



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

SYNTHÈSE

Synthèse

LE MÉDECIN MALADE

Le thème du médecin malade, et particulièrement du retentissement de la maladie sur son activité, « *peut-il exercer et comment ?* » est apparu à la CNP d'autant plus intéressant à traiter que tous les milieux se font de plus en plus l'écho des conséquences de l'épuisement professionnel, et que de récents drames dans de grandes entreprises, comme dans notre communauté médicale, avivent les inquiétudes. Nous avons choisi d'élargir le sujet au-delà de la seule santé mentale en y adjoignant la santé physique, la maladie organique et la traumatologie, en privilégiant surtout les orientations que pourrait prendre notre Ordre face aux problèmes humains dramatiques résultants de défaut de prise en charge thérapeutique, d'imprévoyance assurancielle, et des contraintes d'application de notre code de déontologie.

Le premier chapitre

concerne le médecin atteint d'une pathologie organique, traumatique ou non

Trois points essentiels s'en dégagent :

- **Les dangers de l'automédication**, que ce soit dans le domaine organique ou psychologique, dangers majeurs, probablement sous-estimés, à tel point que la solution extrême de son interdiction est même évoquée par la CNP.
- Le nécessaire très grand **professionnalisme du médecin consultant**, sa rigueur, sa franchise qui n'excluent pas la compassion : vérité, vérité masquée, vérité travestie... Peu important les termes employés et les tactiques d'annonces, l'important est que la prise en charge effective réponde à l'attente intime du médecin soigné et qu'elle ne modifie pas le schéma thérapeutique dont la rigueur continue à s'imposer quelles que soient les circonstances.

- **La véritable et sincère confraternité** s'impose à ce stade de prise en charge médicale, surtout pour les maladies les plus graves...Les questions matérielles d'honoraires ne sont alors qu'accessoires au regard du profond colloque singulier qui doit s'instaurer entre deux confrères.

Outre le devoir d'assurer la continuité des soins, différent selon les modes d'exercice, généraliste ou spécialiste, et le site d'implantation en urbain, suburbain, rural, c'est tout le problème de la **survie financière du cabinet** qui se pose :

- assurée dans le meilleur des cas par la possibilité de remplacement immédiat pendant les 90 jours où la CARMF ne verse aucune indemnité journalière ou par un remplacement interne dans un groupe, solution prévue par le contrat d'association
- dramatique dans les cas où il n'y a aucune prévoyance de cette situation quelles qu'en soient les raisons

C'est dire l'importance de **l'affiliation à des systèmes complémentaires** en privilégiant les plus adaptés à l'exercice de la médecine, et l'intérêt de la **réévaluation régulière systématique des contrats** tous les cinq ans par exemple.

Les conditions de remplacement imposé par la maladie sont de plus en plus difficiles, quelquefois inacceptables et anti-confraternelles par leurs prétentions matérielles et financières, non négociables dans de contexte d'urgence, constat de l'indéniable progression d'un mercantilisme forcené dans un contexte démographique délicat.

Si l'arrêt complet de travail est une épreuve, **la reprise de l'activité, complète ou partielle**, est une épreuve tout aussi difficile car s'ajoute, aux conséquences physiques de la maladie, le doute dans l'esprit de la patientèle

L'Ordre doit donc s'interroger sur la possibilité de remédier à la carence des 90 premiers jours et sur certaines des contraintes réglementaires en matière de remplacement.

Deux circonstances particulières doivent être mentionnées :

- La maladie qui se chronicise, ou qui laisse des séquelles sans pour autant interdire totalement l'exercice du métier mais dans des dispositions différentes, justifierait une **procédure de reconversion**, inexistante actuellement
- Le malade dans l'incapacité pour plusieurs jours de la moindre communication (coma traumatique...) ne pouvant gérer la survie financière de son cabinet devrait pouvoir bénéficier d'une véritable **tenue de cabinet** équivalente à celle prévue uniquement en cas de décès

Il va sans dire que les solutions pratiques qui pourraient être proposées dans les cas douloureux ainsi exposés n'excluent en rien le **devoir de confraternité solidaire** et c'est certainement l'un des rôles essentiels du conseil départemental de s'affirmer en tant que « **veille confraternelle** », rôle qui va apparaître essentiel dans le domaine de l'épuisement professionnel et des désordres mentaux.

