

Les associations de prise en charge des médecins en difficulté professionnelle

M.A. DOPPIA¹, R. TORRIELLI², G.MION³, F. BONNET⁴ et les membres de la Commission SMART du Collège Français des anesthésistes-réanimateurs⁵

Les médecins peuvent, eux aussi, être affectés de troubles de la santé en relation ou non avec leur travail. Cette réalité, qui peut conduire à un affaiblissement de leurs capacités, a incité plusieurs pays à créer des programmes d'aide et de soutien. Certains, comme le PAMQ (Programme d'Aide aux Médecins du Québec) ou le PAIMM catalan (Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade), font aujourd'hui référence. La France n'en est qu'au début de cette démarche. Les initiatives qui voient le jour constituent un début de réponse et un recours utile pour les médecins en difficulté. L'anesthésie-réanimation est d'ores et déjà engagée dans plusieurs projets.

Les difficultés professionnelles des médecins

Les circonstances favorisant leur survenue sont variées avec, bien sûr, les pathologies "ordinaires organiques", comme pour tout un chacun, mais aussi des facteurs de stress plus spécifiquement reliés au travail. Aujourd'hui, les multiples contraintes administratives et budgétaires, le déficit démographique et l'isolement qui peut en découler, la pression de production et de rentabilité dans le secteur de la santé, la charge de travail et les exigences des patients, les violences au travail sont, dans la tension éthique qu'elles génèrent pour les praticiens, des risques professionnels pour les médecins. Ces difficultés, mal identifiées par le praticien ou par son entourage, peuvent conduire au syndrome d'épuisement professionnel. Celui-ci toucherait près de 45 % des médecins au Canada (source AMC) et les anesthésistes dans les mêmes proportions [1, 2]. Des troubles de la santé mentale avec anxi-dépression, troubles sévères du sommeil, comportements suicidaires ou encore troubles musculo-squelettiques (TMS), des atteintes cardio-vasculaires (ischémie myocardique, HTA, AVC) peuvent être en relation avec les conditions de travail. Des perturbations de la sexualité dans la relation avec les patients, le harcèlement au travail, des phénomènes d'abus ou de dépendance (alcool, médicaments, drogues, jeu) sont parfois mis à jour lors de procédures judiciaires.

Dans la littérature internationale, de nombreuses publications montrent que les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) peuvent aussi rencontrer ces difficultés professionnelles [3, 4]. Celles-ci deviennent problématiques lorsque, devenues insurmontables, elles font obstacle aux relations de travail ou mettent en danger la sécurité du patient et/ou la santé du médecin. Elles influent aussi sur son entourage et sa vie privée. Des soucis financiers souvent associés, causes ou effets des difficultés professionnelles, viennent compliquer les possibilités de prise en charge.

Correspondance : 1. Pôle Anesthésie-Réanimation, CHU Caen, avenue de la Côte de Nacre, 14033 Cedex, France, e-mail : doppia-ma@chu-caen.fr - 2. CHU Pellegrin Bordeaux - 3. HIA Val de Grâce, Paris - 4. Hôpital Tenon, APHP Paris - 5. cf site www.cfar.org

Des manifestations diverses

Il peut s'agir de la survenue progressive ou brutale de troubles relationnels avec les membres d'une équipe de soins jusque-là sans problème, de troubles somatiques ou psychologiques (anxio-dépression masquée, idées ou comportements suicidaires) rendant l'exercice professionnel difficile, voire à risque, pour le patient. Il peut aussi s'agir de consommations de toxiques licites (tabac, alcool) sur un mode abusif ou illicites (cannabis, héroïne, cocaïne) ou de la consommation par le médecin de substances médicamenteuses par automédication (sédatifs ou excitants) dans le but de faire face. L'accès plus facile aux substances narcotiques ou morphiniques constitue un risque supplémentaire en anesthésie [5]. Les troubles du sommeil, plus fréquents en anesthésie-réanimation, seraient associés à la dépression. De même, les idées suicidaires sont associées à la prise de gardes en plus grand nombre [6]. Pour certains auteurs, le syndrome d'épuisement professionnel (SdEP) serait lié au manque de reconnaissance perçue, à l'insuffisance du travail en équipe, aux relations conflictuelles entre collègues et au harcèlement professionnel [7].

Enfin, le potentiel de déstabilisation de la confrontation à une erreur ou à un accident médical est très important. Dans ces circonstances, avec ou sans plainte du patient ou de ses proches, mais plus encore en cas de démarche contentieuse, la solitude est un facteur de risque supplémentaire. L'entourage professionnel doit alors se montrer particulièrement empathique et disponible. Il ne faut pas hésiter à faire appel à des organisations capables d'apporter une aide nécessaire.

Le médecin en difficulté s'autorise-t-il à demander de l'aide ?

