La prise en charge par les URSSAF et la CARMF, en cas de conventionnement I pour les libéraux ou les prises en charge de salariés et d'hospitaliers sont peu décrites au moment de la période d'installation ou d'embauche et rarement approfondies même au cours des stages chez le praticien, par exemple chez le médecin généraliste.

Seule, la confrontation avec des prestataires de service proposant des contrats d'assurance plus ou moins embellis dans le cadre d'une vente, sera en fait l'information des praticiens. De nombreux journaux spécialisés et des plaquettes d'informations des différentes structures confraternelles ont pourtant régulièrement fait l'effort d'informer les médecins de la nécessité de prendre en compte extrêmement sérieusement et de façon régulière la capacité de leur couverture sociale pour assurer la survie de leur cabinet et de leur famille en cas de difficultés de santé et en particulier en cas d'incapacité totale de travail.

Il semble que certains Conseils Départementaux de l'Ordre mettent à la disposition de leurs médecins inscrits des propositions d'assurance prévoyance, mais le manque de formation des conseillers départementaux font qu'ils ne transmettent aux médecins que leur propre expérience, à travers leurs propres contrats de prévoyance, avec peu d'objectivité quant aux propositions fournies par les différents prestataires.

Certes, certaines organisations comme l'AGMF développent de façon non négligeable des services d'entraide financière à destination de leurs adhérents mais il semble qu'avant l'entraide, il serait nécessaire que tous ces organismes fournissent régulièrement de façon actualisée, les possibilités qui sont les leurs d'offrir aux praticiens une couverture sociale satisfaisante, adaptée et personnalisée.

Certains organismes privés, bancaires en particulier, proposent également des couvertures d'assurance, parfois à des coûts importants. A travers une analyse objective qui pourrait être effectuée par le Conseil National, tous ces contrats seront décrits par une publication régulière dans le bulletin. Il est donc nécessaire d'envisager au niveau du Conseil National, la création d'une structure parfaitement formée et compétente pour, en temps réel, à travers les outils informatiques, fournir des grilles comparatives des contrats d'assurance prévoyance, des contrats de couverture de frais professionnels, des contrats de prise en charge totale ou partielle des cabinets par des médecins formés spécifiquement à la prise en charge en urgence de cabinets médicaux.

Cette structure pourrait parfaitement être organisée à partir des liaisons privilégiées qui existent entre le Conseil de l'Ordre, la CARMF et l'AGMF en particulier.

Il importe également qu'au niveau de la formation professionnelle initiale, de la formation médicale continue, à travers les bulletins publiés par les Conseils Départementaux et par le Conseil National, de maintenir une information fréquemment réactualisée, de façon à sensibiliser, un peu contre leur volonté le plus souvent, les praticiens en exercice qu'ils soient libéraux en particulier mais aussi salariés et hospitaliers.

4.2.1.2 *La solitude, la pudeur et l'esprit d'indépendance du médecin*

Nous avons vu déjà à travers l'étude qui vient d'être faite que l'une des difficultés importante que pose la prise en charge du médecin malade est son indépendance professionnelle et son corollaire, la solitude. Si la déontologie à travers en particulier l'article 4127-5 du code de santé public, impose l'indépendance professionnelle à tous praticiens, ce précepte extrêmement contraignant entraîne chez le médecin le développement d'une personnalité, qui par la force des choses va l'isoler de son environnement tant professionnel que social.

En fait, nous avons déjà vu dans ce rapport, que le médecin vis-à-vis tant de ses confrères que de sa famille mais surtout de ses patients, développe un secret obligé, ou qui lui semble obligé, par rapport à la réalité de son état de santé et par rapport aux difficultés qu'il peut ressentir seul dans son cabinet et dans sa vision de son propre état de santé.

Dés lors, le praticien présente un autre caractère tout à fait original qui est une pudeur excessive qui va entraîner chez lui l'obligation morale de dissimuler le plus longtemps possible les signes de sa maladie et les difficultés qu'il peut ressentir à travers son mal vivre.

Cet aspect spécifique du médecin malade, n'est pas rencontré dans d'autres professions où l'état de santé restera, dans la plupart des cas, beaucoup moins « tabou » et pourra dès lors être pris en charge plus facilement. Il est extrêmement surprenant de comprendre qu'un médecin, lorsqu'il se sent trahi par la maladie, et atteint dans son propre corps, va, par cette pudeur excessive, grever de grandes difficultés sa prise en charge et, dès lors, va rendre encore plus difficile la prise en compte de ses difficultés personnelles et professionnelles par la profession et en particulier par les Conseils Départementaux.

4.2.1.3 *La confraternité devenue utopie*

Il apparaît devant le développement d'une médecine technique, pour ne pas dire technologique hypertrophique, que l'aspect philosophique de l'exercice professionnel médical avait ces dernières décennies disparu. A la suite de certains événements très médiatisés, en particulier à propos de la fin de vie, mais aussi par exemple pour la prise en charge en obstétrique, également pour les difficultés de prise en charge psychiatrique de nos malades, que la confraternité, gérée par un article 4127.56 du CSP qui doit être revu et corrigé en ces commentaires, n'est guère plus appliquée et même parfois n'entraîne que bien peu de sanctions disciplinaires au niveau de nos instances régionales.

Il est du devoir des Conseils Départementaux et du Conseil National, de revoir de fond en comble cette notion de confraternité qui nous a été léguée par l'école hippocratique. Ce sont en effet des conflits exacerbés entre confrères, à l'origine des pertes de confiance de malades qui entraînent par voie de conséquence des procédures disciplinaires et parfois correctionnelles ou pénales contre un médecin.

La peur de telles procédures entraîne chez le médecin un isolement extrêmement difficile à vivre, ne lui permettant plus d'appliquer les règles qu'on lui a pourtant inculquées de nécessité de transmission du savoir de générations en générations. Les médecins les plus anciens, qui seront le plus souvent ceux qui présenteront des difficultés de santé, ou des difficultés de mal vivre, vont par voie de conséquence hésiter à se confier à de jeunes confrères ou appeler à l'aide même la structure départementale, tous attachés à garder, ou à imaginer garder, une image complètement artificielle du médecin "inatteignable" par les maux de l'ensemble de la population.

L'isolement des praticiens, malgré même l'organisation en société d'exercice ou en société de groupes médicaux, fait que la vision qu'ils auront de l'activité de leurs confrères sera fréquemment déformée. Cette vision déformée entraînera une concurrence qui parfois peut atteindre des intensités malsaines, entraînant des jalousies inexplicables, entraînant un mal vivre extrêmement grave d'un nombre de confrères non négligeable, majorant le stress déjà très important au niveau de l'exercice et provoquant une perte complète de la notion de solidarité entre les confrères de générations en générations.

La réactivation de la conciliation au niveau des Conseils Départementaux va permettre, dans une certaine mesure, d'améliorer cette situation de désaccord, souvent à multiples aspects, entre médecins. La possibilité pour un médecin de s'adresser directement à la juridiction disciplinaire nous semble devoir être revue et il semble absolument obligatoire que tout litige entre médecin soit d'abord traité au niveau départemental avant d'atteindre le niveau de la section disciplinaire. Dans certains territoires, l'organisation d'assurance collective de type tontine crée une franche solidarité entre les membres de ces tontines, de par le mode de recrutement, de par leur limitation en nombre d'adhérents, de par un dynamisme inter-génération au niveau de ces confrères regroupés et reconstitue une véritable confraternité tout à fait utile dans la prise en charge de nos confrères ayant des difficultés de santé. Il importe donc que le Conseil National réfléchisse à une telle obligation déontologique de regroupement à l'échelle d'un territoire des confrères en vue d'organiser ce type de tontine. Il importerait également que le Conseil National réfléchisse aux obligations de rencontres régulières inscrites dans les statuts des différentes sociétés d'exercice ou dans les contrats d'exercice en commun, rencontres régulières qui pourraient pour les médecins associés prendre la forme d'une obligation bimensuelle ou trimestrielle de rencontres confraternelles autour d'un sujet de formation, autour d'une étude de dossier, des difficultés d'un des associés ou tout simplement autour d'un plateau de fruits de mer ou de quelques amuse-gueules.

Cet aspect convivial est uniquement assuré par des soirées plus ou moins litigieuses organisées par les laboratoires pharmaceutiques. Elles ne résolvent en général rien aux différents existants entre les médecins et ne permettent jamais, en tout état de cause, de soutenir nos confrères en difficulté qui au cours de ces réunions face à des représentants des laboratoires n'expriment jamais leur mal vivre ou leur difficulté de santé toujours freinés par la pudeur évoquée dans le paragraphe ci-dessus.

4.2.1.4 *Humilité et cécité professionnelle*

Il est fréquent d'entendre parmi nos confrères la réalité d'un certain manque d'humilité du médecin en général face à son exercice professionnel mais également face à son vécu et à son état physique et moral.

Le médecin se caractérise tout particulièrement par une véritable cécité professionnelle qui l'entraîne à modifier l'idée qu'il peut avoir de son propre état de santé, ceci d'une façon consciente ou inconsciente, car ne pouvant déroger par rapport à ses confrères en particulier. Le fait de se confier à l'un des confrères de son secteur entraînera chez ce praticien, un sentiment de faiblesse et de mise à nu qui pourra dans certains cas entraîner des troubles psychologiques extrêmement délétères. Cette cécité professionnelle, cette absence de bon sens dans l'analyse de son état de santé, n'est jamais compensée par l'action des confrères étant amenés à le prendre en charge, gênés eux même par ce manque d'humilité et par ces difficultés relationnelles induites par l'exercice d'une activité professionnelle identique et ayant des responsabilités similaires de vie ou de mort. Cette cécité professionnelle pourra avoir une conséquence extrêmement sérieuse de part le fait qu'un médecin malade garde tout au long de sa maladie, la liberté totale de prescriptions, même si le respect des réglementations s'impose autant à ce praticien qu'à tout autre médecin mais sans aucun contrôle rapproché ni surveillance particulière.

Il semblerait donc que l'auto prescription pour un médecin doit être au moins à minima encadrée. Il importe de permettre aux pharmaciens, dans le cadre des relations ordinales, de provoquer un signalement lorsque cette auto prescription prend un caractère franchement délétère.

Comment organiser ce dépistage? Reste à avoir une imagination réglementaire et déontologique afin que nos confrères ne puissent pas ressentir comme une véritable injustice **la limitation ou l'encadrement de cette auto prescription.**

La Commission Nationale Permanente a largement évoqué le fait qu'un médecin étant son propre médecin traitant, sera confronté par la force des choses, à cette absence d'humilité face à sa prise en charge, à cette cécité professionnelle pour ne pas dire à cette surdité emotionnelle par rapport aux symptômes qu'il ressent de sa pathologie. L'auto prescription qui en découle, est dans la majorité des cas pervertie par ses sentiments humains et légitimes et devra donc pouvoir être confraternellement encadrée. Il faut donc convaincre les médecins de s'adresser au Confrère avec lequel il se sentira le plus en sécurité, le plus en confiance, de désigner donc un Confrère comme médecin traitant, ceci devenant extrêmement important devant des pathologies lourdes ou des pathologies psychiatriques.

