

# SOUFFRANCES DES PROFESSIONNELS EN SANTÉ

*(Stress, épuisement, addictions, suicide)*

## RÉALITÉS ET NÉCESSITÉ DE SOINS DÉDIÉS

Pierre CARAYON \*

Janvier 2015

Les vulnérabilités des professionnels de santé, soignants mais aussi gestionnaires, se manifestent dans leurs identités professionnelles<sup>1</sup>, et donc dans leurs responsabilités (au-delà de leurs santé elles-mêmes) d'abord par un **burn-out** (au moins une fois chez 47 % des médecins libéraux, et même 53%<sup>2</sup> en Ile de France) puis par des **addictions** (8 à 10 %), avec des drames humains, personnels et familiaux, et, trop souvent, par un **suicide** (14 % des décès des médecins libéraux)<sup>3</sup>.

Schématiquement, ces souffrances sont le plus souvent la conséquence d'un mal-être et non pas d'une psychopathie vraie ; elles sont la conséquence d'une névrose (et non pas d'une psychose au sens large). Elles sont liées à un problème existentiel, qui est, plus au moins, celui de chacun de nous et qui correspond à une difficulté à assumer ses limites, à affronter la finitude des autres et de soi.

Mais ces difficultés sont certainement plus vives et plus souvent source de tourments pour ceux qui doivent prendre en charge et combattre la vulnérabilité humaine. « On n'a plus beaucoup de musique en soi pour faire danser la vie, voilà » déclare le Docteur Destouches<sup>4</sup>.

De plus, et ceci est nouveau et préoccupant, il apparaît que, actuellement<sup>3</sup>, le **burn-out** est surtout dû, chez les professionnels de santé, aux contraintes administratives et socio-économiques toujours plus pesantes<sup>5,6</sup>.

En ce qui concerne **les addictions**, nous sommes certes toujours dans le manque, dans la frustration, et nous sommes tous candidats à la fuite dans des compensations factices. Mais seuls certains sont piégés (5 à 7 %) par des produits psychoactifs, euphorisants, au premier rang desquels l'alcool (70 % des cas selon l'OFDT-Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) d'accès facile et bien accepté socialement, du moins au début, le tabac, un peu à part, et ses conséquences somatiques, et puis le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, le crack, et autres drogues, toutes très dures à leurs manières, et aussi par des comportements (jeux d'argent, jeux vidéos, internet, sexe, travail). Et ceux qui sont piégés dans des addictions le sont pour des *causes complexes, bio-psycho-sociales*. Ils sont **malades**, donc, pour l'essentiel, **innocents**, et “ ni vicieux ni pervers “. Le facteur biologique est probablement en partie lié, au moins pour l'alcool et l'héroïne, à des perturbations **génétiques** complexes, par mutation par exemple de gènes codant la composante A des récepteurs du neuromessager GABA (l'acide gamma aminobutyrique), qui agit sur le noyau accumbens (du plaisir) du cerveau \*\*.

*Professeur émérite de médecine à l'Université de Franche-Comté,*

*Ancien chef du service de gastroentérologie – addictologie – soins palliatifs du CHU de Besançon,*

*Secrétaire Général-Fondateur de l'Association Soins aux Professionnels de Santé (SPS)*

*Ancien Administrateur national de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), Administrateur Franche-Comté.*

*La détection de ces mutations pourrait, peut-être, à terme, permettre de repérer une partie des sujets pouvant devenir dépendants, alcooliques en particulier, chez les professionnels à risque pour la population (soignants, transporteurs routiers, aériens, ferroviaires, maritimes, personnels armés de l'ordre, police nationale, CRS, Forces Armées ), ce qui serait l'outil judicieux d'une éventuelle (?) prévention ciblée (Anstee, 2013, Edenberg, 2004). Sans minimiser les problèmes scientifiques et surtout éthiques d'une telle détection...*

Ainsi l'alcoolisme correspond à un **mal-être piégé** (en partie par la génétique) plus qu'à une psychopathie vraie, ce qui explique que les médecins généralistes soient de pertinents addictologues quand ils s'orientent vers ces soins, sans passer nécessairement par la psychiatrie ; ceci explique surtout que le fameux déclic de l'abstinence (le *kairos*) correspond à une victoire, difficile à prévoir, parfois brutale, sur le conditionnement psychologique, social et aussi souvent( de l'ordre de 60p.cent des cas) génétique\*\*\*. Les abstinentes sont les **héros** d'un titanesque combat contre, pour l'essentiel, l'oppression d'un environnement et/ou d'une certaine hérédité.