Les **médecins salariés** sont largement représentés par les médecins hospitaliers qui, agents des collectivités publiques, bénéficient d'une protection équivalente à celle des fonctionnaires exclusivement en ce qui concerne les congés de maladie et les congés de longue durée. Hormis ces congés spéciaux, ils sont en position beaucoup plus précaire, situation aggravée pour ceux ayant une activité libérale autorisée et pour les P.H- professeurs des universités. Quant aux médecins salariés du secteur privé, ils se voient proposés des systèmes de protection disparates...ou rien...

Enfin la situation est d'une précarité extrême pour tous les praticiens contractuels des hôpitaux qui n'ont aucune garantie statutaire et qui, dès le premier jour de l'arrêt de maladie, ne bénéficient que des seules indemnités de la Sécurité Sociale. C'est dire combien nous devons insister pour qu'en milieu hospitalier les praticiens s'assurent de façon complémentaire.

Le second et le troisième chapitres du rapport

Concernent la santé mentale du médecin

L'environnement induit des **maladies professionnelles** au contact d'agents chimiques, biologiques ou de radiations ionisantes. L'environnement humain génère les trop fréquentes **agressions physiques**. Mais c'est d'une façon plus lente, plus insidieuse, que l'environnement sociétal en perpétuelle mouvance peut, chez des personnalités un peu fragiles, induire une progressive inadéquation entre ses exigences changeantes et les capacités d'adaptation du médecin conduisant au **syndrome d'épuisement professionnel** ou « **burn out** » dont l'issue est incertaine.

Il existe, en effet, un **écart entre la formation et le métier du médecin**, avec des études très longues, plus scientifiques que relationnelles. Ecart qui se renouvelle dans l'exercice professionnel, pris en tenaille entre un **compagnonnage insuffisant** et une obligation de résultat face à des patients de plus en plus exigeants, voire procéduriers, tandis que l'évolution même du métier engage le médecin, au fil de sa carrière, à vouloir moduler de façon diversifiée son exercice, ce que lui interdit pour l'instant la réglementation. Ainsi, en dehors de toute pathologie confirmée, **le médecin peut aujourd'hui être désadapté à son environnement.**

Les **pratiques addictives** constituent souvent et insidieusement un (mauvais) remède à cet état de mal-être qui a pu débuter d'ailleurs lors des études de médecine.

Bien différentes nosologiquement, mais se révélant également d'une façon explosive, sont les **pathologies psychiatriques invalidantes** (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, paranoïa...).

Tous ces problèmes graves de santé mentale du médecin imposent :

- Des protocoles de soins, avec leurs différentes modalités allant du suivi externe au recours à l'hospitalisation, non sans difficultés ce qui suggère : **confidentialité, anonymat, prise en charge spécifique**
- La sécurité de la patientèle, et en particulier lors des prémices de l'affection, ce qui suggère : **dépistage, signalement, cellule de soutien**
- D'étudier la possibilité d'une reprise d'activité professionnelle dans des conditions acceptables sécuritaires, ce qui suggère **reconversion et modalités particulières d'exercice**
- D'étudier enfin la possibilité de dépistage en amont qui suggère **l'évaluation d'aptitude mentale à l'exercice de la profession de médecin** lors des études :évaluation bien difficile vu le polymorphisme de l'exercice professionnel et son évolutivité pas toujours prédictibles ?

Le quatrième chapitre

Propositions émanant de la Commission Nationale Permanente

Qu'elles réponses peut donc apporter aux multiples problèmes qui se posent au médecin malade, accidenté, 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 pouvant conduire au suicide ?

I - Que faut-il retenir des expériences étrangères de Barcelone et de Québec ? (Docteur F. MONTANÉ)

Il s'agit de structures sanitaires dédiées au corps médical, essentiellement dans le domaine des troubles psychologiques, de l'épuisement professionnel et des addictions.

