



HAL
open science

Recensement des différentes aides mises en place pour aider les médecins généralistes français qui présentent des problèmes de santé. Etat de l'existant en France, en Europe et aux Etats-Unis. Réflexion sur une possible organisation

Kevin Prohaska

► **To cite this version:**

Kevin Prohaska. Recensement des différentes aides mises en place pour aider les médecins généralistes français qui présentent des problèmes de santé. Etat de l'existant en France, en Europe et aux Etats-Unis. Réflexion sur une possible organisation. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01931972

HAL Id: hal-01931972

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931972>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2016

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Kevin PROHASKA

Le 23 juin 2016

**RECENSEMENT DES DIFFÉRENTES AIDES MISES EN PLACE
POUR AIDER LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FRANÇAIS QUI
PRESENTENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ.
ÉTAT DE L'EXISTANT EN FRANCE, EN EUROPE ET AUX
ÉTATS-UNIS.**

Réflexion sur une possible organisation.

Examineurs de la thèse :

M. Francis GUILLEMIN	Professeur	Président du jury
M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Juge
Mme Frédérique CLAUDOT	Maître de Conférence Universitaire	Juge
Mme Sophie SIEGRIST	Maître de Conférence Associé	Juge
M. Jean-Daniel GRADELER	Docteur en Médecine	Juge et Directeur de thèse

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2016

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Kevin PROHASKA

Le 23 juin 2016

**RECENSEMENT DES DIFFÉRENTES AIDES MISES EN PLACE
POUR AIDER LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FRANÇAIS QUI
PRESENTENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ.**

**ÉTAT DE L'EXISTANT EN FRANCE, EN EUROPE ET AUX
ÉTATS-UNIS.**

Réflexion sur une possible organisation.

Examineurs de la thèse :

M. Francis GUILLEMIN	Professeur	Président du jury
M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Juge
Mme Frédérique CLAUDOT	Maître de Conférence Universitaire	Juge
Mme Sophie SIEGRIST	Maître de Conférence Associé	Juge
M. Jean-Daniel GRADELER	Docteur en Médecine	Juge et Directeur de thèse

1^{er} avril 2016

Président de l' Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de
Médecine Professeur Marc
BRAUN
Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-
Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick
NETTER Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE -
Alain BERTRAND Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI -
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude
BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de
LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET -

Robert FRISCH Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur

Bernard FOLIGUET **3^{ème} sous-section :**

(Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ;

hygiène hospitalière) Professeur Alain LOZNIEWSKI

– Professeure Evelyne SCHVOERER **2^{ème} sous-**

section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT -

Professeur Bruno LÉVY **3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)** Professeur Pierre GILLET -

Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN Professeur Jean-Claude MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur

Raymund SCHWAN **4^{ème} sous-section :**

(Pédopsychiatrie ; addictologie) Professeur

Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-

Pablo MAUREIRA **4^{ème} sous-section : (Chirurgie**

vasculaire ; médecine vasculaire) Professeur Sergueï

MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ;

addictologie) Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI -

Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET **3^{ème} sous-section :**

(Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;

addictologie) Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE

KORWIN - Professeure Gisèle KANNY Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise

TOUATI 3^{ème} sous-section : (*Anatomie et*

cytologie pathologiques) Docteur Guillaume

GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)
Docteur Fabrice VANHUUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)
Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)
Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)
Docteure Elisabeth STEYER

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)
Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) *Brown University, Providence (U.S.A)* Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) *Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)* Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) *Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)* Université de Pennsylvanie (U.S.A) Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) *Université d'Helsinki (FINLANDE)* Professeur Duong Quang TRUNG (1997) *Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)* Professeur Daniel G. BICHET (2001) *Université de Montréal (Canada)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005) *Institute of Technology, Atlanta (USA)*
Professeur Brian BURCHELL (2007) *Université de Dundee (Royaume-Uni)* Professeur Yunfeng ZHOU (2009) *Université de Wuhan (CHINE)* Professeur David ALPERS (2011) *Université de Washington (U.S.A)* Professeur Martin EXNER (2012) *Université de Bonn (Allemagne)*

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY,

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur d'Epidémiologie et de Santé Publique

Nous vous sommes particulièrement reconnaissant d'avoir accepté de suivre et soutenir ce travail.