4.2.2 **LES RÉPONSES A PROPOSER**

4.2.2.1 *Signalement du médecin en difficulté de santé*

Nous avons vu que le médecin malade dissimulera très longtemps ses difficultés de santé. Dès lors, il faudrait que les Conseils Départementaux puissent se doter de systèmes d'alarmes ou systèmes de dépistage qui permettraient, à travers une relation confraternelle, d'amener nos confrères malades à se confier soit à un conseiller ordinal (mais est ce la meilleure solution ?), soit à un confrère reconnu pour ses qualités humaines et confraternelles, un Sage en quelque sorte. Il sera utile de former des médecins spécifiquement au conseil, à l'orientation et la coordination des soins auprès de nos confrères.

Ces véritables **cellules de soutien** pourraient être organisées par les Conseils Départementaux ; comprenant des médecins spécifiquement connus par nos confrères pour leurs qualités humaines, leurs compétences médicales mais aussi par leurs capacités à réagir rapidement à tous signalements de difficultés médicales chez un médecin en activité. Nous croyons qu'à travers la révision de l'article 4124-56 du CSP, il soit possible de prévoir l'organisation, au niveau du Conseil Départemental, d'une cellule de dépistage habilitée à alerter la cellule de soutien, cellule de soutien qui, elle, serait composée uniquement de membres extérieurs au Conseil Départemental.

4.2.2.2. La nécessité d'une organisation incitative pour ne pas dire obligatoire de la prévoyance chez les confrères

Chacun est évidemment libre d'organiser sa propre couverture sociale et de prévoyance, mais il apparaît à l'expérience que la majorité des confrères sont incapables de gérer cet aspect de leur exercice professionnel. Il importe donc que le Conseil National en collaboration avec les Conseils Départementaux, active une "banque de données" des contrats existants et assure ainsi aux jeunes confrères en cours d'installation, une véritable possibilité de choix afin d'assurer cette prévoyance. Cette prévoyance pourrait être rendue obligatoire dans son principe au moins.

Par ailleurs, il importe que par convention avec les différents organismes prestataires de service, le Conseil National puisse obtenir un engagement déontologique des assureurs de revoir systématiquement les dossiers prévoyances des praticiens sur des périodes quinquennales par exemple. Cette incitation à la révision des contrats de prévoyance tous les cinq ans, devra être inscrite dans les obligations réglementaires des médecins en exercice, obligation réglementaire dont ils devront apporter l'attestation au Conseil Départemental au tableau duquel ils sont inscrits.

4.2.2.3 Visite médicale régulière ou obligatoire

Si certains membres de la Commission Nationale Permanente estiment impossible d'imposer aux confrères en exercice une visite médicale de prévention régulière et obligatoire, le sujet mérite, nous semble t'il, d'être évoqué...

Il apparaît, et nous l'avons largement vu dans les chapitres précédents, qu'un médecin ne rencontrera qu'entre son PCM1 et sa retraite professionnelle aucun médecin en dehors - de la visite d'aptitude à l'internat (*) - de confrères amis ou éventuellement bien sûr des médecins appelés à prendre en charge une pathologie lourde. Le seul confrère qu'il rencontrera de façon obligatoire sera le Conseiller Départemental appelé à l'initier aux arcanes de l'inscription au tableau du Conseil Départemental du département dans lequel il devra exercer.

(*) **NOTA**

La seule visite médicale obligatoire d'un étudiant en médecine au cours de ses études se situe au moment où, admis à l'internat, il intègre l'hôpital. La qualité de cette visite d'aptitude est très inégale de l'avis des intéressés...

Article R.6153-7 du Code de la santé publique relatif au décret n°99.930 du 19 novembre 1999.

« Avant de prendre ses fonctions, l'interne justifie, par un certificat délivré par un médecin hospitalier, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières qu'il postule ... ».

Nous croyons que la notion nouvelle qui est apparue comme nécessaire, à partir de la gestion de dossiers de confrères malades en difficultés, d'une médecine de prévention, non pas de médecine de travail, mais bien médecine de prévention pourrait être instituée. Cette médecine de prévention serait exercée par des confrères formés spécifiquement à la prise en charge des médecins afin d'apporter non seulement une réponse aux difficultés présentées par un dépistage tardif des pathologies chez les médecins mais aussi un suivi de toutes les obligations de prévention en fonction de l'âge de chaque praticien.

La prise en charge médicale des praticiens devra être envisagée sous l'aspect de toute cette problématique. Il est nécessaire vis-à-vis des organismes de couverture sociale qu'un "deal" soit trouvé afin que la délocalisation du médecin malade puisse s'organiser sans aucune difficulté administrative.

Il est donc du devoir du Conseil de l'Ordre d'imaginer les meilleures solutions pour permettre ainsi aux praticiens en difficultés de santé d'être pris en charge dans des conditions optimales d'efficacité et de favoriser l'observance des thérapeutiques mises en place.

Nous avons déjà évoqué **la nécessité d'une réactivation de la confraternité** à travers la réécriture de l'article R4127-56 du code de santé publique et de ses commentaires mais surtout et probablement par une nouvelle appréhension des obligations confraternelles en fonction de l'évolution de notre société et de l'adaptation nécessaire des uns et des autres aux nouvelles formes d'exercice médical. Cette réactivation de la confraternité ne pourrait ainsi plus être négligée lorsque notre recherche de nouvelle forme d'exercice sera effective puisque lorsque nous aurons à faire à des médecins exerçant sans cabinet, ces médecins devront être soumis à des règles déontologiques confraternelles d'autant plus rigoureuses et incitatives à une bonne réalité confraternelle déontologique.

4.2.2.4 *Limitation intelligente de l'auto prise en charge et de l'auto prescription*

Il est apparu à travers toutes les enquêtes que nous avons pu effectuer, que les médecins, dans une grande majorité des cas, sont leur propre médecin traitant. Il n'est pas rare de voir par exemple, un gastro-entérologue soigner sa propre difficulté respiratoire, un cardiologue soigner son propre diabète ou ses propres difficultés endocriniennes, un urologue soigner sa bronchite ou ses problèmes cardiaques. Dans ces conditions, nous croyons nécessaire de "ré assainir" la prise en charge médicale des médecins à travers un encouragement, pour ne pas dire une incitation, de nos confrères à ne pas se choisir comme propre médecin traitant. Cette incitation sera révolutionnaire et entraînera par la force des choses, une réaction extrêmement négative de la part de la majorité des confrères.

Pourtant, il semble évident qu'une bonne prise en charge médicale ne peut pas être une bonne « auto » prise en charge médicale. Il faut donc que les règles déontologiques de confraternité imposent une facilitation de l'accès aux soins pour tous les médecins. Cette facilitation doit être possible par des procédures, protocoles, modalités qui permettront à tous les médecins éprouvant une difficulté, ou étant dépistés dans le cadre de la médecine de prévention, d'être pris en charge selon des filières pré-établies et facilitant dès lors une démarche intelligente de coordination des soins autour de ce médecin malade. Il n'est pas non plus inutile de convaincre nos confrères, et ceux qui ont été confrontés à des relations parfois difficiles avec les organismes de santé le savent très bien, de comprendre que le fait d'avoir un médecin traitant désigné leur permettent d'assurer au mieux la réalisation des différents dossiers nécessaires à la prise en charge des organismes de couverture prévoyance et d'obtenir par là même les meilleurs résultats au niveau de leur prise en charge sociale.

Enfin, le fait de ne pas se choisir comme propre médecin traitant entraînera par la force des choses une certaine limitation à l'auto prescription, ceci semble tout à fait nécessaire.

En effet, l'auto prescription médicamenteuse en particulier, relève parfois de comportements thérapeutiques complètement incohérents par rapport à la réalité de la pathologie et par rapport aux risques délétères que fait courir au propre médecin son comportement de prescripteur. Nous croyons donc nécessaire de trouver les solutions conventionnelles entre les différents Conseils de l'Ordre (médecins, pharmaciens, infirmiers) pour qu'un système d'alerte intelligent permette de limiter, de façon déontologique, une auto prescription devenue par son incohérence ou son incompatibilité avec l'état de santé du praticien, impossible à poursuivre.

Nous pensons, dès lors, que le Conseil de l'Ordre a un rôle majeur à jouer avant que les caisses de Sécurité Sociale ne se penchent sur le problème et décident, par voie réglementaire puis conventionnelle, de limiter cette auto prescription en ne remboursant tout simplement pas ce type de prescriptions.

4.2 - OSONS ALLER PLUS LOIN

Docteur Patrick BOUET

4.3.1 VERS UN NOUVEL ENGAGEMENT DE L'ORDRE

Etre médecin, aujourd'hui, c'est être titulaire d'un diplôme initial donnant droit au titre de médecin spécialiste, autorisant la demande d'inscription au tableau d'un ordre départemental dans le but de pouvoir exercer la médecine.

Exercer la médecine aujourd'hui c'est entrer dans un moule univoque où le diplômé responsable de patients est censé avoir une activité constante tout au long de sa carrière.

L'Ordre s'est à juste titre concentré sur son rôle de garant de la qualité et de la compétence professionnelle du médecin. Pour ce faire il a obtenu ou fait confirmer par les textes cette autorité sur les médecins mais aussi face aux autres acteurs du système de santé.

Nous sommes aujourd'hui rattrapés par d'autres réalités :

Le médecin n'est pas seulement un « outil » au service des soins mais aussi un être humain qui peut être malade et/ou souffrir et qui peut prétendre aux mêmes droits que l'ensemble de la population. : dépistage précoce, prise en charge ou soutien, garantie matérielle et possibilité de poursuivre ou réorienter sa carrière.

Nous affirmons ici clairement que **la confraternité ne se résume pas au seul fait d'entraide matérielle** mais qu'elle englobe une ambition plus importante : Suffit-il en effet d'organiser l'entraide matérielle pour être confraternel ?

A cette question nous répondons « non ».

La confraternité à notre sens regroupe une ambition bien plus grande :

- **accompagner** le médecin dans sa vie professionnelle
- **dépister** précocement les situations et les comportements à risque
- **prévenir** les ruptures d'activité

- **informer** sur les risques de l'exercice autres que ceux liés à la responsabilité professionnelle
- **éduquer** à la prévoyance
- **mettre en place** tous les moyens liés à l'institution, humains et matériels pour apporter des solutions individualisées à toute situation de crise
- **aider matériellement** par l'entraide les médecins ou leurs familles en difficultés passagères ou pérennes.

Au travers de cette première affirmation on voit donc que la confraternité ne peut se suffire d'un unique devoir d'aide financière ou ponctuelle mais qu'il s'agit bien de mettre en place un **véritable métier social au service des médecins et de leurs familles**.

Ce préalable étant posé, comment un ordre professionnel comme le nôtre doit-il s'organiser pour y apporter une réponse moderne et humaine ?

4.3.1.1 Service social

Aujourd'hui **nous agissons « en amateurs »** face aux problèmes qui nous sont posés. En effet, contrairement à d'autres groupes professionnels nous ne disposons pas d'un vrai système de dépistage et de prise en charge sociale des médecins.

Différents systèmes cohabitent qui gèrent chacun une parcelle du problème et qui se basent trop sur la bonne volonté, l'empathie ou la compétence de nos responsables locaux. Ceux-ci peuvent très vite être soit dépassés par les problèmes posés soit en situation de devoir prendre des décisions dérogatoires qui sont autant de prises de risques.