Nous ne sommes pas au départ addictologue mais gastroentérologue ayant créé en 1979, à la suite de l'excellente circulaire Denoix du 28 mars 1978\*\*\*\*, avec le Professeur Hubert Allemand\*\*\*\*\* dans le cadre de notre service du CHU de Besançon, une unité d'addictologie, essentiellement d'alcoologie, qui était animée par le *Docteur Pascal Gache*, maintenant à Genève, unité qui a malheureusement disparue après notre retraite. Cette suppression nous a contraint de nous intéresser aux problèmes organisationnels de l'addictologie, et à proposer, initialement, à Besançon, d'externaliser cette activité hospitalo-universitaire, en convention étroite avec le CHU, dans le cadre d'une structure résidentielle addictologique de niveau 3 dédiée en partie aux franc-comtois et en partie aux professionnels de santé, et accueillant les étudiants en formation et des enseignants addictologues, en sachant l'importance, pour l'apprentissage d'un soignant en général, de la connaissance approfondie du phénomène addictif.

**Malheureusement** l'évolution des choix hospitalier régionaux n'a pas donné suite pour le moment à ce projet et nous a conduit à nous focaliser sur les problèmes des professionnels de santé. Il est clair que l'accident **d'Orthez** nous renforce dans cette orientation. "**Plus jamais**", autant que possible, le renouvellement d'une telle défaillance professionnelle, correspondant en réalité à une responsabilité **collective**.

\*\*\* *Maisondieu affirmait que l'alcoolique doit se dire « JE ne peux pas m'empêcher de boire. Donc JE m'empêche, Moi, et pas un autre ». Et d'ailleurs " un homme, ça s'empêche", Camus, Le premier homme p. 66. Et un homme, nous pouvons l'aider, avec obstination, sans le juger.*

\*\*\*\* *Circulaire visant, dans une certaine mesure, à dépsychiatriser l'alcoologie et à créer dans chaque centre hospitalier général une unité multidisciplinaire de prise en charge des malades alcooliques.*

\*\*\*\*\* *Devenu ensuite Médecin Conseil National de l'Assurance Maladie (CNAMTS, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés )*

## **I - JUSTIFICATION D'UN PARCOURS DE SOINS DÉDIÉ**

La prise en charge dans un **PARCOURS DE SOINS DÉDIÉ** aux professionnels de santé s'impose désormais selon les expériences des pays qui se sont efforcés d'apporter des réponses à cette grave problématique du personnel sanitaire.

Plusieurs raisons :

### 1. Première raison : **la fréquence**

Dès 2003, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) s'était manifesté à nous par l'intermédiaire de Jean Pouillard, qui était vice-président du Conseil National et de Pierre Bénichou, médecin hospitalier de Lons-le-Saunier, très actif en addictologie (à l'origine de plusieurs remarquables réalisations, en particulier pour la réinsertion des malades alcooliques), vite relayés par André Léon, puis par Jean Lebrat, président à l'époque de la Commission Nationale d'Entraide du CNOM et par Jean-Marie Colson, Conseiller National, ancien vice-président chargé de l'Entraide, qui ont suscité avec nous-même, alors que nous étions trésorier général de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie, ex Ligue contre l'alcoolisme) la création en 2008 de l'APSS (Association pour la Promotion de Soins aux Soignants), appuyés très efficacement par le président de l'Ordre du moment, Jacques Roland puis par Michel Legmann<sup>7</sup>. Ils étaient très soucieux du nombre de médecins signalés par les conseils départementaux posant des problèmes graves dans leurs pratiques, même si ces praticiens n'étaient pas nécessairement interdits d'exercice. En gros deux à trois médecins par conseil départemental, soit 300 environ au total. Mais comme l'a dit Eric Galam<sup>(2)</sup> (confirmant l'Association Britannique des Médecins qui donne le chiffre de un médecin sur 15)<sup>8</sup>, ce sont 5 à 10 % des médecins qui sont buveurs excessifs, soit 10 à 15 000 médecins, auxquels il faut ajouter les autres professionnels de santé, tels les personnels infirmiers, mais aussi les directeurs d'hôpitaux (200 en souffrance sur 2000 environ, selon Danièle Toupillier, directrice très inquiète du Centre National de Gestion (CNG)). Le pourcentage est au moins égal à celui de la population générale, et représente, en outre, un risque alarmant pour cette population.