Votre regard et vos conseils sur ce sujet de thèse nous ont été très précieux.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Nous gardons un excellent souvenir de notre stage d'externat dans votre service de Médecine Interne.

Nous avons beaucoup appris à votre contact.

Votre participation à notre jury de thèse est pour nous un très grand honneur.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre haute considération.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT

Maître de Conférences Universitaire et praticien attaché en Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

Votre participation à notre jury de thèse est pour nous un très grand honneur.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre haute considération.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Madame le Docteur Sophie SIEGRIST

Maître de Conférence associée en Médecine Générale et spécialiste en Médecine Générale

A vous qui nous avez enseigné notre métier.

Nous vous remercions de juger notre travail.

Soyez assuré de notre éternel respect.

A NOTRE DIRECTEUR ET JUGE

Monsieur le Docteur Jean-Daniel GRADELER

Médecin Généraliste à Saint-Privat-la-Montagne

De l'initiation de ce projet, jusqu'à sa finalisation, vous avez sans cesse été présent. Cette thèse est la vôtre aussi.

Nous nous souviendrons de votre soutien indéfectible et de votre patience inaltérable.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

A MES CONFRERES,

Un immense merci et une reconnaissance infinie à tous les promoteurs des associations françaises. Sans vous ce travail n'aurait pas pu être réalisé. Nous remercions particulièrement le Professeur Eric GALAM, le Docteur Bruno KEZACHIAN le Docteur Michel EVREUX, le Docteur Jean THEVENOT, le Docteur Michel CARSIN, le Docteur Jean Marie LETZELTER, le Docteur Patrick DESVIGNE, le Docteur Yves LEOPOLD, le Docteur Monique MARPINARD, le Docteur Luc SOLVIGNON, le Docteur Marc GARCIA, Madame Isabelle BORDAT.

Un immense merci et une reconnaissance infinie à tous les promoteurs des associations internationales. Sans vous ce travail n'aurait pas cette dimension internationale. Nous remercions particulièrement le Docteur Michel BAFORT, Madame Aude BOEYEN, le Docteur Siegmund DREXLER, le Docteur Tom RAPANAKIS, le Docteur Peter CHRISTEN, le Docteur Antoni ARTEMAN ainsi que les responsables des ordres des médecins des pays avec qui nous sommes entrés en contact pour enrichir ce travail.

Nous remercions également tous les participants du 1^{ier} colloque national «soigner les professionnels de santé vulnérables » qui a eu lieu le 03 décembre 2015. Ce congrès nous a permis d'avoir des échanges intéressants pour ce travail et pour notre future carrière.

Remerciements à tous ceux qui nous avons rencontré au cours de ce projet et que nous avons oublié de mentionner.

A MA FAMILLE, AMIS ET CONFRERES,

A mes parents et à Tessy ma soeur,

Votre soutien et vos encouragements permanents ont été pour moi une force extraordinaire. Vous m'avez permis d'être ce que je suis, sans vous rien n'aurait été possible. Soyez assurés de tout mon amour.

Ouni lech giff ech haut net hei stoen an hätt mäin Ziel net erreecht, ech soen lech
Merci fir alles wat Dier fir mech gemaach hutt. Mat Gréisster Léift Ären Bouf an
Brudder

A ma famille et future belle famille,

Pour votre bienveillance et votre amour.

Merci fir är Ënnerstëtzung an Léift

A tous mes amis,

Et particulièrement David, Lis, Anaïs et Fernanda. Je vous remercie pour votre soutien, votre bienveillance et pour tous les bons moments passés ensemble.