Tout ce qui s'y fait est remarquable et doit servir de référentiel :

- Le diagnostic précoce par le fait du signalement confraternel
- La haute confidentialité de la prise en charge (anonymat)

- Des soins spécialisés en établissement et suivi post-thérapeutique

Et initier notre démarche ordinale dans le sens :

- D'une meilleure sensibilisation des médecins à la fréquence des pathologies psychiatriques et des pratiques addictives au sein de la profession
- De la mise en place par les Conseils Départementaux de cellules d'alerte téléphonique à la disposition des médecins en souffrance, et la constitution de réseaux de soignants susceptibles de réagir immédiatement
- De la mise en place dans les Conseils régionaux et au Conseil National d'un fichier des offres et demandes en matière d'exercice professionnel susceptible de s'adresser à des praticiens présentant une pathologie physique et psychique limitant leur activité
- Enfin, doit être encouragée, par tous moyens à notre disposition, la création de 2 à 4 centres d'addictologie et de santé mentale dédiés aux médecins

II - Pour une nouvelle imagination ordinale (Dr Marc BIENCOURT)

Face aux difficultés qu'il éprouve à gérer sa couverture sociale, à la mauvaise appréciation qu'il a de son état de santé, à sa méfiance de son milieu confraternel lui faisant privilégier l'auto prescription, le médecin devrait pouvoir s'appuyer sur un Ordre au meilleur rôle informatif et incitatif.

- Mise en place d'un **service d'information ordinale en matière de prévoyance** - création d'une banque de données comparatives des contrats proposés - discussion un engagement des assureurs à la révision régulière des dossiers « prévoyance »
- Mise en place au niveau de chaque Conseil départemental d'une **commission de dépistage du médecin en difficulté**. Cette commission ne serait rien si parallèlement n'était mise en place une **cellule de soutien** composée de médecins extérieurs au conseil et de professionnels qualifiés, reconnus pour leurs qualités humaines et prêts à s'engager dans la voie de l'aide à la reconversion
- Instauration de **visites médicales de prévention** régulières et obligatoires, dans un double but de dépistage et de protection sécuritaire pour les médecins et pour leur patientèle. Cette médecine de prévention serait effectuée là encore par des praticiens chevronnés, formés spécifiquement à cette mission, non conseillers ordinaires de préférence, et aptes à la persuasion incitative
- Forte incitation à ce que les médecins ne soient pas leurs propres médecins traitants en raison des **risques majeurs de l'auto-prescription**.

Cette nouvelle gouvernance ordinale au pouvoir essentiellement incitatif ne saurait voir le jour et être efficace sans la restauration d'un climat de confiance qui ne peut exister sans véritable et sincère confraternité solidaire.

III - Mais nous devons aller plus loin *(Dr Patrick BOUET)*

Être 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 de l'Ordre départemental dans le but de pouvoir exercer la médecine en étant 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.

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, souffrir, qui peut prétendre aux mêmes droits que l'ensemble de la population : dépistage précoce, pris en charge au soutien, garanties matérielles, possibilité de poursuivre ou de ré-orienter sa carrière.

Nous affirmons ici clairement que la confraternité ne se résume pas au seul fait d'entraide matérielle mais qu'elle doit englober une ambition plus importante.

- 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.

VERS UN NOUVEL ENGAGEMENT DE L'ORDRE

1. **créer un service social central** au niveau du Conseil National à l'instar de ce qui existe dans les grandes entreprises, l'entraide devant être plus que la simple confraternité : Service social spécifiquement destiné aux médecins inscrits à l'Ordre, service spécialiste de l'acte social, impliqué dans les stratégies de reconversion des médecins inaptes à l'exercice de la médecine de soins.
2. Agir là où ne le font pas les autres, en favorisant la **mutualisation des risques** : action en partenariat avec des organismes spécialisés pour la prise en charge des trois premiers

mois d'inactivité professionnelle pour les libéraux, même action vis-à-vis des salariés pour la période allant au-delà de celle de leur prise en charge à taux plein.

3. mettre en place un système d'évaluation professionnelle ayant pour objectif le **reclassement, ou la réorientation professionnelle**, de façon à ce que le médecin dispose de choix d'évolution de carrière, et à l'institution de créer la capacité d'induire des changements d'activités adaptées à la réalité de celui qui souffre et non la réponse univoque : « non dangereux, dangereux, inscrit, non-inscrit ».
4. mettre en place au niveau régional une **banque d'emplois potentiels**, associant le monde de l'entreprise, les acteurs institutionnels, les structures universitaires de formation et de FMC.
5. mettre en place **au niveau départemental des structures de dépistage précoce et de soutien**, structures où les médecins ne soient pas exclusivement des conseillers ordinaires mais des professionnels compétents en accompagnement social du médecin en difficulté.