Nos atouts sont :

- notre maillage du territoire, 104 Conseils départementaux, 24 Conseils Régionaux, 1 Conseil National soit près de 4500 conseillers ordinaires sur le terrain
- nos moyens matériels donnés par la cotisation des médecins
- les pouvoirs qui nous sont donnés par la loi ou la réglementation

Fort de ces compétences nous pouvons mettre en place un service social au niveau national rassemblant en son sein des professionnels du droit social, du reclassement professionnel et de la prévoyance.

Ce service placé sous la responsabilité du Conseil National de l'Ordre des Médecins serait à la disposition des Conseils de l'Ordre qui pourraient soit spontanément, soit à la demande d'un médecin ou de tiers, faire un bilan des aides à apporter ou des moyens d'adaptation ou d'évolution d'activité à mettre en place.

Chaque cas serait traité dans la confidentialité et la garantie du secret. Les décisions prises seraient mises en application par l'élu responsable et sa commission, disposant d'une délégation du Conseil National de l'Ordre des Médecins pour ce faire en partenariat avec le Conseil départemental compétent.

Il ne s'agit donc plus là de la réflexion sur l'attribution d'une aide financière mais d'un projet complet de soutien professionnel.

4.3.1.2 Mutualisation des risques

Nous savons aujourd'hui que nombres de problèmes naissent de l'imprévoyance ou de la non actualisation des contrats d'assurances personnels.

Bien entendu aujourd'hui il ne peut être question de mettre en place une garantie générale prévoyance qui serait d'un coût prohibitif collectif. Néanmoins nous savons que des « contrats groupes » peuvent être envisagés, supportés par la cotisation de l'ensemble des médecins et ainsi mutualisés, et comportant

- la prise en charge de la période probatoire CARMF pour les libéraux (90 jours)
- les garanties pour les salariés tombant en mi-traitement ou en fin d'indemnités sur les 90 premiers jours
- Les protections à apporter aux vacataires sans statut social notamment au sein des établissements hospitaliers
- Des garanties en cas de décès

Il existe un grand nombre de domaines de prévoyance où sous la forme de contrats groupe. L'Ordre pourrait être le partenaire mutualiste de groupes d'assurance ou de mutuelles professionnelles et protéger collectivement et individuellement le médecin. Cette couverture s'inscrirait en complément ou en soutien des contrats souscrits à titre individuel.

Il s'agirait là d'un « bouclier prévoyance » minimum pris en charge collectivement.

4.3.1.3 Mettre en place une évaluation professionnelle ayant pour objectif un reclassement ou une réorientation professionnelle

Nous le voyons bien nous sommes très isolés dans le concert des professions. En effet nombre d'entre elles disposent soit de capacité de validation des acquis de l'expérience, soit de

parcours de reclassement. De même tous les travailleurs disposent du droit de mi-temps thérapeutique ou de postes aménagés.

Il ne s'agit pas là de réclamer l'équivalence mais bien de créer les conditions qui permettront à un médecin de disposer de choix d'évolution de carrière et à l'institution de créer la capacité d'induire des changements d'activités adaptés à la réalité de celui qui souffre et non pas dans la réponse univoque : « dangereux = non inscrit , non dangereux = inscrit... ».

Il convient donc que l'ordre se dote, par des partenariats structurés, des outils nécessaires à la réalisation d'un bilan professionnel, de l'établissement d'un projet de reclassement avec analyse des compétences acquises et, « promouvables », de la réalisation éventuelle d'un projet de reconversion.

Ce projet directement lié au praticien et au conseil départemental dont il dépend sera pris en charge par la collectivité médicale et réalisé sous le contrôle du CD.

4.3.1.4 Mise en place au niveau régional d'une banque d'emplois potentiels

Ayant compétence sur sa région et en partenariat avec les Conseils départementaux qui le composent, le Conseil Régional pourrait être le lieu où se centraliseraient les informations concernant les possibilités professionnelles mais aussi l'espace institutionnel de liens et de contact avec le monde de l'entreprise, les acteurs institutionnels, les structures universitaires de formation ainsi que de FMC permettant de piloter un projet de reclassement à visée locale.

Le Conseil pourrait également créer des partenariats avec des acteurs du monde de l'emploi pour créer les ouvertures de reconversions. Ce rôle nouveau se ferait en association avec les conseils départementaux inducteurs de la demande et organisateurs du suivi.

4.3.1.6 Dépistage précoce et soutien

Il faut au niveau départemental créer une structure d'intervention et de soutien composée de médecins volontaires et validée par le CD (telle une liste d'experts) .A la disposition de celui ci et de son président pour agir suite à un signalement afin d'apporter une aide immédiate. Cette structure pourrait être complétée par un groupe de médecins volontaires pour une prise en charge de plus longue durée.

Il conviendrait que cette structure ne soit pas composée de conseillers ordinaires chargés eux de l'accompagnement social du médecin en difficulté : malgré nos compétences individuelles nous ne sommes pas experts...

Ces groupes territoriaux pourraient être utilement complétés par un service national d'écoute dédié sur un numéro 800 et destiné à entendre les médecins et les conseiller sur les systèmes à leurs dispositions basés au Conseil départemental.

Cette cellule d'écoute pourrait avec l'accord des appelants les ré-orienter vers les Conseils départementaux ou vers les conseillers plus spécifiquement chargés de faire intervenir le groupe local de soutien.

Ainsi serait réalisé un maillage national de prise en charge et soutien destiné à rompre l'isolement et rétablir le dialogue.

4.3.2 POLITIQUE INSTITUTIONNELLE PROFESSIONNELLE

Nous ne sommes pas chargés de défendre les intérêts de la profession. Pour ce faire il y a des syndicats auxquels adhèrent volontairement des médecins qui se reconnaissent dans leurs propositions.

Nous sommes par contre chargés de la régulation de la profession, du bien être de ceux qui la composent et de la défense de valeurs fondamentales liées à nos exercices et aux liens singuliers qui unissent le médecin et son patient.

Garantir la compétence du professionnel, ses conditions d'exercice, et son bien être, sont des valeurs fortes auxquelles nous devons être attachés.

Au travers des recommandations du premier chapitre, on voit bien qu'une politique institutionnelle professionnelle doit être mise en place.

Cette politique doit prendre en compte les accidents de la vie et l'évolutivité voire la volatilité des conditions de l'exercice et sa relative précarité.

Il est commun de dire que les médecins ne savent faire que de la médecine et qu'ils ne savent rien faire d'autre.

Lourde erreur d'appréciation car faire de la médecine aujourd'hui c'est pour chacun de nous exercer un métier polymorphe ou tant l'acquisition de compétences techniques que celles de connaissances nouvelles nous force à élargir notre savoir.

Tout au long de sa carrière le médecin continue un processus permanent d'acquisitions scientifiques techniques et médicales. Que dire par ailleurs de la valeur ajoutée représentée par l'expérience qu'il acquiert dans le cadre de la gestion des relations humaines, dans la gestion de

crise, dans le domaine social et des droits, dans le domaine de l'hygiène de vie, des risques environnementaux etc.....

On le voit, le médecin d'aujourd'hui est une somme de compétences et de connaissances qui dépassent largement le cadre de son diplôme initial.

Et pourtant en 2008 on est médecin, inscrit à l'Ordre et autorisé à exercer son métier, ou on est rien, car non inscrit. Nous vivons actuellement sous le régime du tout ou rien.

N'est-il pas temps de relever ce défi professionnel et notamment à l'occasion de ce rapport pour dire qu'il est de la responsabilité de l'ordre de faire bouger les choses ?

4.3.2.1 *L'inscription au Tableau*

Elle ne peut plus être univoque devant la grande diversité des métiers médicaux. **Il n y a plus d'unicité du diplôme** mais bien de multiples facettes dans lesquelles le métier de médecin prend une toute autre dimension.

Nous devons voir inscrit dans la loi que si l'inscription à l'ordre donne le droit d'exercer la médecine, elle peut aussi être segmentée en fonction des situations et qu'il doit être possible d'inscrire un médecin en orientant, restreignant ou interdisant certains mode d'activité ou situation d'activité.

On peut aujourd'hui imaginer qu'après expertise on nous dise qu'un médecin ne doit pas exercer d'activité de soins au contact du malade. Ce confrère doit-il pour autant être définitivement exclu de l'ordre ? A notre sens non ; car en restant inscrit dans un domaine limité d'activité il continue d'appartenir à la communauté médicale. En même temps il n'exercera pas là où sa présence pourrait être source de danger pour les patients.

Nous devons abandonner le dogme du tout ou rien.

4.3.2.2 *Créer une structure de reconversion*

Devant des situations de crise, nous devons être capables d'apporter une réponse en matière de compétence ou de ré-orientation et ce de façon rapide et adaptée.

Que dire aujourd'hui du dilemme d'un chirurgien séropositif qui ne peut plus exercer son art mais qui est prisonnier de sa qualification en chirurgie, sans appel car nouveau régime, et n'ayant pas d'autres titres ?

L'Ordre doit proposer à ce professionnel un trajet, en accord avec l'université, avec l'appui de la FMC, et dans des conditions validant les acquis de l'expérience, un projet professionnel de reconversion où il pourra exercer la médecine sans faire courir de risques aux patients.

Il en va de notre crédibilité en temps qu'organe de régulation. Là encore ne doit pas régner la loi du tout ou rien et nous devons créer une structure de reconversion garantissant grâce à des compléments de formation, ou des validations de formation antérieures, une réelle ré-orientation de carrière.

Ce serait un comble que l'on puisse aujourd'hui mettre en place, à juste titre, la reconnaissance des diplômes étrangers ou des activités exercées en France par des médecins étrangers (DIS français donnant en Roumanie la qualification) et que l'on ne fasse rien pour un médecin formé en France et titulaire d'un diplôme français, en difficulté ou dans l'impossibilité de poursuivre dans sa qualification initiale.

Serions-nous alors crédibles ?

4.3.2.3 Agir sur la réglementation et la législation

Le code de déontologie nous donne un certain nombre de réponses et les commentaires ajoutés au fur et à mesure sont à la fois simplificateurs mais trop souvent restrictifs en matière d'exercice notamment.

Nous allons successivement voir :

- **les éclairages à donner par les commentaires dans le but de dépoussiérer et simplifier le travail des conseils départementaux**
- **les nouveautés réglementaires à introduire dans le code**
- **les propositions législatives à insérer dans le code**

En rappelant au préalable que l'Ordre National des Médecins gère 5 groupes de population :

- Les médecins en formation de troisième cycle des lors qu'ils sont demandeurs de licence de remplacement
- Les médecins en activité
- Les médecins en retraite
- Les médecins étrangers
- Les familles de médecins

Car, étant appelés à répondre à toutes les situations, il faut donc d'emblée intégrer cette quintuple dimension.

a) - Les médecins en formation

Grands oubliés de l'entraide car non inscrits à l'Ordre, et pourtant remplaçants, donc exerçant ou internes en établissement hospitalier.

Leurs difficultés ne nous remontent qu'exceptionnellement. Pourtant de plus en plus âgés (âge moyen de remplacement ou d'installation plus élevé), ils sont au service des patients et de plus en plus apportent, ou apporteront, leur soutien aux médecins en exercice.

