



Les médecins : des patients pas comme les autres

Être médecin ne garantit pas la bonne santé. Ceux qui ont dû affronter une maladie ou qui, épuisés, ont sombré mentalement, savent les affres de cette situation paradoxale à laquelle ils ne sont pas préparés. Après avoir dressé un état des lieux, le Conseil national de l'Ordre propose des solutions pour prévenir et aider les médecins malades.

“ Le médecin a rarement un comportement rationnel face à sa propre santé ”

« **L**a maladie du médecin est un scandale », écrivait Montaigne au XVI^e siècle. Deux siècles plus tard, Voltaire renchérisait : « Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse... » Si, aujourd'hui, la raillerie n'est plus de mise, il faut bien admettre que le rapport des médecins à la maladie n'est toujours pas d'une simplicité absolue. Interrogés sur cette question, ils répondent qu'ils sont des patients comme les autres. Mais il n'en est rien, bien sûr ! Le rapport de la Commission nationale permanente sur « le médecin

malade », qui vient d'être approuvé par le Conseil national de l'Ordre, le montre clairement, citant entre autres une enquête menée auprès de médecins libéraux franciliens¹ : 90 % d'entre eux n'auraient pas de médecin traitant ! La plupart ne consultent jamais et, quand c'est nécessaire, préfèrent recourir à l'automédication.

1 Refus de la réalité et minimisation du ressenti

Le médecin a une autre spécificité : il récuse tout examen de prévention². Y compris lorsqu'il est salarié : « Malgré la pression des employeurs,

EN CHIFFRES

47 %
des médecins libéraux

présentent les symptômes du « burn out » ; et 53 % se sentent menacés par ce syndrome.

(Sources : enquêtes URML 2002, 2003, 2004 et 2007)

POINT DE VUE de l'Ordre



« Un nouveau rôle social pour l'Ordre »

Dr Bertrand Leriche, conseiller ordinal à l'île de La Réunion

« Alors que de plus en plus de confrères connaissent des phases d'épuisement professionnel – le fameux "burn out" – entraînant des détresses, des désordres psychiques, voire comportementaux, l'institution ordinale, dans le cadre d'un rapport sur le médecin malade, a souhaité engager une réflexion approfondie sur le sujet. Aussi bien pour contribuer à l'élaboration de mesures préventives que pour participer à des systèmes d'aide pour ces professionnels souvent très isolés dans leur mal-être. Hors de nos frontières, des réponses ont été trouvées, qui peuvent nous inspirer, même si elles ne sont pas toujours transposables. Ainsi, en Catalogne, l'obligation déontologique de signaler au Conseil de l'Ordre tout médecin qui "dérèpe" nous interpelle-t-elle : cette obligation, assortie d'une injonction de soins, serait-elle envisageable en France ? Dérangeante, la question doit être posée, car elle soulève un vrai problème de sécurité des patients. En tout cas, l'Ordre a un rôle capital à jouer pour aider les médecins épuisés physiquement et mentalement. La priorité est de lutter contre cet enfermement

qui aggrave tout. Pour cela, il fait des propositions, suggérant qu'au sein de chaque conseil départemental, une cellule de veille confraternelle, adossée à la commission d'entraide, puisse repérer les médecins qui "flanchent". Pas pour les sanctionner : pour leur porter assistance et confier à une cellule de soutien le rôle de les accompagner. Cette prise en charge thérapeutique serait faite par des professionnels non ordinaires. Les ordinaires pourraient, ensuite, prendre le relais pour aider les médecins à se réinsérer dans la vie professionnelle. Un pôle social, composé de professionnels du social, devrait voir le jour au sein du Cnom à cette fin. Mais à côté de ce projet ambitieux, l'institution doit également réécrire, voire écrire certains articles du code de déontologie, pour introduire plus de souplesse dans les modalités de l'exercice médical en les adaptant aux conditions démographiques à venir. Ce travail, déjà en cours, est une urgence : il s'agit d'éviter que les médecins, aujourd'hui si souvent isolés dans des exercices devenus très lourds et contraignants, finissent tous épuisés, "brûlés"... »

Lexique

» « Burn out »

Ce terme a fait une apparition fulgurante dans le monde médical depuis quelques années. Traduction de « carbonisé », il renvoie à un état de fatigue extrême, de découragement, à un sentiment d'être dépassé par la quantité de tâches à accomplir, de ne plus être en mesure de les affronter. Des études récentes ont montré que de plus en plus de généralistes étaient touchés par ce syndrome d'épuisement professionnel, qui entraîne désinvestissement, dépression, voire suicide. Mais les autres disciplines sont également concernées, et plus largement l'ensemble des professionnels de santé.

au niveau hospitalier ou au niveau des entreprises, les médecins trouvent toujours une solution pour ne pas répondre aux convocations », peut-on lire dans le rapport. Ou pour des actes très simples : « 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. » Pour rappel : la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les professionnels de santé, et cette obligation leur est légalement opposable en cas de litige!