Malheureusement, l'APSS (dont nous étions administrateur-fondateur, avec Jacques Roland, Jean-Marie Colson, Yves Léopold et Jean-Pierre Belon) n'a pas donné corps à ses projets dans ces trois dernières années malgré nos pressantes incitations.

Et les Ordres régionaux et les URPS (Unions Régionales des Professions de Santé) ont pris activement le relais par des initiatives régionales pour le repérage et l'orientation thérapeutique, comme nous le verrons plus loin.

Afin de mettre en place un véritable et indispensable **parcours de soins**, nous avons dû créer récemment l'*Association SPS, Association Soins aux Professionnels de Santé*, qui porte l'organisation d'un **premier colloque national** « *Soigner les professionnels de santé vulnérables : stress, épuisement, addictions, suicide. Nécessité d'un parcours de soins dédiés* », présidé par le Professeur Didier Sicard, président d'honneur du Comité National d'Éthique.

### 2. Deuxième raison : **la sévérité**

Il est admis, en particulier par les anglo-saxons<sup>8,9,10,11</sup>, que la morbidité par l'alcool et les autres drogues est plus grave chez les médecins que dans la population générale. Ils font par exemple plus de cirrhose, et donc plus de cancer du foie. Ceci, parce que le diagnostic est tardif en raison du retard à consulter, et ce retard est lié, comme Eric Galam l'a signalé<sup>(2)</sup>, à la difficulté de passer du stade de soignant à celui de soigné :

- Le médecin croit pouvoir se contrôler, se maîtriser, « Je suis médecin, voyons » ;
- Il a du mal à se confier à un collègue, en partie en raison du sentiment de culpabilité et de la peur d'être jugé.

Le collègue soignant aura d'ailleurs souvent tendance à minimiser la dépendance, par bienveillance certes, mais à tort.

Quand on sait que 90% des médecins se désignent comme leur propre médecin traitant, on se demande s'il ne serait pas légitime que les caisses d'assurance maladie refusent que les médecins soient leur propre référent.

### 3. Troisième raison : **la dangerosité**

Il est **inoportun de prévoir des soins ambulatoires en première intention** pour les médecins et tous les soignants addicts, contrairement à la pratique habituelle : il convient, d'emblée, de prévoir une prise en charge **résidentielle**. Il est à l'évidence **déraisonnable** de laisser le médecin, ou plus généralement le professionnel de santé continuer d'exercer son métier, dès lors qu'il peut, occasionnellement ou non, poursuivre la prise d'alcool en excès ou de drogues, mettant alors ses patients en danger lors de ses prescriptions ou de ses actes. Cette réalité de la malfaisance éventuelle des soignants liée à des troubles de leur comportement est un vrai problème de santé publique, en partie négligé, qui a abouti au drame d'Orthez.

Donc dès le début, les médecins (et tous les professionnels de santé) nécessitent des soins en milieu **fermé**, pour une **cure de sevrage complexe** d'une semaine environ, suivie d'une **cure de consolidation du sevrage de six semaines** en moyenne.

De plus il convient clairement d'avoir une durée suffisante du suivi ambulatoire, au moins **deux mois**, avant de les laisser reprendre leur activité.