Il nous faut donc les reconnaître et agir pour eux dès lors qu'ils traversent des difficultés ou qu'ils rencontrent des problèmes de santé. C'est un devoir pour notre institution et notre avenir.

Pour ce faire la licence de remplacement doit être considérée comme une véritable pré-inscription et sa délivrance un acte d'entrée dans la collectivité médicale ouvrant droit à la solidarité professionnelle.

Un fichier national des licences doit être constitué permettant l'identification des étudiants de 3ème cycle et régulièrement mis à jour au niveau départemental.

b) - Les médecins étrangers

Exerçant sur l'ensemble du territoire, inscrits au tableau, ils connaissent des difficultés d'intégration et connaissent mal leurs droits et devoirs. Dans des situations familiales et matérielles souvent difficiles, ils sont plus sensibles aux difficultés et s'identifient peu auprès des institutions soit par pudeur soit par culture. Comme pour tous les médecins inscrits il nous appartient d'être à leurs cotés .

c) - Les trois autres groupes : médecins en activité, retraités et familles

directement identifiés par leurs conseils départementaux, ils sont d'accès plus facile quand les problèmes sont malheureusement déjà très lourds et qu'ils s'adressent alors à nous.

Pour gérer leurs difficultés il nous faut aborder la problématique au travers de trois axes de réflexion.

- **mieux utiliser la réglementation existante en modifiant les commentaires du code de déontologie.**
En effet notre lecture de la déontologie et de son code est par trop univoque, voire restrictive souvent par habitude. Trop souvent Le Président de CD est amené à prendre des décisions qui lui paraissent dérogatoires du règlement et donc exceptionnelles ou à prendre des risques par rapport aux textes fondateurs
- **modifier la réglementation existante qui apparaît inadaptée**
- **créer un nouvel espace déontologique par modification législative ou réglementaire**

Aujourd'hui l'Ordre des médecins appuie des décisions tant au niveau du département que du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur les articles :

- 65 – 66 – 86 – 91 : pour les remplacements

- 74-85 : pour la médecine foraine et sites multiples
- 83 : pour les contrats
- 87 – 88 – 89 : pour l’assistanat et gérance de cabinet
- 91 : pour l’association
- 93 : pour l’exercice de groupe -collaboration libérale et salariée

Ces articles, et leurs commentaires, encadrent les capacités d’action et d’intervention des conseils départementaux : ils ont pour vocation de permettre de gérer des situations de fait et, en fait s’avèrent inadaptes à la prévention d’un accident de vie professionnelle.

Ainsi donc il convient de comprendre quelles sont les grandes catégories de difficultés en pratique à gérer.

A) *Les plus « simples », car connues de toujours, sont le décès et la maladie sévère avérée*

Il s’agit là de pallier une incapacité d’exercer son activité ou d’une disparition qui nécessite de garantir la continuité des soins et de maintenir les droits du conjoint survivant ou de ses enfants.

Pour ce faire l’assistanat, le remplacement régulier, la collaboration, peuvent donner au CD le moyen d’intervenir comme cela est fait classiquement. La tenue de poste d’un médecin décédé permet également de maintenir une activité de clientèle sur un temps donné.

Il est certain que cette tenue de poste ne devrait pas être limitée uniquement au décès mais qu’elle devrait également pouvoir s’appliquer aux situations dans lesquelles le médecin, brutalement frappé par une perte de capacité (coma, accident grave), ne peut organiser son indisponibilité ou d’emblée ne pourra reprendre son activité. La tenue de poste pourra alors permettre d’organiser au mieux l’avenir du cabinet tout en respectant le patrimoine du praticien.

B) *Plus difficiles sont les situations soit de reprise d’activité soit de prévention d’aggravation de situations pathologiques ou pathogènes*

En effet, le remplacement ou l’assistanat, qui sont utilisables, ont des conditions d’application qui sont basées sur l’exceptionnel et l’avéré (l’attesté). Il est néanmoins nécessaire d’envisager des aménagements d’activité pour ces professionnels car il existe pour tout travailleur des droits fondamentaux qui sont le mi-temps thérapeutique et les postes aménagés. Il nous faut donc donner plus de latitude et de souplesse pour apporter au niveau du CD des réponses qui ne soient pas du domaine dérogatoire mais du domaine réglementaire.

Notamment il nous faut ouvrir les règles de durée des remplacements, de remplacement régulier, les séquences de ces remplacements et leurs motivations. Il faut garantir la confidentialité des données fournies qui doivent être placées sous la responsabilité d’un élu.

Nous devons pouvoir offrir dans des conditions simples des aménagements d'activité ou de poste qui garantissent à la fois la sécurité des patients et celle du praticien et de son entreprise.

C) *Qu'en est-il de la prévention ?*

Se faire remplacer régulièrement suppose aujourd'hui de « remplir des conditions de santé, de formation, de mandats... ».

- Qu'en est-il du médecin débordé, « surbooké », épuisé et souhaitant aménager son activité tout en gardant la maîtrise de sa clientèle et de son outil de travail ?
- Y a-t-il pour le médecin, comme pour d'autres, le droit à ne rien faire une journée tout en maintenant le fonctionnement de son entreprise médicale ?
- Y a-t-il aujourd'hui, pour le médecin, le droit en libéral, de mettre en place des repos compensateurs ne déstructurant pas le fonctionnement du cabinet ?

Il nous faut là aussi quitter le discrétionnaire pour entrer dans l'application de règles basées sur une volonté commune d'écoute et d'adaptation aux nouvelles contraintes de la société.

Car aujourd'hui, à notre corps défendant, quelle réponse apporterions-nous à une demande de remplacement régulier qui aurait pour motif .

« Je veux profiter de mes enfants un jour par semaine ».

« Je veux aller faire du sport une demi-journée par semaine et accompagner mon fils une autre demi journée » ?

Il nous apparaît que le médecin comme tout citoyen doit pouvoir disposer de temps pour sa famille, ses loisirs. Il nous appartient de l'accompagner dans cette démarche avec des moyens réglementaires. Il vaut mieux nous semble-t-il pour la sécurité de la population un cabinet avec un médecin qui ne soit pas le titulaire de temps en temps qu'un cabinet fermé.

D) *Quelles réponses*

Nous serons de plus en plus face à des demandes impérieuses émanant des médecins confrontés à une population plus exigeante, des réglementations administratives ou légales plus contraignantes, des règles professionnelles et scientifiques plus lourdes, impératifs amenant notre profession à un niveau de performance et d'exigence plus élevé.

Mais, en même temps, le stress sociétal, les contraintes économiques, les menaces professionnelles, l'applications de la responsabilité, les remaniements de la cellule familiale impacteront de plus en plus intimement l'exercice de l'art médical où qu'il soit.

Nous allons vous proposer des aménagements des textes qui nous ouvrent des espaces de décisions qui perdront leurs caractères discrétionnaires engageant la responsabilité d'un

président de CD ,celui ci n'hésitant pas à les prendre, notre but étant d'assumer collectivement toutes décisions prises grâce à des textes qui nous soient communs et homogènes.

Pourquoi par exemple aujourd'hui dire :

- « un médecin installé ne peut remplacer un autre médecin sauf la première année de son installation »
- « un médecin remplacé à son cabinet ne peut exercer ailleurs la médecine libérale »

On le sait, il est plus facile de se faire remplacer en milieu urbain de ville siège de faculté qu'en Corrèze ou en Lozère. Alors ***pourquoi un jeune médecin ou un médecin plus âgé ne pourrait-il pas, tout en assurant la continuité des soins à son cabinet par un remplaçant, aller lui-même remplacer dans une zone défavorisée ?*** Ou serait la déontologie qui autorise à aller exercer l'humanitaire et faire tenir son cabinet et ne pas pouvoir assurer cette même capacité sur notre territoire.

Ceci est un exemple provocateur mais ne faut-il pas provoquer pour avancer ?

Pourquoi aujourd'hui ne pas mettre en place la reconnaissance d'un exercice revendiqué sans complexe par les plus jeunes : l'exercice médical sans cabinet. Si nous mettons en place les éléments permettant d'apporter une réponse à la souffrance potentielle et réelle du corps médical par une réglementation d'utilisation plus adaptée aux besoins, nous allons créer les possibilités pour tout médecin d'exercer son art dans des conditions « itinérantes ».

Pour ne pas être incontrôlable cet exercice doit avoir un statut, des règles, et suivre les devoirs déontologiques généraux. En corollaire il ne faut pas créer un médecin « haut de gamme » dans son cabinet et un sous médecin « itinérant ». Il s'agit bien de modes d'exercices différents d'un même métier.

E) De nouvelles solutions réglementaires et déontologiques

1. Article 65

- ↳ *Un médecin peut se faire remplacer temporairement par un confrère inscrit tableau de l'ordre ou par un étudiant remplissant les conditions prévues par l'article L 4131-2 du code de la santé publique. Le médecin qui se fait remplacer doit en informer préalablement, sauf urgence, le conseil de l'Ordre dont il relève en indiquant les noms et qualité du remplaçant ainsi que les dates et la durée du remplacement. Le remplacement est personnel. Le médecin doit cesser toute activité médicale libérale dans son ou ses cabinet(s) pendant la durée du remplacement.*
- ↳ *Commentaire 8 proposé : Un remplacement est autorisé pour un temps limité correspondant à l'indisponibilité du médecin remplacé. Il est possible sur demande explicite et justifiée du médecin demandeur aux conseils départementaux, d'autoriser des remplacements réguliers de courte durée dans la semaine, continus ou séquentiels. Cette autorisation est formulée par le conseil départemental qui possède un large pouvoir d'appréciation et doit motiver son refus*

éventuel. Des remplacements par demi-journée (séquentiels) sont possibles sur demande explicite et justifiée.