En fait, le médecin a rarement un comportement rationnel face à sa propre santé. Surcharge de travail ou manque d'objectivité dans l'analyse? Toujours est-il que lorsqu'il est malade, il a tendance à refuser

la réalité de ses symptômes ou à en minimiser d'emblée le ressenti. Même lorsque la pathologie s'impose, il continue bien souvent de nier l'évidence. Tant et si bien que lorsqu'il est enfin reconnu comme malade – en général suite à l'intervention de l'entourage familial ou confraternel –, c'est « souvent un malade grave, car sa prise en charge tardive intervient sur des pathologies déjà très évoluées », souligne le rapport.

2 Limiter la possibilité d'autoprescription?

En cas d'affection grave susceptible de menacer sa vie ou ses fonctions mentales et motrices, il se retrouve confronté sans fard à l'inexorable réalité. Cela complexifie considérablement sa relation au praticien

Initiative



P^r Pierre Carayon, gastro-entérologue retraité

La première structure addictologique réservée aux professionnels de santé devrait ouvrir ses portes à Besançon vers 2010. Le **P^r Pierre Carayon** se bat depuis quatre ans pour faire aboutir ce projet né à la demande du Conseil national de l'Ordre des médecins, convaincu de la nécessité pour la France de disposer d'une telle unité de soins. « Lorsque l'idée nous a été soumise, explique le P^r Carayon, nous venions juste de perdre notre unité

Bientôt une unité d'« addictologie » ciblée

d'addictologie au CHU de Besançon. Créer une structure susceptible de répondre à la fois au besoin régional (car il est impensable de rester sans lits de sevrage et de postsevrage en Franche-Comté!) et au besoin national (afin d'offrir un lieu pour l'ensemble des professionnels de santé de l'Hexagone) ne pouvait donc que nous séduire. » Et de fait, l'idée prend corps : le projet porte sur la création de 32 lits de cure de postsevrage (entre cinq et six semaines), la moitié d'entre eux étant

ouverts à tous, l'autre moitié réservés aux médecins et autres professionnels de santé. Les dix lits de cure de sevrage, également prévus, pourront être utilisés par les uns et les autres. « Bien sûr, ce sera la même équipe soignante pour tous les patients, précise le P^r Carayon, mais les intervenants seront spécialement formés pour s'adapter aux particularités des patients professionnels de santé dans le cadre d'une unité spécifique. » Le projet médical est confié actuellement au D^r Pascal Gache,

expatrié à Genève depuis la fermeture de l'unité d'addictologie de Besançon. L'équipe soignante sera constituée d'un médecin addictologue, de psychologues, de kinésithérapeutes et d'un art-thérapeute. « Lors de la cure postsevrage, la torture est moins physique que psychologique, explique le P^r Carayon. Il s'agit d'aider les patients à consolider les acquis du sevrage. » Reste à passer à l'action. Dans un premier temps, le montage financier reposait essentiellement sur l'Association

qui le prend en charge. Ce dernier va devoir adapter son comportement et son discours à cette situation particulière, tout en restant intransigeant et convaincant sur l'essentiel thérapeutique. Un exercice délicat...

Mais même en cas d'affection bénigne, ce comportement irrationnel peut avoir des effets délétères. Il n'est pas rare, par exemple, que l'état de fatigue avancée et de surmenage suscite la prise de stimulants comme les corticoïdes. 86 % des médecins sous psychotropes suivent leur traitement en autoprescription³! Ces chiffres inquiétants amènent les auteurs du rapport « Médecin malade » à s'interroger : ne faudrait-il pas limiter la possibilité d'autoprescription? Car non seulement celle-ci peut s'avérer

nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpa), mais, souhaitant s'en tenir à sa mission première de prévention, cette dernière s'est retirée en 2007. Le projet a dû être entièrement repensé avec l'ARH de Franche-Comté, la Carmf, les mutuelles des professionnels de santé et le Conseil de l'Ordre des médecins. La Mutualité française est, elle aussi, dans les *starting-blocks*. Bref, après une période de doute, le projet semble à nouveau sur la bonne voie. Mais il faut faire vite : une première estimation des besoins, en 2006, avait évalué à environ trois cents le nombre de médecins susceptibles de faire appel à une telle structure. En deux ans, la situation ne s'est pas améliorée... et cette estimation ne prenait en compte que les médecins!