A tous mes Maîtres de stage,

Vous m'avez appris ce métier, vous m'avez accueilli dans vos services hospitaliers et dans vos cabinets de médecine en ville. Votre sympathie et votre patience ont fait des stages une expérience inoubliable de ma vie.

Och lech Merci fir alles, dir hutt bäigedroen dat ech sou vill Freed an mengem Beruff
hunn

A Sarah,

Pour ta douceur et tes encouragements tout au long de ce travail, et à ce que la vie nous réserve.

Ech soen och dier Merci fir deng Ënnerstëtzung all déi Joeren am Studium, an lo
zum Schluss mat dëser Aarbecht. Du bréngs mir all Dag vill Freed am Liewen. Mat
Gréisster Léift dain Kevin

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque »

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	21
INTRODUCTION	22
OBJECTIFS.....	23
I) ETAT DE L'EXISTANT	24
A/ La médecine salariée	24
1/ La législation définissant la médecine du travail	24
2/ Les sanctions encourues	26
3/ Les avantages de la protection sociale hospitalière	27
a) Le congé pour maladie ordinaire.....	27
b) Le congé de longue maladie (affection nécessitant un traitement long et coûteux et figurant sur la liste fixée par décret n°86-442 du 14 mars 1983).....	28
c) Le congé de longue durée.....	28
d) La maladie professionnelle/accident de travail	29
e) Le mi-temps thérapeutique	29
B/ MATERIEL ET METHODES	30
1/ Le recensement des structures existantes.....	30
2/ Le recueil des informations.....	32
3/ L'élaboration de la fiche de recueil des informations.....	33
4/ La fiche de recueil des informations.....	40
5/ L'évolution de la réflexion	41
C/ LA MEDECINE LIBERALE.....	43
1/ Les données générales sur la santé des praticiens.....	43
2/ La description des structures existantes	45
a/ La structure juridique	46
b/ L'aire d'intervention.....	46
c/ La population cible	46
d /Le premier contact	46
e/ Le premier niveau de réponse	47
f/ Les personnels de premier niveau	48
g/ La gestion de l'anonymat.....	49
h/ Le champ d'action	49

i/ Les locaux, lieux de consultations	50
j/ La durée de la prise en charge.....	50
3/ Le deuxième niveau de réponse : les ressources externes des associations.....	51
a/ Les personnes ressources.....	51
b/ Les établissements de soins avec des équipes spécialisées	52
c/ L'Ordre des médecins.....	52
d/ La CARMF, caisse autonome de retraite des médecins de France.....	54
i) Le fonds d'action sociale :	54
ii) L'aide à la reprise progressive d'activité :	54
e/ L'APSS: association pour la promotion des soins aux soignants.....	55
f/ Les projets futurs et démarches en cours	56
II) RESULTATS DES DONNEES OBTENUES EN FRANCE	57
A/ Le suivi en médecine du travail	57
B/ Les appels à la structure.....	60
C/ L'étude des populations.....	61
D/ Les motifs et horaires d'appels :	61
E/ Les orientations vers les personnes et structures ressources.....	62
F/ Le recours aux hospitalisations :	62
G/ La communication avec la population cible.....	63
H/ Les frais de fonctionnement des structures.....	65
I/ Le financement	65
J/ Les effets des actions mises en place	66
III) DESCRIPTION ET RESULTATS DES STRUCTURES D'AIDE A L'ETRANGER.....	67
A/ Les Etats-Unis	67
B/ L'Espagne	74
C/ L'Angleterre	77
D/ L'Allemagne.....	80
E/ La Belgique.....	82
1/ « Arts in nood ».....	82
2/ La commission professionnelle et sociale	84
F/ La Suisse.....	85
CONCLUSION	87
ANNEXES.....	95