↪ *Faire disparaître l'alinéa sur les cabinets de groupe.*

↪ *Commentaire 10 proposé : Un médecin peut être autorisé à remplacer un autre médecin en dehors de son cabinet notamment dans le cadre des zones sous médicalisées ou lorsque la situation personnelle d'un confrère le justifie (santé, suractivité).*

↪ **Objectifs :**

- *Le remplacement fait partie des droits du médecin. Un médecin doit pouvoir travailler en dehors de son cabinet que ce soit en libéral comme en salarié.*
 - *Donner une nouvelle dimension aux remplacements et les décloisonner*
 - *Lever la suspicion de « gérance de cabinet »*
 - *Mettre de la souplesse dans les durées et séquences de remplacement*
 - *Permettre au cabinet de groupe d'avoir un seul remplaçant pour le groupe*
 - *Permettre à un médecin de remplacer même s'il est titulaire d'un ou de cabinets(s)*
- *Rendre au Conseil départemental une capacité réglementaire d'autorisation et non pas dérogatoire.*

2. Article 66 : inchangé

3. Article 86

↪ *Un médecin ou un étudiant qui a remplacé, dans les deux dernières années précédant sa demande un de ses confrères ...*

↪ **Objectifs :** *Equilibrer les règles de protections du remplacé et du remplaçant afin d'être incitatif.
Cette clause de durée devrait figurer dans le contrat-type.*

4. Article 87

↪ *Un médecin peut dans le cadre d'un contrat de collaboration salariée, dans l'exercice de sa profession, employer un autre médecin ou un étudiant en médecine.*

↪ *Un médecin peut être assisté en cas d'afflux exceptionnel de population ou de diminution brutale du nombre de médecin de même spécialité dans une région déterminée.*

Idem pour les autres alinéas

↪ *Commentaires : Un médecin, dans le cadre d'un contrat de collaboration, peut salarier un autre médecin, chacun travaillant sous sa propre responsabilité.*

↪ **Objectifs :** *introduire définitivement et clairement la dimension du salariat dans le code. Créer les conditions de démarrage de ce type d'activité. Reconnaître que dans les cas de modification brutale de la démographie, les conditions de sur activité qui en découlent peuvent justifier un assistanat.*

5. Article 88

↪ *Un médecin peut être assisté dans son exercice par un autre médecin si son état de santé le justifie, si les conditions de son activité entraînent un risque pour sa santé ou en cas de circonstances exceptionnelles, notamment d'épidémie...*

↪ *Commentaires : Ce nouvel article permet de répondre à des difficultés pratiques d'exercice concernant des médecins dont l'état de santé ne leur permet pas, temporairement, de satisfaire à toutes les exigences de leurs activités professionnelles. De même il permet au conseil départemental d'intervenir en cas de risque pour la santé du praticien.*

↪ **Objectif :** *Permettre aux conseils départementaux d'agir en amont des difficultés et reconnaître la prépondérance des troubles de santé et le nécessaire engagement de l'ordre dans leurs préventions.*

6. Article 89

↪ *Il est interdit à un médecin de faire gérer son cabinet par un confrère. Toutefois le conseil départemental peut autoriser, pendant une période de trois mois, éventuellement renouvelable une fois, la tenue par un médecin du cabinet d'un confrère décédé ou dans l'impossibilité pour des raisons médicales dévolues et graves d'assurer son remplacement.*

↪ **Objectif :** *Ouvrir la tenue de poste à la gestion d'un cabinet sur une période permettant aux ayant droits ou représentants légaux de céder le cabinet sans fuite majeure de clientèle.*

7. Enfin, créer un nouvel article 74

↪ *L'exercice de la médecine foraine est interdit. Un médecin peut être inscrit au tableau de l'ordre de sa résidence personnelle des lors qu'il déclare ne pas exercer en cabinet propre, en établissement de santé ou avoir un poste salarié. Il peut alors exercer la médecine sans cabinet propre, en exerçant les fonctions de remplaçant, adjoint, associé temporaire ou tenir le poste d'un médecin malade ou décédé.*

Dès lors qu'en sus, ou à la place de ces activités, il exerce une activité fixe et durable il transfère son inscription dans le département de cette activité. Le médecin inscrit dans ce cadre doit fournir copie de tous les contrats qui le lie à ces différents exercices sans cabinet propre au conseil départemental inscrit.

↪ **Objectifs :** *Reconnaître enfin dans les faits un nouveau mode d'exercice médical dans lequel le professionnel ne se lie pas à une clientèle définitivement mais organise son activité sur l'ensemble du territoire en respectant les devoirs généraux déontologiques des médecins.*

4.3.3

VERS UNE NOUVELLE LEGISLATION

Trois points essentiels :

- A) L'unicité du droit d'exercer
- B) La qualification
- C) L'incapacité à exercer

A) **L'unicité du droit d'exercer**

L'inscription à l'Ordre donne un droit fondamental, celui d'exercer la médecine. Ce droit n'est pas fractionnable. En effet on est inscrit au tableau, ou on ne l'est pas, et ainsi on a le droit d'exercer la médecine ou on ne l'a pas.

Cette situation n'est plus aujourd'hui tolérable. En effet un médecin peut avoir une inaptitude partielle à l'exercice de la médecine que ce soit pour des causes physiques ou psychologiques et ce pour des raisons qui ne l'empêcheraient pas par ailleurs d'exercer la médecine autrement ou dans d'autres conditions.

Il faut donc établir comme dans d'autres pays (GB) **un droit à un exercice partiel de la médecine**. Droit permissif qui autorise à l'exercice dans certains domaines uniquement, où droit contraignant qui interdit certains modes d'activités.

On peut déjà voir par décision de justice des médecins interdits d'exercice libéral par tribunal car en faillite. On pourrait voir demain des médecins interdits de pratiquer certaines spécialités par décision de justice ou disciplinaire.

Cet exercice partiel du droit d'exercer la médecine nous est indispensable pour bien administrer notre rôle d'organisme régulateur de la profession de médecin.

B) **La qualification**

Plutôt que de nous battre en permanence pour créer de nouvelles spécialités, sur spécialités, compétences et capacités, nous devrions nous battre pour créer de véritables passerelles qui s'appuyant sur le socle commun des études, sur la validation des acquis de l'expérience, sur des programmes de formation adaptés à objectifs programmés permettent à des médecins en difficultés de se reconverter par choix ou par obligation.

Il faut là encore que nous prenions conscience du bien précieux pour la nation de médecins formés à grands coûts et de la perte que représente pour la collectivité un médecin qui ne peut plus exercer dans son mode précédent et qui n'a aucune autre alternative.

Il s'agit d'une responsabilité urgente d'un Ordre professionnel.

C) **L'incapacité à exercer**

L'ancien article L 460 (R 4124-3 du Code de la santé publique) , pour lequel est **actuellement posée une seule question « le médecin est qu'il apte ou inapte à exercer la médecine ? »**

Comme nous l'avons vu précédemment, il convient de donner à cette question une nouvelle dimension.

En effet, si l'on crée une gradation dans l'inaptitude, on permet à un médecin qui pour des raisons X serait inapte à l'exercice en contact avec des enfants, ou à l'impossibilité physique d'exercer (amputation d'un bras ou séropositivité pour un chirurgien), de pouvoir rester inscrit pour exercer une autre activité ou à mode d'exercice adapté aux conditions de l'exercice.

Les questions, plus précises, devraient tenir compte à la fois de la dangerosité mais aussi de la capacité ou de l'incapacité physique ou psychiatrique de poursuivre le mode d'activité en cours au moment de la demande. **Les réponses devraient pouvoir différencier l'inaptitude totale pour dangerosité de l'incapacité partielle et aménager les conditions d'exercice ou des possibilités de maintien dans l'inscription ordinale sous conditions.**

CONCLUSION

Au terme de cette analyse nous avons voulu ouvrir une nouvelle réflexion. Certains thèmes abordés dérangent ou agressent nos convictions mais nous plaidons coupables car c'était volontaire.

Il est en effet des dogmes dont nous devons nous détacher pour mieux défendre les valeurs fondamentales de qualité et de compétence.

Nous entrons dans un XXI ème siècle qui voit se modifier les fondements même de l'exercice médical.

Notre responsabilité va certes vers les patients qui ont un droit fondamental à une médecine de qualité exercée par des médecins en qui ils veulent avoir confiance. Cette responsabilité va aussi vers les médecins d'aujourd'hui et de demain qui veulent être heureux dans leur métier et dans leur vie.

Nous porter à leurs côtés pour les aider à tous les moments de leur vie. Construire des projets d'aides et de soutiens dans l'adversité. Leur apporter aide et facilitation dans l'exercice lors de ces moments difficiles. Envisager entre professionnels les difficiles étapes de la reconversion. Voilà ce qui est pour nous un nouvel engagement ordinal.

Vivre ensemble une déontologie active tournée vers les nôtres dans la difficulté, où confraternité prend son véritable sens, nous apparaît une impérieuse nécessité.



ANNEXES

1 - EXPÉRIENCE ÉTRANGÈRE BARCELONE (Espagne)

Docteur Francis MONTANE

AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Le PAIMM (Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade) du Collège des Médecins de Barcelone est certainement le programme le plus abouti dans le monde.

Le document que nous vous présentons est issu du site Internet de ce Collège. Pour une meilleure compréhension, la traduction Française a été améliorée par nos soins...

Le lecteur sera probablement surpris par le côté « aguicheur » pour ne pas dire publicitaire de cette publication, pratique courante en Catalogne, ce qui n'enlève rien à la qualité et à l'efficacité de ce programme mondialement reconnu : neuf médecins-malades sur dix sont « replacés » dans le circuit professionnel.

Le Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM), fut créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone, par le Département de Santé et Sécurité Sociale de la Generalitat de Catalogne et le Service Catalan de Santé. Les autres Conseil de l'Ordre des Médecins de Catalogne y adhéraient postérieurement. Ce programme a pour but d'assister, les médecins qui présentent des problèmes psychiques et/ou des comportements de dépendance. La finalité est donc d'assurer à ces confrères des traitements adéquats, de manière à ce qu'ils puissent exercer la médecine dans les meilleures conditions possibles et ainsi veiller à la santé de leurs patients.

Le PAIMM est un programme pionnier en Europe. Il dispose de procédures collégiales (accès direct, confidentialité, utilisation des contrats thérapeutiques, etc...) et d'une unité d'assistance avec des services d'hospitalisation, d'hôpital de jour et de traitement ambulatoire, spécialisés et confidentiels, spécifiques pour les professionnels de la médecine.

À partir de l'expérience du PAIMM, le Conseil de l'Ordre des Médecins de Catalogne créa en début d'année 2001 la Fondation Galatea avec la finalité de, non seulement gérer le PAIMM, mais aussi d'analyser et d'étudier les situations liées à la santé du médecin et des autres professionnels de santé.

Dr. Jaume Padrós i Selma Président du PAIMM

LE MÉDECIN MALADE

Ces dernières années, il est apparu que les professionnels de santé et surtout les médecins, dans la plupart des cas, ne se comportaient pas comme des patients habituels

Les médecins ont une chance sur dix de subir pendant leur vie professionnelle, un épisode lié à des maladies psychiques et/ou à des conduites de dépendance qui peuvent nuire à leur exercice professionnel avec notamment, erreurs et négligences.

Un grand nombre d'arrêts de travail, de déclarations d'incapacité ou d'invalidité professionnelle de médecins sont dues à des troubles qui pourraient recevoir un traitement efficace.

Les maladies occultes. Ces maladies ont une répercussion très négative dans la vie quotidienne, dans l'entourage familial mais aussi dans le cadre professionnel, aux postes de travail et dans la relation avec les patients. Tout en étant conscients de ces préjudices, la peur, le sentiment de culpabilité et la stigmatisation sociale de la maladie font que les médecins et les professionnels de la santé s'habituent à la nier et à l'occulter.

C'est aussi un problème de santé publique. Le manque d'initiative et de décision pour demander de l'aide ne fait que retarder le moment de faire face au problème et provoque donc une aggravation du pronostic. Quand un médecin renonce à chercher des solutions efficaces à son problème, cette conduite dépasse le domaine strictement personnel et devient une question qui affecte le bien-être collectif, si l'on tient compte des possibles conséquences sur la santé de ces patients.

Ni les meilleurs patients, ni les mieux assistés. Il est démontré que les professionnels de santé se trouvent dans la couche de population qui reçoit le moins d'attention sanitaire, à cause de l'auto-prescription, de la négation de ses propres maladies, des consultations spontanées à des collègues. De même, bien souvent, il ne s'établit pas une relation thérapeute-patient adéquate entre deux médecins, alors que cela est courant dans la pratique médicale. De ce fait, nous sommes l'une des professions les moins bien assistées dans le système sanitaire.