“ La possibilité d'autoprescription laisse le médecin seul face à lui-même et à son problème ”

© Vosini/Phant

L'arroseur arrosé

Pr Pascal Hammel,
gastro-entérologue à l'hôpital Beaujon de Clichy.

témoignage

“
Quadragénaire séduisant, sportif et père de quatre enfants, le Pr Pascal Hammel est gastro-entérologue, spécialisé dans le traitement des cancers de l'appareil digestif. Lorsque le cancer (un lymphome) débarque brutalement dans sa vie, c'est un choc. Il se retrouve dans la position de « l'arroseur arrosé » : médecin et malade ! Pour s'aider à « traverser le pont », il décide de faire le récit au jour le jour de cette « expérience », dont il va ressortir six mois plus tard guéri, mais ébranlé et différent. Il raconte ses peurs, ses doutes et espoirs, ses souffrances, les réactions de ses proches et l'attitude des soignants. Un récit sensible, sincère, qui exprime la difficulté pour un médecin de se retrouver dans la peau d'un malade : « Les soignants ont peur comme tout le monde, et parfois davantage du fait de leurs connaissances et de leur déformation professionnelle à imaginer le pire... » ”

Guérir et mieux soigner - Un médecin à l'école de sa maladie,
Pr Pascal Hammel, éd. Fayard, Paris, 2008 (18 euros).



L'IMPORTANCE DES ASSURANCES

Négliger ses assurances – ou les sous-évaluer – peut coûter cher : en cas de maladie ou d'accident, le médecin libéral se retrouve piégé, la Carmf ne déclenchant les indemnités journalières qu'à partir du 91^e jour d'arrêt. D'où l'absolue nécessité de s'assurer correctement, et cela dès le début de l'activité, c'est-à-dire dès l'inscription au Tableau de l'Ordre, pour couvrir cette période de carence. Pour les médecins salariés, ce n'est pas forcément plus confortable. Ainsi, les praticiens contractuels des hôpitaux n'ont aucune garantie statutaire : dès le premier jour de maladie, ils ne bénéficient que des indemnités de la Sécurité sociale. Seuls les PH titulaires bénéficient d'une protection équivalente à celle des fonctionnaires, mais celle-ci ne concerne pas leur activité libérale, s'ils en ont une.

EN CHIFFRES

14 %
des décès

des médecins libéraux en activité ont pour cause le suicide, contre 5,6 % dans la population générale.

(Source : enquête Cnom 2003)

néfaste en termes de santé, mais elle laisse le médecin seul face à lui-même et à son problème.

3 Besoin de soutien psychologique

Or le rapport évoque longuement la solitude du médecin face à la maladie. Il insiste tout particulièrement, et à juste titre, sur sa solitude face au syndrome d'épuisement professionnel et aux désordres psychiques qu'entraînent bien souvent un environnement social et des conditions d'exercice devenus bien différents de ce qu'ils étaient en début de carrière, ou même de ce qu'en attendait le médecin fraîchement diplômé de la Faculté. Toutes les enquêtes réalisées depuis quelques années sur ces questions montrent la même tendance : de plus en plus de médecins, en particulier chez les praticiens de premiers recours, s'avouent surmenés physiquement et psychologiquement. En Ile-de-France – qui n'est certainement pas

la région la moins privilégiée de France –, près d'un médecin sur trois³ dit ressentir le besoin d'un soutien psychologique. Mais reste coï, comme le souligne le rapport : « 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 toute confiance 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 y a sans doute urgence à prendre le mal à la racine, et donc à améliorer les conditions d'exercice partout où cela est possible. Mais toutes les situations évoquées dans le rapport « Médecin malade » montrent à l'évidence qu'il faudra agir sur les leviers de la prévention, aujourd'hui complètement négligés par la profession. En l'occurrence, cela passe par une série de propositions très concrètes qui devraient être mises en débat très prochainement.