Aujourd'hui, on estime le risque à un sur dix, pour un médecin, de subir, durant sa vie professionnelle, un épisode lié à des maladies psychiques et/ou à des conduites de dépendance pouvant nuire à l'exercice professionnel et conduire à des erreurs et négligences. Pourtant, à aucun moment durant les études médicales générales ou de spécialisation, la santé au travail des professionnels n'est vraiment abordée [8]. Le cursus de formation conduit au contraire à endurcir le médecin afin qu'il résiste à sa propre souffrance ou à celle engendrée par sa pratique. Le médecin s'autorise alors tardivement à se montrer affaibli ou malade. Les interruptions d'activité pour maladie ou difficulté professionnelle restent aujourd'hui encore, comme dans la plupart des professions à responsabilités, bien moins fréquentes que dans la population générale. Ceci explique en partie que le médecin ait du mal à admettre des difficultés professionnelles ou personnelles, surtout si son exercice est en cause ou risque de s'en trouver perturbé. Quand le médecin n'en fait pas explicitement lui-même état, elles sont, à leur début, difficiles à repérer par l'entourage, sauf en cas de troubles manifestes du comportement. La demande d'aide lors d'idées suicidaires est encore plus improbable. Chaque année, aux États-Unis, 400 médecins se suicident, soit l'équivalent d'une promotion universitaire. En France, les médecins se suicident deux fois plus que la population générale.

Repérer un anesthésiste en difficulté

Chez un confrère jusqu'alors sans problème, des perturbations comportementales inhabituelles (isolement, fuite ou évitement des confrères ou des personnels paramédicaux) peuvent constituer des signes d'appel. Mais il peut aussi s'agir d'un refus de coopérer ou de prendre en charge des patients complexes jusqu'alors toujours normalement assumés au sein de l'équipe. Des troubles de l'humeur peuvent faire évoquer une authentique dépression masquée. Des phases d'explosion émotionnelle avec perte de contrôle de soi (récriminations bruyantes, insultes, grossièreté ou crises de larmes) peuvent être les seules manifestations de difficultés vécues mais niées par le praticien. Des soucis dans le couple ou avec les enfants peuvent être mis en avant mais sont aussi parfois des conséquences de difficultés professionnelles qui ont envahi jusqu'à la sphère privée. Des problèmes financiers associés peuvent obliger le praticien à accroître son activité professionnelle, notamment par la prise de gardes en surnombre à un moment où il

devrait au contraire réduire cette forme d'investissement pour se consacrer à la recherche de véritables solutions à ses difficultés.

Dans le service public, on observe une faible fréquentation des services de santé au travail (environ 40 % des MAR) alors qu'il s'agit d'une disposition de surveillance sanitaire réglementaire pour les établissements hospitaliers [9]. Dans le secteur libéral, il n'existe aucune proposition de suivi de santé. Le Code de Déontologie stipule pourtant que : "les médecins se doivent assistance dans l'adversité" (art. 56) et que : "le médecin ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées" (art. 71). Encore faudrait-il s'entendre sur l'interprétation possible de ces règles professionnelles pour la santé du médecin et sur les nécessités d'un suivi par un confrère. En France, près de 85 % des médecins ne déclarent pas de médecin traitant.

Chez l'anesthésiste, quelques signes peuvent constituer des indices qui devraient donner lieu à la recherche du dialogue. Il peut s'agir d'une ponctualité déficiente, d'un absentéisme répété et non motivé ou, au contraire, d'un présentéisme excessif et improductif. La moindre disponibilité pour participer au service de garde et la prise en charge aléatoire des patients (examens incomplets, fréquentes erreurs de prescription) sont d'autres signes d'appels. En dehors d'une imprégnation alcoolique patente ou de signes évoquant la consommation de psychotropes licites ou illicites, deux situations doivent attirer l'attention : la prescription de doses de médicaments anesthésiques (antalgiques, analgésiques ou sédatifs) plus importantes que requises et le syndrome dit "de la porte fermée" (*ce chapitre fait l'objet d'une communication spécifique, cf. F. Bonnet*).

Approcher un confrère en difficulté professionnelle

Les médecins nient et cachent leur propre difficulté ou souffrance. Ils ont du mal à demander de l'aide et résistent longtemps avant toute démarche. Ils craignent d'être incompris ou d'être l'objet d'un jugement de la part des collègues, de voir leur image professionnelle altérée ou encore le bris de la confidentialité et l'éventualité de rencontrer une connaissance dans une salle d'attente. L'ouverture d'un dossier médical qui peut laisser des traces ou des problèmes d'ordre assurantiel pour un emprunt sont, pour eux, autant de sources de retenues à se confier. Mais aussi, les collègues sont très souvent mal à l'aise devant un problème de santé mentale ou de toxicomanie chez l'un des leurs. Aussi, indépendamment de la cause présumée de la difficulté, il faut savoir repérer des signaux parfois peu visibles qui sont l'occasion d'une première approche pour un confrère en difficulté. Le soutien doit être manifeste pour rassurer sur les possibilités d'écoute et la garantie du respect de la confidentialité dans cette démarche délicate. C'est ce qui permettra d'envisager secondairement l'orientation vers une prise en charge spécifique.