### 4. Quatrième raison : **la spécificité**

Il est légitime de créer une structure **résidentielle** spécifiquement **dédiée** aux professionnels de santé et en particulier aux médecins.

C'est la grande revendication portée par les médecins britanniques dès 1998, à Londres d'abord (Strang)<sup>9</sup>, puis en Ecosse, à Aberdeen (Fowlie)<sup>8</sup>, aussitôt reprise par nos amis catalans à Barcelone.

Ceux-ci auraient montré que le taux de succès passerait, pour les professionnels de santé, de 20% dans les structures pour tout-venant, à **80% ou plus**, dans les établissements dédiés (à confirmer).

D'ailleurs, **d'autres professions**, la plupart à **haut risque** pour la population, ont organisé des prises en soins dans des structures **dédiées** :

- les enseignants à l'Institut Marcel Rivière, La Verrière, en Yvelines (28 lits de SSR), dépendant de la MGEN\* ;

- surtout les personnels de la police nationale et du ministère de l'intérieur (les CRS) au Centre ANAS\*\* Le Courbat à Le Liège en Indre et Loire (56 lits de SSR qui doivent passer à 80 lits), qui ne dépend plus de la MGP (Mutuelle de la Police Nationale) ;

- le personnel d'Air France (composé de techniciens à haut risque) est l'objet d'un suivi médicosocial de qualité, avec interdiction absolue des boissons alcoolisées durant le temps professionnel, en vol comme à terre. Mais :

- 1) il n'existe pas de directives interdisant pour les navigants les autres substances psycho-actives (cannabis, cocaïne par exemple) dont on connaît actuellement le fréquent mésusage,
- 2) il n'y a pas de structures de soins résidentielles, dédiées spécifiquement à ces personnels en souffrance addictologique et/ou psychique ;

- pour les militaires et les gendarmes l'interdiction totale des boissons alcoolisées n'est pas formalisée. Il est seulement imposé un usage dans les limites de la normale avec alcoolémie inférieure ou égale à 0,5%. Il n'existe pas à notre connaissance une structure résidentielle addictologique dédiée. Mais la situation peut rapidement évoluer en raison de récentes prises en compte, au plus haut niveau, des réalités du terrain.

\* Institut créé à l'initiative du Professeur Paul Sivadon

\*\* ANAS : Association Nationale d'Action Sociale des personnels de la police nationale et du ministère de l'Intérieur, qui, en dehors de l'établissement de santé Le Courbat, gère 12 centres de vacances et 2 colonies de vacances

**Quatre raisons principales militent** pour une structure *spécifique*, sans mélange avec les autres patients : **difficulté à se livrer, sur-culpabilisation, référence à l'identité professionnelle, souci de confidentialité.**

- 1- Le médecin (et tous les personnels de santé) a *du mal à se livrer en groupe, face au regard des non-médecins (et des non-soignants)*. Il déclare souvent : « **Je suis cadre en entreprise...** » ;
- 2- Les soignés eux-mêmes sont *gênés par les confidences d'un soignant défaillant*, pouvant potentiellement être leur propre soignant, et ont tendance à sur-culpabiliser ces malheureux soignants (« **Comment toubib ? T'as pas le droit...** ») ;
- 3- Le soignant malade risque *d'intervenir, par réflexe*, dans les soins, d'autant qu'en plus il est souvent sollicité par les autres malades (« **Et toi, toubib, qu'est-ce que tu en penses ?** ») ;
- 4- Enfin cette structure dédiée facilite la *confidentialité* vis-à-vis de la clientèle et des confrères, confidentialité à laquelle tiennent tous les soignants, qu'ils soient anglo-saxons ou méditerranéens, et qui est confortée, nous le verrons, par la délocalisation liée à la structure, car le risque est grand des confidences du genre : « **On m'a dit que ...** ».

En plus des structures existant en Angleterre, Ecosse et Espagne, que nous avons évoquées, les structures **dédiées** existent aux États-Unis, par exemple dans l'Oregon, Hazelden sprinbrook, depuis longtemps (1990), au Canada, récemment en Italie, et probablement ailleurs.