Fiches de recueil des informations	95
AAPml: Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux.....	96
MOTS: Médecin, Organisation, travail, santé	100
ASRA: Aide aux Soignants de Rhône Alpes	105
ASSPC : Association pour la Santé des Soignants de Poitou Charentes	110
ERMB : Entraide Régionale des Médecins de Bretagne.....	114
ARENE : Association Régionale d'Entraide Nord-Est	118
APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants.....	123
PHP (=Physician Health Program).....	127
PAIMM : Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade	132
NHS PHP (=National Health Service Practitioner Health Programme).....	137
BMA Doctor Advisor Service.....	142
BMA Counselling Service	146
MedNet.....	150
Sick Doctors Trust	154
Les services d'entraide en Allemagne.....	157
Arts in Nood	162
Commission professionnelle et sociale	167
ReMed (rete medicorum).....	173

LISTE DES ABREVIATIONS

AAPml: Association d'Aide aux Professionnels de santé et médecins libéraux

Agefiph : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées

AMA: American Medical Association

APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

ARENE: Association Régionale d'Entraide Nord-Est

ARPA: Aide à la Reprise Progressive d'Activité

ASRA: Aide aux Soignants de Rhône-Alpes

ASSPC: Association pour la Santé des Soignants de Poitou Charentes

BMA: British Medical Association

CARMF: Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CNG: Centre National de Gestion

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

ERMB : Entraide Régionale des Médecins de Bretagne

FMH: Foederatio Medicorum Helveticorum/ Fédération des médecins suisses

FSPHP: Federation of State Physician Health Programs

GMC: General Medical Council

MOTS: Médecin, Organisation, Travail, Santé

NHS: National Health Service

PHP: Physician Health Program / Practitioner Health Programme

URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

La rencontre avec l'Autre, d'autant plus s'il est malade, n'est pas quelque chose d'anodin. Le médecin n'en ressort pas indemne. Chaque consultation est une rencontre qui se déroule souvent de manière imprévisible. Il est aisé d'imaginer que pour faire face à tous ces stress et qu'il n'y ait pas d'erreurs médicales(1), il vaudrait mieux que le médecin lui-même soit être en très bonne santé physique et psychique. Ce n'est pas exactement le cas. Les enquêtes(2)(3) montrent régulièrement que les médecins généralistes, qui sont partout décrits comme le premier maillon du système de soins(4), les pivots du système de santé, se sentent malmenés et insatisfaits de leur situation.

De plus en plus d'études constatent que l'état de santé des médecins n'est pas aussi bon que celui que nous pourrions espérer (5)(6)(7)(8) et les médias grand public produisent régulièrement des articles sur ces thèmes. Beaucoup d'articles et d'études parlent du burnout des médecins qu'ils soient français(1)(7), européens(9) ou d'ailleurs dans le monde (10).

Ces différentes constatations nous ont interpellés. Plusieurs questions ont émergé de notre réflexion : Est-ce que quelque chose est proposée aux médecins en difficulté ?(11) Le médecin est-il un patient comme les autres ?(12)(13) Est-ce qu'il y a des retards à la consultation dans cette population de patients ?

Nous avons fait des recherches afin de voir si des initiatives étaient prises pour aider les médecins en souffrance ou malades. En premier lieu nous nous sommes penchés sur ce qui est proposé aux médecins salariés. Nous avons imaginé que si des structures existaient pour les médecins salariés nous aurions alors des éléments de comparaison avec ce qui existe pour les libéraux.

Nous avons cherché à identifier les structures organisées sur le territoire Français à destination des médecins libéraux. Cela nous a amené à construire une fiche de recueil des informations pour colliger les renseignements recueillis sur les associations que nous avons recensées. Une fois ce recensement effectué il nous a fallu identifier les processus mis en œuvre dans les structures. Cela nous a permis de connaître leur fonctionnement et de mesurer les principaux résultats.

Ces différentes informations nous ont permis de faire une analyse de l'existant. Il nous a ensuite semblé pertinent de regarder ce qui se faisait ailleurs. La situation des médecins Français n'étant certainement pas spécifique, nous avons étudié ce qui se passe dans les pays voisins en Europe et aux Etats Unis.