La démarche du CFAR, l'enquête SMART

Si la France ne dispose pas encore d'une offre généralisée pour les médecins en difficulté, quelques associations commencent à proposer des réponses à une demande qui s'exprime de plus en plus. En 2009, le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR) a créé la commission SMART (Santé du Médecin Anesthésiste-Réanimateur au Travail). En février 2010, une enquête en ligne sur son site internet a permis d'analyser la perception et le traitement actuel des troubles de la santé au travail (TST) chez les MAR et de mieux connaître leurs besoins en ressources complémentaires [10]. L'enquête a recueilli 1433 réponses avec 816 questionnaires complets [10]. Plus des trois quarts des répondants (76 %) ont déclaré avoir eu connaissance de cas de TST chez leurs confrères ou pour eux-mêmes (25 % des répondants) dans les dix dernières années. La majorité des répondants a mis en exergue une communication jugée insuffisante sur le sujet et un manque de moyens pour aborder un confrère en difficulté (65 %). Une très forte majorité (63 %) souhaiterait que les troubles de la santé au travail (TST) soient traités en FMI et FMC, mais aussi que les MAR libéraux aient accès à un suivi médical de santé au travail (80 %). Pour mieux aider un confrère en difficulté (ou pour eux-mêmes), 70 % souhaiteraient pouvoir disposer d'un numéro d'appel comme cela existe dans d'autres pays avec un réseau d'aide en aval (*Fig. 1*).

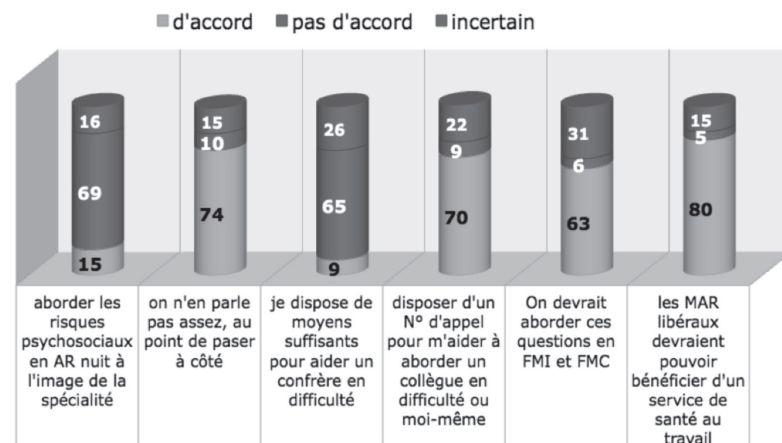


Fig. 1.- Principaux résultats de l'enquête SMART/CFAR 2010 (résultats exprimés en %).

Les exemples à l'étranger

L'enquête SMART a aussi montré que la très grande majorité des anesthésistes n'avaient pas connaissance de l'existence de programmes de soutien et d'aide, que ce soit en France ou à l'étranger. Pourtant, l'exemple du Québec au Canada, de la Catalogne en Espagne et les initiatives qui ont cours en Grande-Bretagne, en Suisse ou en Allemagne constituent de bonnes sources d'inspiration. Sans oublier les États-Unis, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande qui ont aussi leur système d'assistance. A chaque fois, l'accès facile aux informations proposées permet une prise en charge plus précoce pour le médecin en difficulté mais aussi de venir plus efficacement en aide à un confrère en souffrance. Quels qu'ils soient, les programmes, ont tous des caractéristiques communes :

- un accès anonyme et gratuit à une écoute téléphonique d'orientation ;
- le respect de la confidentialité durant tout le processus d'aide ;
- l'organisation et la gestion par des professionnels médicaux ;
- la gratuité d'accès au service ;
- la proposition d'un contrat de soins avec évaluation ;
- une aide à la reprise d'activité avec supervision ;
- une politique active de communication dans le milieu médical.

Le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Le PAMQ fait sans aucun doute figure de pionnier [11]. Organisme autonome et sans but lucratif fondé en 1991, il avait initialement vocation à aider les praticiens victimes de comportements addictifs. Très rapidement, les responsables du PAMQ ont observé une stabilisation des demandes pour ce motif et une explosion des consultations pour atteinte à la santé mentale. Le programme s'adresse :

- à tous les médecins, généralistes ou spécialistes, internes et étudiants(es) ;
- à tous les collègues, organismes et établissements qui veulent venir en aide à un médecin éprouvant des difficultés personnelles ;
- à tous les regroupements de médecins, d'internes ou d'étudiants(es) qui souhaitent organiser un programme ou une activité de prévention dans leur milieu.

La consultation de son site internet (www.pamq.org) est libre. Sa principale mission est de venir gratuitement en aide au demandeur, dans le plus grand respect de la confidentialité. Mais il assure aussi des campagnes de prévention et de sensibilisation au travers de revues, des conférences dans les établissements de soins et les facultés de médecine ou par sa présence dans

les congrès. Le PAMQ a enfin la vocation de conduire des recherches en santé au travail pour le corps médical et à diffuser les informations pour améliorer la santé professionnelle :

- venir en aide aux médecins, résidents(es) et étudiants(es) qui seraient en difficulté pour des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme, de santé mentale ou d'autres problèmes d'ordre personnel;
- prévenir l'émergence de tels problèmes chez les médecins, les résidents(es) et les étudiants(es);
- favoriser et faciliter chez eux l'identification précoce et un traitement approprié et les assister dans leur insertion ou leur réinsertion dans l'exercice professionnel.