LA PHILOSOPHIE DU PAIMM

La philosophie du PAIMM est basée sur le Code de Déontologie Catalan.

- Article 101 - Le médecin conscient d'être malade, de pouvoir transmettre une maladie et qui constate des difficultés pour exercer de façon pleinement efficace sa profession, doit consulter un ou plusieurs collègues pour qu'ils apprécient sa capacité professionnelle et suive les indications données.

- Article 102 - Le médecin informé de l'état de santé précaire d'un confrère, doit lui recommander (avec discrétion) de consulter. Ce médecin a également le devoir de communiquer cette information à l'Ordre de Médecins. La sécurité des patients doit toujours être la priorité.

Les objectifs du Programme sont :

Pouvoir aider le plus grand nombre de médecins malades

Nous assurer qu'ils reçoivent l'assistance spécialisée nécessaire

Favoriser la réhabilitation de ces professionnels

Veiller à ce que la pratique de la médecine se fasse dans les meilleures conditions possibles pour la santé des citoyens.

UN PROGRAMME SPÉCIFIQUE

- Professionnels, nous sommes d'abord des personnes, des citoyens et, comme tout le monde, nous avons besoin de conseil et d'aide de professionnels lorsque nous sommes malades. Il nous faut assumer la maladie avant que des situations extrêmes se produisent, comme par exemple les plaintes d'utilisateurs, les signalements par des collègues ou les ruptures familiales.

Plus de facilités d'accès aux services de santé. Le PAIMM a été créé pour surmonter ces obstacles qui nous empêchent de nous voir comme patients et pour nous faciliter l'accès à une prise en charge sanitaire de qualité et spécialisée en cas de maladies liées à des troubles psychiques et/ou à des conduites de dépendance.

La prise en charge personnalisée, la discrétion, la flexibilité dans le traitement et le support professionnel spécialisé s'adaptent aux caractéristiques de chaque patient. Cette prise en charge individuelle pourra se faire en groupe ou en famille, avec si nécessaire des horaires adaptés, éventuellement pendant les périodes de vacances.

Plus qu'un traitement sanitaire. Le PAIMM, en tant que programme réellement complet, élargit son rayon d'action, offrant au malade les services suivants :

Assistance sanitaire

Attention sociale

Support légal

Assistance en matière de travail

Meilleurs résultats. Le PAIMM suit de près les expériences similaires d'autres pays, spécialement celles de l'Amérique du Nord, du Canada et de l'Australie, qui démontrent que les programmes spécifiques pour les médecins obtiennent de meilleurs résultats que les services destinés à l'ensemble de la population. Cela peut être démontré car ces programmes spécifiques enregistrent un nombre d'abandons plus réduit et un plus haut niveau de réhabilitations.

Rappel pour le médecin traitant des médecins : si l'on traite un médecin patient, on doit se rappeler de l'aide que le PAIMM peut nous faciliter, en tant qu'information sur la façon d'agir, support thérapeutique spécifique et assistance légale.

La responsabilité que l'on a envers nos patients acquiert un nouveau sens lorsque nous nous occupons d'un collègue avec ce type de pathologie puisque nous assumons aussi la responsabilité de ce médecin envers ses patients.

 **902 362 492.** Composer ce numéro de téléphone peut être un bon premier pas. Un médecin spécialisé de notre équipe s'occupera de nous de façon confidentielle et nous informera. Le Médecin décidera s'il programme une première visite d'approximation. Un faux nom contribue à la discrétion que nous exigeons pour ce genre de maladies chargées d'une grande stigmatisation sociale.

Le conseil aux collègues. La propre santé est non seulement essentielle pour notre bien-être mais aussi -puisque nous sommes professionnels de santé- une garantie pour nos patients.

C'est pour cela que l'aide aux collègues de travail ne peut se baser sur l'occultation des situations de risque. La confiance et la complicité mais aussi l'exigence professionnelle sont la base pour communiquer au médecin malade l'existence de services spécialisés comme le PAIMM.

Quelle que soit la difficulté que nous puissions trouver pour diriger un médecin malade jusqu'au PAIMM, il peut être examiné par l'unité d'accueil du Programme pour recevoir les orientations nécessaires de façon à suivre la meilleure stratégie possible...

Nous ne pouvons oublier qu'un médecin ayant pris connaissance, chez un confrère, d'un problème de santé comportant un risque de mauvaise pratique a le devoir déontologique d'informer le secrétaire de l'Ordre des Médecins en question.

Programmes cliniques :

Programmes destinés aux troubles mentaux

P. de troubles affectifs

P. de troubles d'anxiété

P. de troubles psychotiques

P. de troubles de somatisation

Programmes destinés aux pathologies duelles

Programmes destinés aux troubles de dépendance

désintoxication.

désaccoutumance

P. de prévention de rechutes

P. d'exposition aux stimuli

P. de capacités professionnelles

Programmes adaptés

P. en période de vacances

P. d'hôpital de nuit

Tous les médecins membres d'Ordres officiels et actifs, - ceci signifie qu'ils ne sont pas en situation d'invalidité ou retraités, ont le droit de recevoir l'assistance du PAIMM. Cette universalité se doit au fait que le Programme a été créé pour que les médecins présentant des problèmes psychiques et/ou de dépendance puissent reprendre un jour leur activité professionnelle dans les meilleures conditions pour eux et avec la plus haute garantie pour leurs patients.

Exemples :

« **J'ai un problème** ». Composer ce numéro de téléphone : 902 362 492 peut être un bon premier pas.

Un médecin spécialisé de l'unité vous assistera confidentiellement en vous offrant toute l'information nécessaire. Si c'est le cas, un premier entretien pourra être programmé pour réaliser une première approximation du problème.

L'assignation d'un faux nom contribuera à préserver votre identité et la discrétion, en évitant la stigmatisation sociale que ce genre de maladies peut générer encore de nos jours.

Pendant la première visite, l'on procèdera à la signature du formulaire de document d'acceptation d'entrée au programme, à travers lequel vous acceptez de suivre à chaque moment les indications de votre thérapeute et où le PAIMM s'engage à vous donner l'assistance et les services nécessaires pour obtenir une bonne récupération.

« **C'est un collègue qui a un problème** ». Le soutien des collègues de la profession ne peut se baser sur l'occultation de situations à risque. Ne pas agir ne l'aide en aucune manière, c'est sans doute la plus mauvaise option.

La confiance et la complicité, tout comme l'exigence professionnelle, sont la base pour conseiller votre collègue malade de l'existence de services spécialisés et confidentiel comme ceux du PAIMM.

Il est important de faire connaître à ce collègue le PAIMM, sa philosophie et ses caractéristiques, car cela va peut-être lui apporter la sécurité et la confiance pour faire ce premier pas. En ce sens, le fait de lui suggérer d'accéder au site Internet du programme : paimm.fgalatea.org peut être efficace, surtout si postérieurement un contact téléphonique direct est effectué en composant le 902 362 492.

A partir du moment où ce collègue accède au traitement du Programme, il signera lors de la première visite le document d'acceptation d'entrée au programme, à travers lequel il accepte de suivre les règles thérapeutiques qui lui seront indiquées par son psychiatre, alors que le PAIMM s'engage à lui donner l'assistance et les services nécessaires jusqu'à l'aboutissement de sa récupération.

« **Le médecin malade ne veut pas recevoir le soin adéquat** ». Le dialogue, à partir de la confiance, est important pour tenter de convaincre un médecin malade de la nécessité de connaître le PAIMM et de le joindre par téléphone - ☎ **902 362 492** - le plus tôt possible.

Malgré tout, ce médecin peut persister dans sa négation de recevoir une assistance spécialisée et, par conséquent, augmenter le risque d'une mauvaise pratique professionnelle, les risques pour sa propre santé avec ses effets sur son entourage de travail ou familial. Il convient donc de rappeler le devoir déontologique qu'a le médecin connaissant la situation d'un médecin malade d'informer le Secrétaire de l'Ordre de Médecins qui lui est attribué.

Lorsque l'on parvient à rediriger ces cas sur le circuit d'assistance du Programme, l'on procède à la signature d'un Contrat Thérapeutique, document qui a pour but renforcer les accords thérapeutiques réalisés verbalement, relatifs à l'acceptation des indications et prescriptions faites au médecin malade par son médecin psychiatre (particulier ou membre du PAIMM).

Le contrat thérapeutique n'a pas de validité légale mais il reste un compromis moral entre les deux parties.

« **Vous êtes le médecin d'un médecin malade** ». Il ne faut pas oublier que les médecins, en général, ne sont pas de très bons patients, quelque soit le problème de santé dont ils souffrent.

Dans ces conditions, la relation médecin/malade est souvent difficile, Les contacts informels, dans les couloirs, ou à travers le contact occasionnel ou par téléphone, les absences à des rendez-vous fixés au préalable, la non observation des prescriptions thérapeutiques, font que le traitement est peu efficace dans la majorité des cas.

Nous conseillons donc que le médecin thérapeute établisse avec le médecin malade, dès le début, des critères rigoureux. Si malgré cela, le médecin malade ne collabore pas dans cette ligne de travail, et le thérapeute a des doutes importants sur les risques engendrée par sa pratique, le médecin thérapeute doit informer le Secrétaire de l'Ordre de Médecins et renoncer à traiter le médecin malade.

Il faut savoir que le PAIMM met à disposition des médecins thérapeutes de médecins malades, les différents services spécialisés dont dispose le programme (hospitalisation, hôpital de jour, psychothérapies...) pour qu'ils puissent les utiliser pour le traitement du médecin malade, comme complément de son propre plan thérapeutique.

UNE ÉQUIPE D'ASSISTANCE ET DES INSTALLATIONS SPÉCIALISÉES ET CONFIDENTIELLES

Une assistance totalement confidentielle. L'assistance sanitaire se réalise dans l'Unité Clinique du PAIMM, qui se trouve dans une clinique privée de Barcelone dont nous ne révélerons pas l'identité pour des raisons de confidentialité. La localisation du centre ne se communique aux patients qu'au moment d'initier le traitement. De même, pour garantir la pleine confidentialité du patient, son identification se fait à travers d'un faux nom.

L'Unité Clinique occupe une zone d'usage exclusif pour le PAIMM et s'organise en divers domaines : Hospitalisation, hôpital de jour et traitements ambulatoires.

Un séjour plus facile. Tout en étant un espace hospitalier, la zone d'hospitalisation est équipée afin que le séjour soit le plus agréable et le plus détendu possible. La zone d'hospitalisation dispose de 13 chambres individuelles avec toilettes, télévision, magnétoscope et un bureau. En plus, la zone dispose de salle à manger, salle de séjour équipée de musique, télévision, revues et presse, tout comme une salle de travail équipée d'ordinateurs connectés à Internet. Dans le cas où le médecin malade adhère aux critères d'entrée, la connaissance et la compréhension des Règles d'Hospitalisation du PAIMM contribuera à obtenir un degré adéquat d'adaptation et sera donc un facteur qui va favoriser le prise en charge thérapeutique.

Services complémentaires. Les patients peuvent accéder aux autres services qu'offre le centre et qui se trouvent hors de l'étage du PAIMM. Quelques uns de ces services sont gratuits comme par exemple le gymnase équipé de machines de fitness. D'autres services payants sont aussi disponibles comme par exemple les services de coiffure, podologie et massages.