Ce travail nous a amené à réfléchir à ce que pourrait être la structure idéale de prise en charge des médecins en difficulté. Pour ce faire nous avons repris les éléments qui nous ont semblés les plus performants parmi toutes les expériences que nous avons observées.

OBJECTIFS

Les objectifs de ce travail sont donc :

- 1) De recenser les principales structures d'aide aux médecins en difficulté en France et dans les pays étrangers
- 2) D'identifier les processus mis en œuvre, de connaître le fonctionnement et les résultats des structures
- 3) De proposer la structure d'aide idéale qui pourrait être mise en place

I) ETAT DE L'EXISTANT

A/ La médecine salariée

Nous nous sommes intéressés à la situation des médecins salariés car nous pensions qu'étant régi par différents codes, ils bénéficieraient peut être d'un suivi différent et de programmes de dépistages précoces.

Ayant constaté qu'il existe différents statuts de médecins salariés, nous avons restreint le sujet de notre travail à la partie de la population médicale la plus représentée chez les médecins généralistes salariés : les praticiens hospitaliers de la fonction publique.

Pour l'année 2014, d'après l'atlas de démographie médicale, 31.631 médecins généralistes sont salariés exclusifs (34.9% de l'effectif total des médecins généralistes)(23). Le statut le plus fréquemment rencontré chez les médecins généralistes salariés est celui de praticien hospitalier dans un établissement de santé publique¹.

La protection sur le lieu de travail des salariés est régie par la médecine du travail dont les modalités sont définies dans le code du travail.

Le statut des médecins de la fonction publique hospitalière est régi par le code de santé publique. Ce statut offre des prestations plus intéressantes que le régime des salariés du droit commun en cas de maladie et certains avantages de la fonction publique, notamment le congé de longue durée et le congé de longue maladie.

1/ La législation définissant la médecine du travail

Les articles L4111-1 à L4111-6 du code du travail définissent le champ d'application de la santé et sécurité aux personnes travaillant dans des établissements. Mais l'article numéro 2 de la loi numéro 86-33 du 9 janvier 1986, exclut les médecins hospitaliers de la fonction publique hospitalière de ce champ d'application de l'article L4111-1. Cependant, dans la partie réglementaire, les articles D4626-1 à D4626-8 et R4626-9 à R4626-35 permettent de retrouver de façon indirecte ce qui est prévu pour le suivi des médecins de la fonction publique hospitalière. Ces articles régissent les services de santé au travail dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

¹ Enquête 2014 « Statique Annuelle des Etablissements de Santé » établie par la DREES

L'article D4626-4 du code du travail, modifié par le décret n°20-1588 du 4 décembre 2015 - art. 4 précise: « *l'effectif à prendre en considération pour l'organisation du service autonome de santé au travail est l'effectif physique de l'ensemble des agents y compris les personnels médicaux, employés dans l'établissement au 31 décembre de la dernière année civile* ». Cela nous incite à penser que les services de santé au travail sont amenés à s'occuper aussi des médecins hospitaliers puisqu'ils doivent prendre en compte l'effectif de l'ensemble des agents, y compris celui des médecins, pour s'organiser.

Les articles du code du travail semblent donc dire que les praticiens hospitaliers sont soumis aux mêmes obligations de suivi en médecine du travail que les autres salariés d'un établissement de santé, alors que la loi 86-33 du 09/01/1986 semble les exclure. Il semble un peu difficile de s'y retrouver !

Quoi qu'il en soit, la première « visite médicale » du futur praticien de la fonction publique hospitalière détermine son aptitude à la fonction de praticien hospitalier. L'article R6152-7-1 créé par le décret n°2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux précise dans son 4^{ème} alinéa que « *Nul ne peut être nommé praticien hospitalier s'il ne remplit les conditions d'aptitude exigées pour l'exercice de sa fonction...* ». Cette visite permet la délivrance d'un certificat attestant de son aptitude physique et mentale, application des dispositions du décret n° 86-442 du 14 mars 1986.