Son conseil d'administration comprend des représentants des différentes fédérations des médecins omnipraticiens et spécialistes et des résidents, du Collège des Médecins du Québec et de la Fédération des Médecins de Langue Française du Canada. Il définit sa politique et son budget. Une équipe de huit médecins conseils assure une permanence téléphonique et répond aux appels de détresse de leurs confrères en respectant leur anonymat. Les ressources humaines, multidisciplinaires, sont détaillées ci-dessous. Selon la nature du problème, les appelants sont dirigés vers des médecins, des psychiatres, des thérapeutes, des comptables ou des juristes. Les problèmes de toxicomanie concernent 8 à 10 % des cas. Les familles des médecins peuvent aussi appeler sur sa ligne dédiée.

- Médecins avec expertise en alcoolisme et en toxicomanie
- Médecins psychiatres avec expérience particulière chez les médecins
- Médecins de famille, internistes, neurologues, gériatres...
- Psychologues
- Travailleurs sociaux et autres intervenants
- Médiateurs
- Comptables
- Avocats
- Centres de traitement
- Groupes d'entraide

Motifs des demandes d'aide

Les motifs des demandes d'aide au PAMQ sont résumés ci-dessous (source PAMQ). Contrairement à l'idée reçue, la toxicomanie ne constitue pas le principal motif de consultation. Ce sont plutôt les atteintes à la santé mentale, de même que les difficultés d'ordre personnel ou professionnel. La demande peut être volontaire et spontanée ou faire suite à la sollicitation d'un tiers comme le (la) conjoint(e) ou un(e) collègue.

Santé mentale

- Épuisement professionnel, anxiété, stress aigu ou état de stress post-traumatique.
- Maladies affectives : troubles d'adaptation, dépression, troubles bipolaires, etc.
- Trouble obsessionnel compulsif, trouble de la conduite alimentaire, etc.

Abus de substances/dépendances

- Alcool, médicaments, drogues, sexualité, jeu.

Difficultés d'ordre personnel

- Problèmes familiaux, conjugaux, etc.
- Stress financier, maladies physiques ayant un impact psychologique ou professionnel, deuils.

Difficultés d'ordre professionnel

- Plainte ou poursuite juridique/enquête professionnelle, échecs ou difficultés académiques, harcèlement ou intimidation, inconduite professionnelle.

- Problèmes liés au vieillissement ou à la retraite, réorientation de carrière.

Le PAMQ propose un guide permettant de faire la première approche d'un confrère en difficulté (*Tabl. I*).

Tableau I

Les conseils du PAMQ pour aider un collègue en difficulté (source : www.pamq.org).

Comment aider un collègue en difficulté ?

- Notez les changements que vous avez observés chez lui et qui vous inquiètent (surtout les changements objectifs).
- Provoquez une rencontre à un moment opportun et dans un endroit approprié.
- Communiquez-lui vos observations objectives, vos préoccupations à son égard ainsi que votre désir de l'aider. Évitez de moraliser.
- Indiquez-lui l'existence de ressources et votre confiance en elles (tentez de le motiver...).
- Offrez-lui de l'accompagner dans son processus de traitement ou de règlement du problème (si vous en avez le goût et la disponibilité : indiquez immédiatement vos limites).
- S'il accepte vos suggestions, continuez à le soutenir au besoin.
- Si vous vous sentez incapable de faire cette démarche ou si vous avez besoin de conseils pour la faire, adressez-vous au PAMQ.

Attitudes à adopter

- Confirmer son rôle : amical ou administratif
- Faire ressortir le désir d'aider
- Ne poser aucun diagnostic
- Éviter les menaces sans signification
- Ne jamais camoufler
- Assurer la confidentialité
- Donner suite aux ententes
- Faciliter l'absence au travail durant le traitement
- Faciliter le retour au travail

L'approche

- Briser le déni
- Faire valoir les conséquences néfastes du comportement actuel tant pour lui-même que pour les autres
- Mettre en évidence la perte de contrôle sur la substance utilisée
- Faire valoir le rapport "inconfort/espoir"
- Proposer une aide

Démarche à suivre si vous êtes chef de département ou de service

- Objectif général
 - arriver à une entente claire sur les interventions pour améliorer la situation
- Objectifs spécifiques
 - poser clairement le problème
 - amener le médecin à en prendre conscience
 - explorer les solutions possibles et les mesures à prendre
- Établir
 - les attentes
 - les échéances

La démarche d'aide consiste à aborder très clairement le problème pour parvenir à un accord sur les actions à poser pour améliorer la situation du demandeur : discussion sur la nécessité d'un arrêt de travail, définition d'un calendrier avec un contrat de suivi des objectifs fixés. Le PAMQ se dote aussi des moyens d'assurer le retour au travail, toujours sous condition de suivi. Une indépendance est assurée avec le Collège des Médecins en ce qui concerne le traitement des données personnelles.