Une équipe professionnelle. L'équipe d'assistance, dirigée par trois psychiatres de grande notoriété est formée par :

7 psychiatres

1 consultant en médecine interne

4 psychologues

1 infirmière de coordination

4 infirmières diplômées

DES RACINES SOLIDES, UNE PROJECTION DU FUTUR

Le PAIMM s'est créé l'année 1998, fruit d'un accord entre les Ordres professionnels de médecins et la Generalitat de Catalunya. Depuis, le PAIMM a traité de nombreux médecins atteints de problèmes psychiques et/ou des conduites de dépendance en provenance de tout l'État Espagnol et de pays comme le Portugal ou la France, avec des résultats très positifs dans la majorité des cas.

Une nouvelle expérience avec des prédécesseurs internationaux.. Pionnier en Europe, le PAIMM a des prédécesseurs aux États-Unis, Canada, Australie et la Nouvelle Zélande, où ce type de traitement spécifique pour les professionnels se poursuit avec grande réussite.

Extension du programme : Ce programme a été présenté dans de nombreux forums nationaux et internationaux, il a reçu de nombreuses reconnaissances et prix et a été largement diffusé parmi les collectifs de médecins et les institutions sanitaires de notre entourage le plus immédiat.

Malgré la limitation initiale du programme à la circonscription de la Catalogne, les nombreuses demandes en provenance d'autres Communautés Autonomes a nécessité des accords entre la Fondation Galatea et d'autres Ordres Officiels de Médecins afin que les médecins puissent recevoir ses services.

Ouverture à la coopération. Le programme peut collaborer avec les organismes sanitaires et administrations publiques pour des assistances techniques spécifiques et des collaborations plus stables sur la façon de prévenir ou d'agir face à ce genre de problème. Le PAIMM a collaboré à la création du Programa RETORN, un service similaire de l'Ordre Officiel des Infirmières de Barcelone pour ses membres. L'on étudie aussi de possibles ampliations du PAIMM dans d'autres collectifs professionnels de la santé comme les odontologues et pharmaciens.

COMMISSION D'AIDE AU MÉDECIN MALADE

Qu'est-ce que la **Commission d'aide au médecin malade** ?

Celle-ci est une commission formée par des médecins indépendants qui a pour but contribuer à ce que les procédures collégiales et d'assistance fonctionnent le plus correctement possible. Cette commission se réunit deux fois par an pour réviser et approuver les protocoles de fonctionnement du programme.

Qui compose la Commission ?

La Commission d'aide au médecin malade est formée par 16 médecins connus, pour leur humanisme et leur notoriété professionnelle. Six d'entre eux agissent comme référents, totalement indépendants. Quatre membres de la Commission sont les médecins responsables cliniques du Programme, deux autres sont les responsables de l'accueil et du contrôle des demandes d'admission et les autres quatre sont les Secrétaires des Ordres de Catalogne.

N'importe quelle personne peut s'adresser à ces professionnels pour demander de l'aide ou pour se plaindre des procédures suivies dans un cas précis, tout comme pour demander une information plus indépendante du programme.

QUESTIONS LES PLUS FRÉQUENTES

Dans le programme, les membres de la famille des médecins peuvent-ils être traités : parents, époux, enfants ?

Non, actuellement le programme est réservé aux médecins membres d'ordres officiels et actifs, ceci signifie qu'ils ne soient pas en invalidité ou retraités.

Est-ce que l'on s'occupe de pathologies de type organique ? Comme par exemple le cancer ou des démences?

Dans le PAIMM, on s'occupe seulement de problèmes psychiques ou de dépendance.

Si le programme est confidentiel, pourquoi dois-je donner mon vrai nom ? Le vrai nom est nécessaire pour confirmer que le patient est réellement un médecin inscrit à un Ordre officiel. Une fois dirigé vers la phase d'assistance, le médecin recevra un faux nom. Les professionnels qui s'occupent du cas et qui modifient les noms se trouvent soumis à la plus haute confidentialité.

Quelqu'un peut m'accompagner à la visite? La décision d'être accompagné ne dépend que du patient.

Que dois-je porter lorsque l'on rentre à l'Unité d'Hospitalisation ? L'infirmierie l'informera des vêtements et autres objets dont vous pouvez avoir besoin pendant votre séjour au centre.

Puis-je avoir mon téléphone portable pendant mon hospitalisation ? Pendant les premières 48 heures, temps variable en fonction de la pathologie et l'état du patient, l'utilisation du portable sera restreint tout comme la cabine téléphonique de la salle.

Combien de temps va durer le séjour ? Il n'est pas possible, a priori, de déterminer le temps du séjour hospitalier. Lorsque nos professionnels auront fait une première estimation, nous vous donnerons une orientation de la longueur du séjour. Normalement, pour des désintoxications sans complications, la durée est environ de 15 ou 20 jours, si c'est pour d'autres raisons, le séjour peut se prolonger jusqu'à 20 jours ou plus au total.

Puis-je recevoir des visites lorsque je suis hospitalisé ? Lors des premières 48-72 heures (selon la raison du séjour), les visites seront restreintes. Les visites de membres de la famille ou d'un ami, sont autorisées dans le respect des horaires imposés.

Le PAIMM est un programme gratuit pour les médecins de Catalogne et pour les médecins qui appartiennent à des Ordres professionnels, Communautés Autonomes, ou autres institutions qui se chargent des frais de leurs traitements et avec lesquels le PAIMM a établi des accords de collaboration

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders.

Karen B. Domino et alter.
JAMA. 2005

Doctors doing drugs and drinking.

Monique Fields.
Physician Executive. 2004

When health professionals abuse drugs and alcohol personal problems and public health consequences.

Howard Marcel. 2004

Las nuevas adicciones.

Francesc Altarriba
El médico Interactive 2004

Confronting depression and suicide in physicians.

A consensus Statement.
Claudia Center et alter.
JAMA. 2003

Substance abuse among physicians. A survey of academia anesthesiology programs

John V. Booth et alter.
Anesth. Analg. 2002.

Physicians and addiction.

Abraham Verghese
The new England journal of medicine. 2002

Suicide in doctors: a study of risk according to gender seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales.1979-1995

K. Hawton et alter.
Journal of epidemiology and community health

Health care professionals referred for treatment of alcohol and drug problems.

M. Gossop, S. Stephens, J. Strang et alter
Alcohol & Alcoholism 2001

Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide.

K. Hawton et alter
Quarterly Journal of Medicine 2000.

Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff

Ashley Weinberg
The Lancet 2000.

The misuse of alcohol and other drugs by doctors. A UK report and one region's response.

Douglas G. Fowlie.
Alcohol & Alcoholism. 1999

Abuso de sustancias psicoactivas entre los profesionales de la salud

F. Sanz.
Rev. Esp. Anestesiología y reanimación. 1999

Self-reported depression and suicide attempts US women physicians

Erika Frank et alter
The American Journal of Psychiatry 1999

Prescription drug use and self-prescription among resident physicians.

Jason D. Christie et alter.
JAMA. 1998

Doctors misuse of alcohol and drugs tackled in UK.

Sarah Ramsay.
The Lancet 1998.

Many junior doctors misuse drugs and drink excessively.

Alex Brooks
British Medical Journal. 1998

Missed problems and missed opportunities for addicted doctors.

John Strang
BMJ. 1998.

Physician suicide. Can something be done?

Michel Desjardins
Canadian Family Physician. 1997.

Physicians impairment by substance abuse.

Patrick G O'Connor.
Medical Clinics of North America. 1997.

PRIX, RECONNAISSANCES

“GENDER DIFFERENCES IN INPATIENT IMPAIRED PHYSICIANS”. POSTER AWARD WINNER 2ND PRIZE de la Association of European Psychiatrists 12 th EAP CONGRESS. Ginebra. 14-18 de abril de 2004.

DIPLOMA AL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA POR LA CREACIÓN DE LA “FUNDACIÓN GALATEA”. Diario Médico. Las Mejores Ideas. Barcelona. 24 de noviembre de 2003.

PRIX DU FEDERAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH AU MODÈLE À LA MEILLEURE PRATIQUE DE TRAVAUX ADULTES: “Mental health promotion & prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe”. Dortmund, Alemania. Julio de 2003.

PREMIO DIARIO MÉDICO A LAS 100 MEJORES IDEAS DE LA DÉCADA. Barcelona. 29 de octubre de 2002.

PRIX DE LA FUNDACIÓN PRO-MÈDIC lors de la VII FÊTE DE LA SANTÉ CATALANE au Dr. Miquel Casas Brugué et au reste de membres de l'équipe d'assistance du Programme Intégral du Médecin Malade pour sa fonction d'assistance envers les médecins malades. Teatre del Liceu de Barcelona. 16 mars 2001.

PRIX D'EXCELLENCE EN ANALYSE DES SYSTEMES DE SANTÉ lors du 10^o Congrès annuel de l'ALASS, Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé. Luxembourg. 25 septembre 1999.

2 - EXPÉRIENCE ÉTRANGÈRE : QUÉBEC

Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) et le programme de suivi administratif du Collège des médecins sont deux entités totalement différentes : alors que, le premier est un organisme autonome qui offre du soutien aux médecins en difficulté le second est un programme de gestion de risques visant la protection du public...

1°) - Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Les médecins qui le désirent peuvent s'adresser en toute confidentialité au programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ), qui existe depuis 1990. Ce programme est issu de la volonté de médecins de mettre à la disposition de leurs collègues de la province une aide professionnelle et discrète en cas de besoin et de mener des campagnes de prévention et de sensibilisation. Le PAMQ est un organisme sans but lucratif et autonome qui, sur le plan des services rendus, n'a de rapport à faire à personne à moins d'avoir reçu une autorisation expresse du médecin concerné. Le PAMQ offre une aide discrète, professionnelle, compréhensive : entretien téléphonique et rencontre avec un des médecins du PAMQ ; identification des problèmes et recherche de solutions ; établissement d'un plan d'action, détermination des ressources appropriées et références personnalisées aux fins d'évaluation et de traitement ; soutien tout au long de la démarche ; réinsertion sociale et professionnelle assistée au besoin ; suivi périodique par un des médecins du PAMQ jusqu'à rétablissement. Ce programme trouve son équivalent dans chacune des provinces.

2°) - Le programme de suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine a été mis sur pied par le Collège des Médecins en 1999. En raison de son mandat de protection du public, le collège ne pouvait pas fermer les yeux sur les médecins ayant une condition personnelle pouvant avoir un impact sur la qualité de leur exercice.

Ce programme consiste en une surveillance accrue de l'aptitude à exercer. L'aptitude d'un médecin à exercer est évaluée de façon globale selon les éléments suivants : l'état de santé, le niveau de compétence, l'efficacité et l'efficacité cliniques. Le programme est sous la responsabilité de la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE), dont la mission est de surveiller et d'améliorer la qualité de l'exercice des membres. Le Collège souhaite ainsi transmettre un message positif aux médecins en difficulté.