Une fois ces étapes franchies, ayant réussi le concours, le médecin a droit à une visite d'embauche. Celle-ci est définie par l'article R4626-22. Elle a pour finalité entre autres de s'assurer de l'aptitude du salarié au poste de travail, et de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs.

Lors de cette visite, le salarié doit être informé sur les risques auxquels il va être exposé, et il doit être sensibilisé aux moyens de prévention à mettre en œuvre² (par exemple en cas de risques biologiques).

Il est intéressant de noter que le décret numéro 2015-1588 du 4 décembre 2015 a modifié des dispositions du code du travail. Il a notamment étendu la période des examens médicaux obligatoires pour les salariés des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Ils doivent maintenant se dérouler au moins tous les 2 ans, au lieu d'un examen annuel avant la modification de 2015. Leur suivi a rejoint celui des employeurs et salariés du droit privé.

Au retour d'un congé maladie supérieur à 3 mois pour maladie ordinaire, supérieur à 30 jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non

² circulaire DGT / n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

professionnel, ou après un congé maternité (article R4624-20 et R4624-21 du code du travail), le praticien hospitalier doit bénéficier des visites de pré reprise et de reprise. Les circonstances et les modalités de déroulement de ces visites sont détaillées dans le code du travail.

2/ Les sanctions encourues

Nous nous sommes ensuite posé la question de savoir quelles sanctions encouraient les employeurs et éventuellement les salariés en cas de manquement à cette obligation d'un suivi par la médecine du travail.

L'article L4622-17 du code du travail précise les décrets qui déterminent les conditions d'organisation et de fonctionnement des services de santé au travail dans les établissements de santé. L'article L4741-1 précise que le manquement pour l'employeur aux obligations du chapitre II du titre II du livre VI, qui comprend l'article L4622-17 traitant des dispositions d'application des services de santé au travail, peut être puni d'une amende de 3750 euros. Elle est majorée à 9000 euros et à un an d'emprisonnement en cas de récidive. L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de salariés dans l'entreprise, indépendamment du nombre d'infractions relevées.

Cependant le salarié est aussi en faute s'il ne se présente pas aux visites en médecine du travail car celles-ci sont obligatoires.

La visite d'embauche permet de vérifier une aptitude au poste de travail. Le médecin du travail, conformément à l'article R4626-35, ne peut pas déterminer cette aptitude sans examen médical. Si le médecin du travail est dans l'impossibilité de rencontrer le médecin salarié, il doit en informer l'employeur. Ce dernier est responsable de la bonne organisation de la médecine du travail, comme nous l'avons évoqué au paragraphe précédent.

A notre connaissance il n'existe pas de cas dans la jurisprudence où un médecin aurait été sanctionné pour ne pas s'être présenté aux visites médicales obligatoires. En ce qui concerne les salariés du secteur privé des cas de jurisprudence existent (par exemple cass. Soc. 29 mai 1986, n°83-45 409P, Bull. Civ. V, n° 262 et Cass.Soc. 17 octobre 2000, n°97-45286). Le salarié qui ne se présente pas aux visites médicales obligatoires peut en subir les conséquences. Cela peut même être considéré comme une cause réelle et sérieuse de licenciement.

3/ Les avantages de la protection sociale hospitalière

Notre idée de départ était que s'ils bénéficient d'une bonne protection sociale, le facteur financier ne peut pas être un frein à ce que les médecins de la fonction publique hospitalière consultent et se soignent.

Ils bénéficient en ce qui concerne les congés maladie ordinaire d'une protection sociale hospitalière statutaire. Faire partie de la fonction publique hospitalière leur permet de bénéficier du congé longue maladie et congé longue durée.