## **II - LES STRUCTURES RÉSIDENTIELLES DÉDIÉES FRANCAISES**

**Aucune structure résidentielle dédiée n'est actuellement offerte en France aux médecins et plus généralement aux professionnels de santé.**

Certes un **accueil individuel des professionnels de santé** est déjà possible dans **certaines structures SSR** (Soins de Suite et de Réadaptation) **addictologiques**.

**Mais** cette prise en charge individuelle dans des groupes hétérogènes composés de patients tout-venant est **inadéquate** car peu efficace (probablement quatre fois moins que les établissements dédiés, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut), et non souhaitée par les patients professionnels de santé (enquête à publier). Elle émerge pourtant à la dépense sanitaire nationale (c'est à dire à l'ONDAM, Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie). Le coût du fonctionnement des **structures souhaitables dédiées** ne correspond donc pas, pour l'essentiel, à une dépense nouvelle mais au contraire à **l'optimisation d'une dépense déjà existante**.

En raisonnant de manière approximative, à partir de ce que l'on sait du fonctionnement catalan (13 puis 22 lits pour 28 000 médecins, **dédiés** pour l'essentiel aux troubles addictifs dans la structure de Barcelone) on peut penser que 300 lits à destination des problèmes graves de burn-out et d'addictions pourraient être suffisants, au moins au début, pour l'ensemble des professionnels de santé au plan national (et pas seulement les 200 000 médecins français), population d'un million de personnes environ (20 à 30 lits par grande région, avec échange géographique des patients-soignants entre les régions dans un souci partagé de confidentialité).

Ceci laisse libre le mode de répartition de ces lits qui doit être ajusté aux possibilités et opportunités. Le rapport de la Commission Nationale Permanente du CNOM de 2008, présidée par le Docteur Jean-Marie Faroudja, sur "le Médecin malade" considère que « doit être encouragée par tous moyens à notre disposition, la création de 2 à 4 centres d'addictologie et de santé mentale dédiées aux seuls médecins »<sup>12</sup>.

En tout état de cause, comme en Espagne, **il faut faire un premier pas**.

### **Quel programme thérapeutique pour ces structures dédiées ?**

Ce programme thérapeutique, spécifique, mais ouvert, est en cours de réflexion et de coordination. Actuellement les cliniques non dédiées accueillant occasionnellement des soignants à problème, possèdent chacune son programme. Mais évidemment il faut **adapter** ces différents programmes, et les coordonner (sans les uniformiser), en particulier pour les **structures dédiées** en projet, en vue d'une **labellisation** pour agrément par la CNAMTS, la MSA (Mutualité Sociale Agricole), le RSI (Régime Social des Indépendants),

les Mutuelles professionnelles, la CARMF, le CNG, etc. ce qui suppose aussi une **évaluation** régulière avec contrôle par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé).

Un certain nombre de **données importantes** a déjà été repéré :

- Le souci de **revaloriser** les soignants qui arrivent blessés, culpabilisés, **en s'abstenant de tout jugement**, en les aidant à accueillir avec sérénité leurs difficultés, et sans non plus les survaloriser avec le risque de désenchantement ;
- Le souci d'une forte **information en addictologie** car les méconnaissances des praticiens dans ce domaine sont souvent plus profondes qu'on ne croit ;
- L'importance à donner à des **ateliers de gestion du stress et/ou du burn-out**, dans le cadre des techniques de thérapie comportementale et de relaxation et des méthodes d'organisation du travail professionnel ; cette gestion du stress et du travail constitue une prévention des rechutes, et, en même temps, elle fournit aussi un précieux outil aux médecins soignés pour leurs propres malades (annexe 2), à l'image de ce qui a été organisé, à l'origine, à Toulouse pour la région Midi-Pyrénées (**MOTS** : Médecin Organisation Travail Santé ) et qui est actuellement largement diffusé dans les nombreuses autres régions (cf. plus loin).