Le programme met l'accent sur la mise à jour des compétences et offre des activités de perfectionnement conçues en fonction des besoins particuliers de chacun, des activités souvent essentielles dans le processus de réadaptation professionnelle des médecins. Le suivi d'un médecin dure en moyenne deux ans, mais il peut être adapté à l'évolution de la condition médicale. Avant que toute démarche soit entamée, le médecin signe un consentement afin d'autoriser le Collège à demander à son ou à ses thérapeutes, des rapports périodiques sur son état de santé. Au besoin, une rencontre peut avoir lieu afin de décider de l'encadrement requis pour son maintien ou son retour à l'exercice de la médecine. Durant le suivi, le responsable du programme a notamment pour rôle : d'obtenir des rapports périodiques portant sur l'évolution de l'état de santé du médecin concerné, son aptitudes à exercer ainsi que les limitations ou restrictions recommandées ; de s'assurer du respect des recommandations ; de voir à l'évaluation du risque de transmission d'infections hématogènes ; de mettre sur pied des activités de perfectionnement en fonction des besoins particuliers du médecin inscrit au programme. Sont également au centre des préoccupations du responsable : l'élaboration de critères d'évaluation des risques, les procédures d'accès à l'information, l'harmonisation des efforts effectués par divers intervenants afin d'aider le médecin en difficulté ainsi que la prévention.

Marguerite Dupré, M.D., FRCPC, CSPQ, DESS (bioéthique) Responsable du suivi des médecins en difficulté Direction de l'amélioration de l'exercice COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC Téléphone : 514-933-4441 poste 5299 - Interurbain : 1-888-633-3246 poste 5299 Télécopieur : 514-933-4668
Courriel : mdupre@cmq.org www.cmq.org.

3 - **Projet ANPAA de structure addictologique Besançon⁽²⁵⁾ - Professeur Pierre CARAYON**

Document Rédigé par Monsieur le Professeur Pierre CARAYON

NOTE SYNTHÉTIQUE

1. *Rappel*

Le projet comporte :

- Une dimension départementale, concernant le Doubs, avec regroupement de l'existant actuel qui assure, pour le 25, un continuum : prévention / soins ambulatoires (comportant des cures courtes d'une semaine de sevrage ambulatoire, des consultations de suivi, et des cures longues de 4 semaines post-sevrage en accueil de jour (justifiant les dix lits d'hospitalisation de jour de la structure prévue) dans le cadre du réseau de santé («RBA.ANPAA/CHU/CHS») / accompagnement psycho-social et consultation avancée d'alcoologie / aide au sevrage tabagique / formation de personnes relais en milieu scolaire, médico-social et en entreprise / formation professionnelle de para-médicaux, travailleurs sociaux, etc. / prévention alcool, tabac, cannabis en milieu scolaire, en entreprise et auprès du grand public / recherche et création de programmes et d'outils pédagogiques (prévention de la récurrence de la crise éthylique aiguë). Une dimension régionale, concernant la Franche-Comté avec : dans le cadre du comité régional ANPAA et du réseau comtois d'alcoologie et d'addictologie « ARCAA » (en lien avec le réseau RRAFC), la coordination des actions menées dans les quatre départements et les négociations avec les partenaires financiers régionaux (DRASS, URCAM, CRAM, ARH) et par ailleurs la création de soins résidentiels avec 10 lits pour cures courtes de sevrage et 16 lits de cures longues post-sevrage en convention avec le CHU et son équipe de liaison (ELSA), après avis favorable unanime de la CME du 23 mai 2006 (protocole d'accord en cours d'élaboration, dans le cadre du projet d'établissement).
- Une dimension nationale, concernant l'ensemble des professionnels de santé de la communauté française et éventuellement francophone, ayant des problèmes d'addiction avec création de 16 lits de cures longues post-sevrage, résidentielles et, si nécessaire, utilisation d'une partie des 10 lits de cure courte pour sevrage préalable des professionnels de santé.

Au total, la structure comportera 42 lits et 10 places en hospitalisation de jour (post-sevrage ambulatoire).

2.1 Le regroupement dans une même structure géographique des activités départementales et des organisations à vocation régionale et à vocation nationale est source d'économie et de pertinence.

2.2 La création de lits de cures courtes de sevrage et surtout de cures longues de post- sevrage pour les patients franc-comtois s'impose à Besançon comme le souligne l'ARH dans le SROS médecine m, en raison de la quasi-disparition de l'unité d'alcoologie de 10 lits dépendant du service de gastro-entérologie, liée en particulier à une orientation du service de gastro-entérologie vers la prise en charge complexe des maladies inflammatoires de l'intestin et vers celle des cancers digestifs (chimiothérapie).

2.3 La création d'une structure spécifique de sevrage et post-sevrage alcoolique (et addictologique) pour les professionnels de santé est justifiée par la fréquence des addictions chez les soignants, liée à une fragilisation due aux stress fortement ressentis par certains lors de l'exercice professionnel (*pratique de l'anesthésie, de la réanimation, de la chirurgie, etc...*), associés souvent à un surmenage.

Une accessibilité facile à certaines drogues.

Une difficulté à passer de l'état de soignants à celui de soignés.

La culpabilité forte qui en résulte et la fréquence d'un camouflage avec déni prolongé expliquent la difficulté de la prise en charge dans le cadre d'une unité pour tout-venants, ce qui oriente vers un accueil spécifique et anonyme sous X.

Ces données ont été confirmées par des études anglaises : 5 à 10 des soignants seraient concernés, soit, pour les médecins dont la population est de 200 000, une cohorte de 10 000 environ (références) (1), (2), (3).

L'existant pour des soins spécifiques est très limité dans le monde, selon nos informations :

Une unité en Angleterre,

Deux unités aux Etats-unis,

Une grosse unité en Espagne, à Barcelone, de plus de 50 lits (en raison de l'institution bancaire associée au « Conseil de l'Ordre » des Médecins catalans), dont le fonctionnement donne des résultats très intéressants. (Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade, PAIMM).

2.4 Cette structure impose, à l'évidence, d'être animée sur le plan médical par une forte personnalité possédant à la fois un compétence addictologique unanimement reconnue et un charisme exceptionnel. C'est le cas du Docteur Pascal GACHE, ancien responsable de l'unité d'alcoologie du CHU de Besançon (sous la responsabilité du Professeur Hubert ALLEMAND) qui, sollicité par l'Hôpital Cantonal de Genève, est parti diriger l'unité d'alcoologie du département de Médecine communautaire, en raison de l'insuffisance criante des moyens matériels et humains qui lui étaient offerts à Besançon malgré des efforts communs répétés.

Franc-comtois d'origine et de formation, il est prêt à revenir à Besançon si cette structure originale et motivante au projet de laquelle il a directement contribué, est bien mise en place. Notons enfin que cette structure sera source de création d'emplois (36 ETP) auxquels s'ajoutent les 14 ETP déjà en fonction à l'ANPAA 25 pour la prévention et les soins ambulatoires. Au total 50 ETP seront en activité.

3. Etat d'avancement

3.1 Sur le plan architectural

Le terrain est choisi, affecté par la SEDD (Société d'Equipement Départemental du Doubs), situé entre le CHU et la Polyclinique de Franche-Comté (qui appartient à la Mutualité du Doubs).

Les plans sont arrêtés, approuvés par le service d'urbanisme de la ville de Besançon, avec maquette.

3.2 Sur le plan administratif

Après inscription au SROS III, le projet a reçu l'autorisation de création de l'ARH le 19 décembre 2006.

3.3 Sur le plan financier

3.3.1. Dans le cadre de son fonds investissement immobilier qui est actuellement de l'ordre de 4,5 millions d'euros l'ANPAA peut investir 2 millions d'euros sous réserve d'un avis favorable définitif du Conseil d'Administration le 24 mars 2007 et d'un accord d'une Assemblée Générale extraordinaire ou de l'Assemblée Générale ordinaire prévue le 23 juin 2007.

3.3.2. Par ailleurs, la demande d'emprunt auprès de la banque de l'ANPAA (Crédit Coopératif) a été accueillie favorablement pour un montant de 3 millions d'euros sur 25 ans en 2 prêts l'un de 1,5 millions d'euros à 3,05 et l'autre de 1,5 millions d'euros à 3,49. Cet emprunt pourrait être augmenté si le financement du fonctionnement est insuffisant.

3.3.3. Des accords de financement des frais d'équipement (1,7 millions euros) sont en cours de négociation avec la Mutualité du Doubs, la Mutualité Sociale Agricole, l'Assurance Générale des Médecins de France (AGMF), la Mutuelle Assurance du Corps Sanitaire Français (MACSF) et le Sou médical, la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), le Crédit Mutuel des Professionnels de Santé (CMPS). Notre action justifie un mécénat car elle contribue à diminuer le taux d'accidents et de pathologies liés aux addictions et à réduire, le taux de défaillance des professionnels de santé débiteurs de la banque (en sachant qu'il est très difficile aux banquiers, et d'ailleurs aux confrères, de repérer, au moment des signatures de prêts, les buveurs excessifs à risque).

Le Conseil Régional et les Conseils Généraux du Doubs, de la Haute- Saône, du Jura et du Territoire de Belfort, enfin la DHOS dans le cadre des crédits de modernisation « Hôpital 2007-2012 ».

3.3.4. Enfin, les négociations de financement du fonctionnement sont menées actuellement avec l'URCAM, la CRAM et l'ARH. En dehors de la reconduction des budgets actuels (financement de la prévention par le FNPEIS, financement de l'activité médico-sociale ambulatoire dans le cadre de l'ONDAM), il existe une très grande probabilité :

- d'un financement des cures courtes résidentielles de sevrage dans le cadre de la T2A égal à un forfait hospitalier global de l'ordre de 2 800 euros, notre structure privée n'étant pas encore PSPH et donc pouvant nécessiter pendant 3 ans un double financement pour assurer le salariat des médecins
- d'un financement des cures longues résidentielles post-sevrage dans le cadre des SS (Soins de Suite) par un prix de journée de l'ordre de 190 euros.
- d'un financement des cures longues en hospitalisation de jour en relais du financement actuel en DRDR 2005/2008.

4. Souhais

4.1 Le projet tel qu'il est conçu ne coûte rien à l'Etat. Les financements proviennent soit des partenaires (Assurance Maladie à laquelle des dépenses seront évitées) soit de cession de patrimoine. Il convient de s'assurer que le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale de l'ANPAA valident au plus vite le projet et acceptent l'investissement de 2 millions d'euros. L'hypothèse d'une dotation du fonds de modernisation des établissements de santé par la DHOS est actuellement à l'étude de l'ARH.

4.2 Il convient d'aller vite car il s'agit d'une occasion historique à l'occasion du plan du Président de la République pour les Addictions, dans la suite des Etats Généraux de l'Alcoolisme, et dans le cadre d'une association avec le corps médical.

4.3 Sur la base de cette première expérience, d'autres structures de ce type destinées aux professionnels de santé pourraient être envisagées, par exemple dans l'Ouest et le Sud- Est.

Professeur Pierre CARAYON – le 25 janvier 2007-

Références

1. Strang J, Wilks M, Wells B, and Marshall J
Missed problems and missed opportunities for addicted doctors
BMJ, 1998 ; 316 : 405-406
2. Gossop M, Stephens S, Stewart D, Marshall J, Bearn J, Strang J
Health care professionals referred treatment of alcohol and drug problems
Alcohol Alcohol. 2001; 36 (2) : 160-4
3. Wilks M and Freeman A
"Doctors in Difficulty " : a way forward ?
BMJ, 2003 ; 326 : 99s