Ces groupements territoriaux pourraient être utilement complétés par un service national d'écoute comme proposé dans le chapitre précédent.

VERS UNE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE PROFESSIONNELLE

L'Ordre des médecins n'est pas chargé de défendre les intérêts de la profession, pour ce faire il y a les syndicats, il est par contre chargé de la régulation de la profession, du bien-être de ceux qui la composent et de la défense de valeurs fondamentales liées aux liens singuliers qui unissent le médecin et son patient.

Le médecin d'aujourd'hui est une somme de compétences et de connaissances qui dépasse 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.

La question de la santé du médecin nous conduit à trois réflexions :

- **L'inscription au Tableau** ne peut plus être univoque devant la grande diversité des métiers médicaux. Il faut abandonner le dogme du tout ou rien où un médecin reconnu incapable d'exercer une activité de soins se voit exclu de l'Ordre alors qu'un exercice différent, non au contact du malade lui est possible
- L'Ordre devrait être capable d'apporter, **devant des situations de crise**, une réponse rapide et adaptée en matière de compétence et de réorientation : quid du chirurgien séropositif prisonnier de sa qualification de chirurgie ? Réponse : sans appel. L'ordre

devrait pouvoir proposer à ce professionnel, en accord avec l'université et les FMC, un projet professionnel de reconversion

- En matière d'exercice, **le Code de déontologie** nous donne un certain nombre de réponses et les commentaires ajoutés au fur et à mesure sont, en se voulant simplificateurs, trop souvent, hélas, restrictifs
 - ❑ Il conviendrait de mieux utiliser la réglementation existante en modifiant certains commentaires de ce code : des exemples sont donnés dans le texte du rapport.

 - ❑ il conviendrait de modifier certaines réglementations existantes qui paraissent de moins en moins adaptées à la situation démographique « 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 »

 - ❑ ne faut-il pas mettre en place la reconnaissance d'un exercice revendiqué sans complexe par les plus jeunes : reconnaître l'exercice médical sans cabinet. Et pour ne pas être incontrôlable, cet exercice devrait avoir un statut, des règles les mêmes devoirs déontologiques généraux.

- Font l'objet de propositions de modifications les articles 65 , 86, 87, 88, 89 du Code de déontologie *(cf rapport)*

- Enfin est proposée la création 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 dès 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 des fonctions de remplaçant, adjoint, associé temporaire, ou tenir le poste d'un médecin malade ou décédé... »*

VERS UNE NOUVELLE LÉGISLATION

Enfin nous paraissent essentiels, révélés par la problématique du médecin malade, trois points pour lesquels il faudrait légiférer :

- Le droit à l'exercice partiel de la médecine

- La création de véritables passerelles qui, s'appuyant sur le socle commun des études, sur la validation des acquis de l'expérience... Permettrait à un médecin en difficulté de se reconverter plutôt que d'être enchâssé dans sa spécialité sans pouvoir l'exercer
- Concernant l'article R 4124-3 du CSP , demander de ne plus être astreint à la réponse de la seule question « le médecin est-il apte ou inapte à exercer la médecine », et avoir la possibilité de proposer des solutions intermédiaires

CONCLUSION

Certains thèmes abordés dérangent ou agressent nos convictions mais nous plaidons coupable car c'est volontaire. Nous entrons dans un XXI^e siècle qui voit se modifier les fondements même de l'exercice médical.

- et notre responsabilité va certes vers les patients qui ont un droit fondamental à une médecine de qualité exercée par les médecins en qui ils veulent avoir confiance
- mais elle va aussi vers les médecins d'aujourd'hui et de demain qui veulent être heureux dans leur métier et dans leur vie
- notre devoir est de nous porter à leurs côtés pour les aider à tous les moments de leur parcours, construire des projets d'aide et de soutien dans l'adversité, leur apporter aide et facilitations de leur exercice dans des moments difficiles

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