### **III – LE PROGRAMME GLOBAL DE PARCOURS DE SOINS DÉDIÉS RSS (Repérage-Soins-Suivi)**

- 1. En amont** des établissements de soins résidentiels dédiés, il convient de **REPÉRER** et d'**orienter** les soignants souffrants.

De nombreuses initiatives se sont succédées au début des **années 2000**.

Le CNOM a mis en place en **2009** au sein de chaque conseil départemental « une cellule de veille confraternelle adossée à la commission d'entraide »<sup>12</sup>.

Surtout, à l'image des Québécois en **1990** (PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec), et des Catalans en **2007** (PAIMM : Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade), la région Ile-de France, en **2005**, avec **Eric Galam**, a créé l'**AAPML** : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux, avec un numéro d'appel (0826 004 580) et une aide téléphonique par une psychologue clinicienne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7<sup>(2)</sup>.

La région Midi-Pyrénées, en **2010**, sous l'impulsion du Conseil Départemental de Haute-Garonne et de son président **Jean Thévenot**, et, à la suite, huit régions, dont Languedoc-Roussillon, Aquitaine, Limousin, PACA, Picardie, se sont soucies de la prévention et de la gestion de cet épuisement professionnel, en proposant une organisation pertinente (**MOTS** : Médecin Organisation Travail Santé) et un numéro d'appel commun permanent (0608 282 589).

De même, la région Rhône-Alpes (**Patrick Romestaing, Georges Granet, Michel Evreux et Jean-Marie Navette**) a mis en place en **2012** le Réseau **ASRA** : Aide aux Soignants de Rhône-Alpes, avec un numéro d'appel (0805 620 133).

La région Poitou-Charentes a créé en **2014** l'**ASS** : Association pour la Santé des Soignants (président **Patrick Desvignes**) et un numéro d'appel (0820 860 016).

En Franche-Comté, c'est l'URPS-ML (**Christine Bertin-Belot**) qui prévoit un numéro d'appel et une consultation dédiée, en lien avec l'ANPAA 25.

Toutes ces réalisations aboutissent à des conseils, des orientations, des aides financières, mais, hormis le programme catalan, ne constituent pas un parcours de soins complet, avec une possibilité rapide, en cas d'addiction, d'une cure complexe en centre **dédié**, d'efficacité avérée.

**Il convient, à l'évidence, de compléter le dispositif national qui se met en place par quelques structures résidentielles spécifiques, comme à l'étranger.**

2. Le séjour doit **impérativement** être prolongé **en aval** par un **SUIVI** en sachant, bien sûr, que le malade alcoolique « a le droit de rechuter », au même titre qu'un paludéen ou qu'un leucémique.

Étant donné la **gravité** particulière des burn-out et des addictions des soignants, il paraît souhaitable que le **suivi-accompagnement** soit réalisé dans la mesure du possible par un réseau de médecins relais ou "**tuteurs**", dans chaque région, et, mieux dans chaque département, des médecins agréés par les Ordres régionaux et/ou les URPS et/ou un réseau de psychologues, en lien avec le centre de cure résidentielle qui a pris initialement en charge le médecin traité.

Ces médecins/psychologues assureraient une sorte d'accompagnement, de parrainage, déjà d'ailleurs pratiqué dans d'autres professions (postiers, policiers).

Dans cet esprit on pourrait aussi envisager une **association de médecins et/ou infirmiers ou autres personnels de santé anciens buveurs**, à l'image des Alcooliques Anonymes, d'Amitiés La Poste France Télécom, et de Vie Libre, Alcool Assistance ex Croix d'Or, Croix Bleue, Fédération des Amis de la santé, Alcool écoute, ces cinq derniers mouvements étant les seuls reconnus d'utilité publique et réunis dans la CAMERUP (Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique). Ces **Associations d'Entraide**, selon l'appellation actuelle, sont porteuses de précieuses bienveillance, solidarité, empathie (avec ou sans référence spirituelle), indispensables pour consolider l'abstinence. Rappelons à ce propos que les boissons alcoolisées représentant 70% des produits addictifs certes utilisés, de plus en plus souvent, en association (cannabis, cocaïne, etc.).