1. Thèse de Laurence Girard consacrée à l'état de santé des médecins libéraux d'Ile-de-France.
2. Voir rapport du D^e Delga publié par le Conseil national de l'Ordre en 2000.
3. Selon la thèse de Laurence Girard sus-citée.

+ D'INFOS SUR LE SITE :
www.conseil-national.medecin.fr

« Le médecin malade », rapport collectif rédigé par les D^{rs} Patrick Bouet, Marc Biencourt, Francis Montané, Monique Carton, Piernick Cressard, Jean-Marie Faroudja, Jacques Lucas, Jean-Claude Moulard et Bertrand Leriche, est en ligne dans la rubrique Publications sur le site du Cnom.

POINT DE VUE extérieur

interview

Vous fêterez en novembre les 10 ans du Paimm, le Programme d'aide intégrale au médecin malade, pionnier en Europe. De quoi s'agit-il exactement ?

Ce programme a été créé en 1998 par le Collège des médecins de Barcelone. Son objectif : apporter assistance aux praticiens souffrant de problèmes psychiques ou présentant une addiction. Il permet une prise en charge de ces malades dans une unité d'assistance particulière, avec services d'hospitalisation spécialisés, mais aussi par une cellule de réinsertion. Neuf médecins sur dix sont ainsi « replacés » dans le circuit professionnel après avoir été soignés.

Les médecins sont-ils des patients différents des autres ?

Des études anglaises et américaines l'ont montré. En Catalogne même, on le voit : plus de la moitié des praticiens n'ont ni médecin référent, ni suivi médical. Quand l'un d'eux souffre de désordres psychiques ou de problèmes d'addiction, il a peur d'en parler à un confrère. D'autant plus qu'il craint d'être stigmatisé professionnellement.

“ La conspiration du silence est une mauvaise façon d'aider ses confrères! ”

D^r Padros, secrétaire général, et **D^r Beranger Camps**, directeur du cabinet d'études du Collège des médecins de Barcelone

Cela justifie-t-il la création d'une unité de soins spécifique?

Oui, car les médecins sont de très mauvais malades : ils sont exigeants, souvent difficiles à traiter. Ceux qui les soignent doivent donc être des professionnels très expérimentés et dotés de solides qualités humaines. Mais il y a une autre raison : nos patients ont absolument besoin de confidentialité. Ainsi, quand un médecin entre en contact avec notre unité de soins, il prend un nom d'emprunt. Seules deux personnes, chargées de la réception et de la coordination des soins, connaissent sa véritable identité. Elles sont tenues au secret le plus rigoureux.

Un tel souci de confidentialité n'est-il pas contradictoire avec le fait que votre code de déontologie encourage les médecins à signaler les confrères souffrant d'une maladie mentale ou d'une addiction?

La conspiration du silence est une mauvaise façon d'aider ses confrères! Le corporatisme aboutit souvent, lorsqu'il s'agit d'addictions ou de maladies mentales, à enfouir les problèmes. Résultat : n'étant pas pris en charge, le médecin risque de s'enfoncer plus encore

dans la maladie et de devenir un danger pour ses patients... Je précise toutefois que notre code de déontologie a intégré la notion de signalement en même temps qu'a été lancé le programme d'assistance du médecin malade. Dès le départ, cette notion a été conçue comme une mesure de protection et d'aide au médecin, et non pas dans une optique disciplinaire!

La démarche de soins est-elle obligatoire?

85 % des patients médecins sont

volontaires; seuls 15 % relèvent d'une injonction ordinaire, faite par voie collégiale, sur signalement transmis à l'Ordre. Mais on assiste à une évolution des mentalités. Au début, les médecins étaient signalés par les patients. Aujourd'hui, les confrères n'attendent pas qu'on en arrive là et préfèrent signaler ou se signaler, sachant qu'ils peuvent faire confiance au Paimm pour une prise en charge de qualité, en toute confidentialité.

Quels sont vos financements?

Le programme est gratuit pour les patients affiliés à un ordre des médecins d'Espagne. Les soins sont financés à 80 % par l'administration publique et à 20 % par la fondation Galatea, créée par l'Ordre de Catalogne en 2001.

“ Une mesure d'aide aux médecins, et non une démarche disciplinaire ”