Depuis sa création, le nombre de prises en charge ne cesse d'augmenter, quelle que soit la spécialité. Les consultations ont de plus en plus pour origine des troubles de la relation au travail.

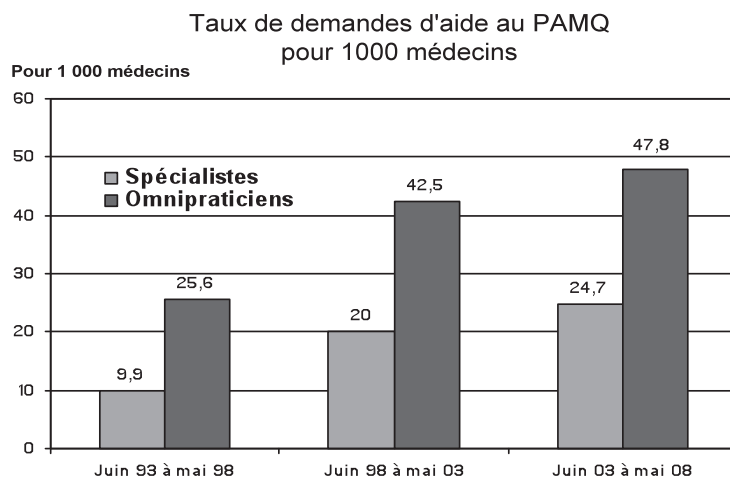


Fig. 2. - Évolution des nouvelles demandes de prise en charge reçues par le PAMQ entre 1993 et 2008.

L'analyse de l'évolution des nouvelles demandes de prise en charge reçues par le PAMQ entre 1993 et 2008 montre que les anesthésistes consultent sensiblement autant que l'ensemble des spécialistes.

European Association for Physician Health (EAPH)

En 2008, la Conférence Internationale sur la santé des médecins se tenant pour la première fois en Europe, quelques organisations européennes qui avaient antérieurement développé des programmes d'aide* se sont réunies à Oslo pour jeter les fondements de l'EAPH [12]. L'Association Européenne pour la Santé du Médecin fut créée en novembre 2008 pour constituer un réseau d'associations et de personnes concernées par la santé des médecins. L'EAPH s'est donné pour objectif d'améliorer le soutien offert aux médecins en difficulté en Europe au travers des initiatives suivantes :

- partage des expertises et des bonnes pratiques concernant le traitement des médecins par des médecins ;
- susciter le développement des services de santé destinés aux médecins ;
- promouvoir la recherche sur la santé et le bien-être des médecins.

Le programme d'attention intégrale au médecin malade (PAIMM) (Catalogne, Espagne)

Créé en 1998 par le Collège des Médecins et le ministère de la Santé du Gouvernement de Catalogne, le PAIMM [13] est aujourd'hui devenu une référence en Europe. Il est géré par la Fondation Galatea du Collège des Médecins de Catalogne. Les prises en charge sont essentiellement orientées vers les troubles psychologiques sévères et les conduites addictives. Là encore, comme dans d'autres programmes, la tendance est à l'augmentation des prises en charge pour troubles de la santé mentale (*Tabl. II*).

* Doctors for doctors ; Individual Support Programme, Cardiff ; Practitioner Health Programme ; Irish College of General Practitioners - Health in Practice Programme ; Galatea foundation (en coopération avec le PAIMM) ; ReMed - Support network for physicians ; Somerset Safe House for GPs ; The Research Institute of the Norwegian Medical Association

Tableau II*Répartition des motifs des prises en charge (source PAIMM- Galatea).*

	2002	2008	Différences
Motif de la demande	en %	en %	
Santé mentale	60	79	+ 19
Alcoolisme	26	14	- 12
Autre toxicomanie	14	7	- 7
Total	100	100	-----

Le Code de Déontologie catalan prévoit que tout médecin qui constate une défaillance liée à l'état de santé d'un confrère susceptible de porter un risque pour la sécurité des patients doit se rapprocher du médecin malade pour lui recommander de consulter ou de contacter le programme. La prise en charge est anonyme et totalement gratuite. A Barcelone, avec le soutien de plusieurs partenaires, le PAIMM dispose, grâce à la Fondation Galatea, d'une unité de soins réservée aux personnels de santé. Des prises en charge y sont proposées, soit en ambulatoire, soit en hôpital de jour ou en hospitalisation classique avec 22 lits. L'équipe se compose de 7 psychiatres, 5 psychologues, 1 interniste, 6 IDE, 6 AS et 1 kinésithérapeute. Au 31 décembre 2009, près de 1 500 médecins avaient déjà été pris en charge et, parmi ceux-ci, 129 contrats thérapeutiques, dont certains en coopération avec l'Ordre des Médecins (source: A. Arteman, Fondation Galatea, Colloque CROM Rhône-Alpes, Lyon, 25 mars 2010). Un tuteur peut être désigné, soit un collègue, soit un supérieur hiérarchique, toujours avec l'accord du médecin traité. En 2008, le recrutement se faisait sur la base du volontariat spontané pour 84 % et incité pour 11 %. Si l'injonction judiciaire ne représente que 1 % du total des accès au programme, elle s'élève à près de 50 % en cas de dépendance aux opioïdes. Sur l'ensemble des 50 médecins pris en charge pour dépendance aux opioïdes de 1998 à 2008, 10 étaient des anesthésistes. En moyenne, la dépendance avait duré sept ans et demi et 16 % avaient fait une tentative de suicide avant le début de la prise en charge par le PAIMM (Pilar Lusilla *et al.*, London, 2008). Un programme de suivi post-thérapeutique pour le retour au travail est toujours organisé.