Ce suivi, qu'il soit exercé par l'intermédiaire du médecin traitant ou du médecin tuteur, ou directement par le médecin référent du centre de soins, ou par un réseau de psychologues, pourrait d'ailleurs être en partie téléphonique ou télévisuel par **télé-médecine**, ainsi que le suggérait **Annie PODEUR** (DGOS-Directrice Générale de l'Offre de Soins puis Secrétaire Générale du CESE - Conseil Économique et Social et de l'Environnement). Il représente un coût-temps, justifiant un paiement forfaitaire au médecin traitant ou tuteur.

3. **Une orientation de principe** doit être posée d'emblée : le programme thérapeutique est dirigé, a priori, vers **la reprise de travail** et le retour à l'exercice.

Ceci est possible, semble-t-il, dans 80 à 85% des cas selon des études américaines, et même 90 % selon nos amis catalans.

**Mais** pour les 10 à 20% restants dans l'impossibilité de reprendre leur activité après sevrage, pour des raisons somatiques, neurologiques (troubles cognitifs sévères, par exemple) ou psychiatriques, il convient de prévoir **une réinsertion**.

Dans notre projet existe une **cellule de réhabilitation-réinsertion**, établissant un **bilan de compétence** et un **accompagnement personnalisé**, différent du tutorat, dans le cadre d'un éventuel **projet de reconversion professionnelle**, comme le suggèrent depuis longtemps le Dr Petitdidier, le Dr Bernard Monier et le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) et dont le financement pourrait être assuré conjointement par les mutuelles professionnelles (le Groupe Pasteur Mutualité, à l'origine d'un important Colloque, la MACSF - Mutuelle d'Assurances du Corps Sanitaire Français, et les autres assurances professionnelles), ainsi que la CARMF, qui ont donné leur accord de principe.

4. Ce programme ou plutôt ces programmes spécifiques aux professionnels de santé, en partie différents selon les structures, doivent aboutir à un **engagement thérapeutique** comme l'ont formalisé les catalans, contrat entre le médecin ou soignant ou gestionnaire traité, le médecin traitant addictologue référent, le médecin tuteur relais.

Ce contrat comporterait entre autres, pour une période de deux ans, six engagements élaborés par l'APSS en 2011 (Jean-Marie Colson) :

- 1 - Engagement de **soins** initiaux résidentiels de la part du **médecin référent** addictologue ;
- 2 - Engagement de **contacts** périodiques de la part du **médecin tuteur** avec le **médecin ou soignant ou gestionnaire traité, suivi** en ambulatoire ;
- 3 - Engagement **d'échanges** réguliers d'informations entre le **médecin tuteur** et le **médecin référent** ;

- 4 - Engagement **d'observance** des soins de la part du *médecin ou personnel de santé traité* ;
- 5 - Engagement **d'acceptation** par le *médecin ou personnel de santé traité* d'une **suspension immédiate du droit d'exercer en cas de rupture du contrat** afin de préserver la sécurité des patients ;
- 6 - Engagement du **respect scrupuleux de la confidentialité de la part des médecins traitant référent ou tuteur**.

Il est clair, par ailleurs, que l'établissement d'un tel contrat engageant les différentes parties, et d'abord le personnel de santé en souffrance, pourrait permettre de la part des assurances professionnelles, et de la CARMF pour les médecins, des avantages financiers, tels qu'une prise en charge plus précoce (avant les 90 jours) des indemnités journalières (IJ), donc *supprimant totalement ou partiellement le « délai de carence »*. Surtout un tel contrat permettrait, ainsi que le souligne la CARMF pour les médecins, de *sortir du système binaire actuel* du tout (poursuite de l'exercice en traitement ambulatoire aléatoire et à risque pour les patients) ou rien (interdiction d'exercice), avec apparition d'une troisième voie, celle du **contrat libre, ou "engagement thérapeutique"** de soins résidentiels puis de suivi.