Le PAIMM est respectivement financé pour 80 % par le gouvernement de Catalogne et pour 20 % par les quatre ordres professionnels catalans. Grâce aux partenariats qu'il a réunis, depuis 2007, le PAIMM assure la diffusion d'un livret destiné aux internes. Les risques professionnels particuliers à cette période de leur vie leur sont exposés ainsi que les moyens d'y faire face. Un autre livret est destiné aux responsables de l'enseignement ou de service afin de compléter leur information sur l'approche possible des résidents en difficulté et les solutions organisationnelles. L'organisation, les modalités de fonctionnement et les documents cités sont accessibles sur le site internet qui comporte des pages en français.

En Suisse

Après une phase pilote, en 2007, le projet ReMed [14] s'est installé en Suisse. Il répond aux attentes des médecins de tout le pays qui peuvent à présent consulter le site internet www.swiss-remed.ch et s'adresser à un service d'assistance téléphonique en français, allemand et italien. ReMed propose un accompagnement pour surmonter la crise (manque de motivation stress, surmenage, syndrome d'épuisement (*burn out*), dépression, dépendance, traumatismes secondaires, idées suicidaires) et analyser les événements qui se sont produits lors d'un accident médical. Il est possible de contacter ReMed 24 heures sur 24 *via* sa ligne d'assistance téléphonique 0800-0REMEDI (0800-073633), par courriel (info@swiss-remed.ch) ou *via* le site internet. Lors de la demande de contact, un membre de la direction médicale du projet réagit dans les 72 heures et examine la situation et les démarches possibles avec le médecin concerné. Ensuite, ReMed réfère le médecin concerné à un spécialiste choisi parmi l'offre de la région en question. En cas d'urgence ou de crise aiguë, le médecin concerné contacte le service local des urgences.

ReMed n'intervient que si le médecin concerné y consent explicitement. Mais ReMed peut intervenir également dans les cas où des autorités ou des sociétés de discipline médicale font appel à ses services au sens d'une "seconde chance". Mais, là aussi, ReMed n'agit que si le médecin concerné a donné son consentement. L'offre ReMed est basée sur la confidentialité et la responsabilité individuelle de chaque médecin. Les différentes démarches ne sont entreprises qu'après l'obtention du consentement explicite du médecin concerné. Au sein de ReMed, le médecin en détresse bénéficie des mêmes droits que n'importe quel autre patient. Le secret médical est de mise et les dispositions sur la protection des données sont respectées.

Au Royaume-Uni

De nombreuses associations se dédient à la prise en charge des médecins en difficulté en Grande-Bretagne. L'Association des Anesthésistes de Grande-Bretagne et d'Irlande (AAGBI) [15] et la British Medical Association (BMA) [16] proposent des liens explicitement consacrés au bien-être professionnel sur leur site <http://www.aagbi.org/memberswellbeing.htm>. Des autotests permettent de connaître ses propres habitudes de consommation alcoolique, des informations sont délivrées aux étudiants éprouvant des difficultés durant leurs études avec des conseils pour se maintenir en bonne santé. Des articles relatant le vécu individuel de confrères ayant rencontré des difficultés durant leur exercice, des comptes rendus de colloques internationaux sur ce thème ainsi que des liens vers les principales associations d'aide en Grande-Bretagne sont autant de ressources qui permettent de lever le tabou sur la santé des médecins.

Indépendamment de la BMA, le Sick doctor's Trust (SDT) (<http://www.sick-doctors-trust.co.uk/>) est une organisation indépendante qui offre, 24 heures sur 24, une hotline téléphonique destinée aux médecins (ou à leur famille) dans les situations de dépendance, pour "ne pas souffrir en silence". Le SDT propose aussi des prises de contact avec des collègues qui ont eu des problèmes similaires et qui ont repris une activité professionnelle à la suite d'un programme de réhabilitation. Une aide peut aussi être apportée en cas de procédure devant le General Medical Council (GMC) ou devant une juridiction civile. Actuellement, un projet pilote, Practitioners Health Programme, en cours de développement intègre l'identification des médecins en détresse, leur traitement et le soutien des médecins en situation de dépendance.

En Allemagne

Depuis quinze ans, sous le titre "Aider au lieu de punir", la Chambre Médicale de Hambourg propose de l'aide professionnelle aux médecins en difficulté d'addiction. Son site internet recommande les prises en charge réalisées dans trois cliniques spécialisées réputées pour les médecins comme l'Oberbergklinik en Forêt Noire. Un centre de traitement ambulatoire dédié existe à Berlin. Les contrats de soins sont explicités sur le site internet [17].

En France

Sans que l'on puisse encore vraiment parler d'un programme d'aide institutionnalisé aussi avancé que ceux du Québec ou de Catalogne, des initiatives prometteuses commencent à voir le jour en France.

L'AAPML

Après plusieurs enquêtes soulignant le profond malaise en médecine générale et un taux de suicide très élevé dans ce secteur, le secteur libéral a mis en place des dispositifs dans différentes régions. En Ile-de-France, l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) [18] met à disposition une ligne téléphonique (0826 004 580) permettant une assistance confidentielle 24 heures sur 24 avec des spécialistes de l'écoute issus d'une société privée. Ce nouveau service, spécialement destiné aux médecins rencontrant des problèmes psychologiques liés directement ou indirectement à l'exercice de leur profession, est mis en service par

la société PSYA. Il s'agit d'une société spécialisée dans l'assistance psychologique et la gestion des risques psychosociaux pour des entreprises françaises ou européennes. Ce projet est financé grâce aux subventions obtenues par l'AAPML auprès du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville d'Ile-de-France (FAQSV). Depuis 2010, ce dispositif couvre six URML représentant 50 000 médecins libéraux en France.

L'APSS

L'Association pour les soins aux soignants [19] a été créée début 2009 à l'initiative de l'Ordre des médecins et de la CARMF avec la collaboration de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, de la Fédération Hospitalière de France et du groupe Pasteur Mutualité. Elle vise à promouvoir toutes les actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive chez les médecins, à envisager la prise en charge médicale et sociale et à favoriser l'ouverture de centres de soins dédiés à ces malades particuliers. L'APSS regroupe autour de ses créateurs tous les syndicats médicaux, dentaires et infirmiers, tous les ordres professionnels, les fédérations de l'hospitalisation privée et publique. Son objectif de prévention est ambitieux, dès l'Université (trois quarts des médecins addictifs l'étaient déjà lors de leurs études selon une étude finlandaise), puis par la sensibilisation et le dépistage précoce grâce à un service de médecine préventive libérale comme un pendant à la médecine du travail hospitalière. L'étape suivante pourrait être la modification du code de déontologie avec l'introduction de l'obligation déontologique de soins : l'injonction thérapeutique n'ayant pas vocation ici à être une coercition supplémentaire, mais une mesure intermédiaire autorisant la poursuite de l'exercice avec obligation d'un suivi et de soins.

Les initiatives françaises en anesthésie-réanimation

L'association ARRES

L'association ARRES (Anesthésie-Réanimation, Risques et Solutions) a été créée par le SNARF (Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs de France) [20] en 2001 afin de mettre en place des actions de prévention du risque en anesthésie-réanimation et d'aider les médecins lors d'une mise en cause ou lorsque survient un accident [21].

ARRES travaille en étroite collaboration avec ASSPRO (Association pour la Prévention du Risque Opératoire) qui est une association multidisciplinaire pour les spécialistes à risque assurés auprès du cabinet Branchet. Cette collaboration permet une synergie des moyens et concerne plus de 2 200 anesthésistes sur environ 2 800 libéraux. ASSPRO met à disposition une assistance téléphonique 24 heures sur 24 permettant d'assurer un soutien immédiat aux médecins devant faire face à un problème survenu au bloc opératoire.

En fonction de la gravité de l'événement, les conseils concernent la gestion d'une éventuelle plainte du patient mais, lorsque l'accident est grave, il faut faire face à la détresse profonde exprimée par le médecin qui appelle. Nous avons toujours à l'esprit que la pression liée à la charge de travail et au niveau de stress conduit chaque année de nombreux confrères à des gestes définitifs. Dans cet esprit, ASSPRO organise des journées de prévention du stress qui ne désespèrent pas.

Pour en savoir plus : numéro d'urgence ASSPRO disponible en composant le 0476 181 307 - <http://www.snarf.org/?index=5> - <http://www.asspro.fr/>

La SFAR et le Pôle Santé Sécurité des Soins (P3S) du Médiateur de la République

Dans le cadre d'un projet expérimental, la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) [22] a établi un protocole avec le Pôle Santé Sécurité des Soins du Médiateur de la République [23] qui a créé en septembre 2010 une Cellule d'Accompagnement et de Soutien des Professionnels. Cette cellule peut intervenir après un événement traumatique grave (accident médical, tentative de suicide, accident grave, violences) lorsqu'il y a une rupture de dialogue

sans perspective de solutions (à noter qu'il n'y a pas d'intervention dans les conflits interprofessionnels ou avec l'administration). En prenant en compte le stress post-traumatique des médecins anesthésistes-réanimateurs confrontés à des situations complexes et sensibles, la SFAR ou le professionnel peuvent solliciter l'intervention de la Cellule d'Accompagnement et de Soutien des Professionnels par des entretiens téléphoniques et/ou par des rencontres avec les acteurs concernés par l'événement.

Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs

Au sein du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs, la commission SMART élabore des moyens pour répondre aux attentes exprimées lors de l'enquête [24] :

- mise à disposition prochaine d'une base de données bibliographiques accessible sur le site du CFAR. Il s'agit d'offrir une sélection d'articles essentiels par thèmes (*burn out*, toxicomanie, conditions de vie professionnelle, etc.) ;
- ouverture d'une ligne téléphonique dédiée 24 heures sur 24 pour répondre aux demandes de conseils et orienter les appelants vers des référents dans le cadre d'un réseau d'aide aux médecins en difficulté ;
- élaboration d'un guide de bonnes pratiques de la santé au travail dans la spécialité sur la base des recommandations établies par le comité des référentiels cliniques de la SFAR en associant divers partenaires à la démarche ;
- livret de présentation destiné aux internes (présentation des contraintes de la profession et ses impacts possibles sur la santé et comment y être attentif : troubles du sommeil, consommations abusives, addictions, gestion du stress, conciliation vie professionnelle et vie personnelle, etc.).

L'Observatoire de la Souffrance au Travail du Médecin Hospitalier

Fin 2009, dans le cadre de son action syndicale, le SNPHAR-Elargi a ouvert un Observatoire de la Souffrance au Travail du Médecin Hospitalier. Les praticiens de toutes les spécialités exerçant dans le secteur public peuvent compléter un formulaire de déclaration en ligne [25]. Des administrateurs responsables de ce service procèdent à l'analyse des données de manière totalement confidentielle. Puis, lorsqu'il est souhaité par le déclarant, un contact permet de décider des formes du soutien et de l'orientation les mieux adaptées à la situation. A ce jour, plus de 80 dossiers ont été ouverts et sont en cours de traitement dont une vingtaine concernent des anesthésistes.

Conclusion

La spécialité a pris conscience de la réalité de risques professionnels jusqu'alors insuffisamment pris en compte tant par les institutions que par les praticiens eux-mêmes. Il faut encore poursuivre les efforts pour briser le tabou qui perdure sur la souffrance au travail, favoriser l'écoute de soi et des autres au travail. En anesthésie, le rôle et le fonctionnement du collectif de travail doivent être améliorés car ils permettent la coopération dans l'équipe pour la sécurité du patient, mais aussi le dépistage et le soutien aux confrères en difficulté. La constitution de véritables programmes d'information, de soutien et de prise en charge, comme il en existe dans d'autres pays, apparaît comme une nécessité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Nyssen A.S., Hansez I., Baele P., Lamy M., De Keyser V. - Occupational stress and burn out in anaesthesia. *Br. J. Anaesth.*, 2003 ; 90 : 333-337.
- [2] Lederer W., Kinzl J.F., Trefalt E., Traweger C., Benzer A. - Significance of working conditions on burn out in anesthetists. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 2006 ; 50 : 58-63.

- [3] **Spickard A. Jr, Gabbe S.G., Christensen J.F.** - Mid-career burn out in generalist and specialist physicians. *JAMA*, 2002 ; 288 : 1447-1450.
- [4] **Mérat F., Mérat S.** - Risques professionnels liés à la pratique de l'anesthésie AFAR, 27, 1^{er} janvier 2008, 63-73.
- [5] **Trichard A., Danel T., Sobaszek A.** - Épuisement professionnel et consommation de psychotropes chez les médecins hospitaliers. *Alcoologie et Addictologie*, 2005 ; 27(4) : 303-308.
- [6] **Dyrbye L., Thomas M., Massie F. et al.** - Burn out and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann. Intern. Med.*, 2008 ; 149 : 334-341.
- [7] **Estryn-Béhar M., Muster D., Doppia M.A., Machet G., Guetarni K. et le COPIL** - Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins, résultats de l'enquête SESMAT. *Concours médical*, 2009 ; 131 : 22-25.
- [8] **Arrêté du 20-6-2002** - Journal Officiel du 26 juillet 2002, <http://www.education.gouv.fr/bo/2002/33/sup.htm>
- [9] **Décret du 16 aout 1985.**
- [10] <http://www.cfar.org/SMART/EnqueteSMART.html>
- [11] <http://www.pamq.org/index.asp?LANG=FR§ion=1>
- [12] <http://www.eaph.eu/eaph.nsf/content/EAPH-Home>
- [13] <http://paimm.fgalatea.org/fra/metge.htm>
- [14] www.swiss-remed.ch
- [15] **AAGBI**: <http://www.aagbi.org/memberswellbeing.htm>
- [16] **BMA**: www.bma.org.uk/doctorsfordoctors/http://www.bma.org.uk/doctors_health/index.jsp?media=print&page=1
- [17] http://www.aerztekammer-hamburg.de/aerzte/aerzte_sucht.htm
- [18] **AAPML** <http://www.aapml.fr/index2.php?m=1>
- [19] **APSS** <http://www.apss-sante.fr/index.htm>
- [20] **SNARF** <http://www.snarf.org/?index=5>
- [21] **ASSPRO** http://www.asspro.fr/pages/association_asspro/frameset.htm
- [22] **SFAR** www.sfar.org
- [23] <http://www.securitesoins.fr>
- [24] <http://www.cfar.org/SMART/EnqueteSMART.html>
- [25] <http://www.snphar.com/01-EVeille/VeilleSynd.aspx>