**5. Reste l'incitation initiale**, avant, si possible, la menace de suspension.

Il n'y a pas de « délation » légale possible en France contrairement à la Catalogne et aux pays anglo-saxons. *Le devoir d'ingérence professionnelle* n'est pas encore déontologique dans notre pays. Mais les mentalités, et donc l'attitude ordinale, évoluent.

La profession est, pour le moment, tributaire d'une **autodécision du professionnel** à partir d'une **incitation**. C'est dire la nécessité d'une très bonne **diffusion d'une vraie politique de prévention, de soins et de suivi à destination des professionnels de santé** par les conseils départementaux des sept Ordres de santé (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures-podologues auxquels il convient d'associer les vétérinaires), les commissions d'entraide, et les dix déclinaisons professionnelles des URPS (Médecins Libéraux, Pharmaciens, Chirurgiens-Dentistes, Masseurs-Kinésithérapeutes, Infirmiers, Biologistes, Sages-femmes, Pédicures-Podologues, Orthophonistes, Orthoptistes) pour chacune des régions. On doit y associer aussi bien les précieuses aides-soignantes que les psychologues-psychothérapeutes, les diététiciennes, les coordinatrices d'appui, les professionnels de l'expression corporelle et de l'art-thérapie, les « aidants » de nombreuses associations, participant tous, parfois dans la souffrance, aux soins des malades aigus ou chroniques. Les gestionnaires, souvent en difficulté, sont aussi concernés par cette prise en soins.

## **AU TOTAL**

Voici un **projet** global de parcours de soins dédié aux professionnels de santé, qui contraste encore malheureusement avec les authentiques **réalisations** anglo-saxonnes et catalanes.

Cependant **la concrétisation peut être rapide**.

Certes il faut une organisation solide, avec des **médecins et soignants aguerris**, car **il ne faut pas décevoir**.

**La santé, et parfois la survie, d'un nombre important de nos confrères et collaborateurs soignants en dépend, et indirectement, LA SANTÉ DE LA POPULATION.**

## **Références de base :**

1. Chabrol A., *Les médecins : des patients pas comme les autres*. Médecins, 2008 ; 1 : 22-27
2. Galam E., *L'erreur médicale, le burn-out et le soignant*. Springer, 2012
3. Truchot D., *Épuisement professionnel et burn-out*. Paris, Dunod, Coll.Psycho-Sup, 2015
4. Céline (Docteur Louis Ferdinand Auguste Destouches), *Voyage au bout de la nuit*. Paris, Gallimard, La Pléiade, 1981, I, p 200
5. Sedel L., *Chirurgien au bord de la crise de nerfs*. Albin Michel, 2008
6. Truchot D., *Risques psychosociaux et burn-out. Leur influence sur la prise en soins*. In M. Schmitt (Ed.). *Bien traitance et qualité de vie*. Paris, Elsevier-Masson 2013 (p.295-311)
7. Legmann M., *Éditorial : des soignants de plus en plus vulnérables*. Médecins, 2009; 3 : 3
8. Fowlie DG., *The misuse of alcohol and other drugs by doctors: a UK report and one region's response*. Alcohol Alcohol, 1999 ; 34 (5) ; 666-671
9. Strang J, Wilks M, Wells B, and Marshall J., *Missed problems and missed opportunities for addicted doctors*. BMJ, 1998 ; 316 : 405-406
10. Gossop M, Stephens S, Stewart D, Marshall J, Bearn J, Strang J., *Health care professionals referred for treatment of alcohol and drug problems*. Alcohol Alcohol. 2001 ; 36 (2) : 160-4
11. Wilks M and Freeman A., *"Doctors in Difficulty"; a way forward?* BMJ, 2003 ; 326 : 99 s
12. Faroudja JM, Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton Monique, Cressard P, Lucas J, Montané F, Moulard JC, Commission Nationale Permanente du Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Rapport 2008 : Le médecin malade*. Ordre National des Médecins, Paris, CNP 2008, p 87