La base pour le calcul des indemnités pour le congé maladie prend en compte l'émolument de base uniquement. Peuvent se rajouter lors des 3 premiers mois, des indemnités pour activité sur plusieurs établissements et pour les praticiens à temps plein uniquement, l'indemnité d'engagement de service public exclusif. La période de versement de ces indemnités supplémentaires est rallongée à 6 mois si l'arrêt fait suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle.

Il existe cinq motifs d'arrêts maladie :

	Praticien hospitalier à temps plein	Praticien hospitalier à temps partiel
Maladie ordinaire	Article R6152-37	Article R6152-229
Congé de longue maladie	Article R6152-38	Article R6152-230
Congé de longue durée	Article R6152-39	Article R6152-231
Maladie prof	Article R6152-41	Article R6152-232
Mi-temps thérapeutique	Article R6152-43	Ne bénéficient pas du mi-temps thérapeutique

a) Le congé pour maladie ordinaire

Les 3 premiers mois le praticien garde 100% de ses émoluments, puis les 9 mois suivants il perçoit 50% de ses émoluments. Après un an, l'assurance maladie prend le relais avec des indemnités journalières plafonnées à 2639,91 euros par mois en 2016.

Au-delà de 6 mois consécutifs d'arrêt de travail, le praticien ne peut reprendre ses fonctions sans l'avis du comité médical³. Si au bout de 12 mois d'arrêt, le

³ Régis par l'article R6152-36

comité médical émet un avis défavorable le praticien est mis en disponibilité. La disponibilité d'office pour raison de santé est fixé à un an maximum, renouvelable 2 fois⁴. Le praticien en disponibilité cesse de bénéficier des émoluments.⁵

- b) Le congé de longue maladie (affection nécessitant un traitement long et coûteux et figurant sur la liste fixée par décret n°86-442 du 14 mars 1983)

La première année le praticien garde 100% de ses émoluments, puis le montant des indemnités diminue de 50% les 2 années suivantes. Le congé de longue maladie est attribué par période de 3 à 6 mois sur l'avis du comité médical.

A la fin de ces 3 ans, le praticien qui ne peut pas reprendre son poste peut être mis en disponibilité d'office pendant un maximum de 3 ans, renouvelable par périodes de 1 an après l'avis du comité médical. C'est à partir de ce moment qu'intervient la sécurité sociale en relais du régime statutaire hospitalier. Le versement se résume à une rente d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, en absence d'une prévoyance personnelle ou collective signée par l'employeur.

- c) Le congé de longue durée

Les 3 premières années le praticien garde 100% de ses revenus puis la moitié pendant les 2 années suivantes. La durée du congé est de 5 ans pour une même affection, renouvelable par périodes de 3 à 6 mois par le comité médical. Ensuite la situation rejoint celle du congé de longue maladie : le praticien est mis en disponibilité d'office pendant 3 ans maximum avec versement d'une rente par la sécurité sociale.

⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F544>

⁵ <http://www.cng.sante.fr/Disponibilite.html>

d) La maladie professionnelle/accident de travail

Les revenus sont maintenus à 100% les 5 premières années d'arrêt de travail. Lorsqu'il y a consolidation de l'état, un taux d'incapacité permanente est fixé qui donne droit soit à une rente, soit au versement d'un capital.

e) Le mi-temps thérapeutique

Il est accessible uniquement pour le praticien à temps plein à condition d'intervenir après un congé longue durée, congé longue maladie ou maladie professionnelle.

Le comité médical, défini par l'article R6152-36 du code de santé publique, doit donner un avis sur l'aptitude physique et mentale des praticiens à exercer leur fonction. Les 3 membres, qui font partie du personnel enseignant et hospitalier titulaires de l'établissement et qui composent le comité, sont désignés par arrêté préfectoral lors de l'examen de chaque dossier.

Si le praticien hospitalier ne peut reprendre son poste ou est mis en disponibilité, il existe une possibilité d'accompagnement personnalisé au niveau du CNG⁶ afin de permettre au praticien qui le souhaite de se reconvertir vers un autre secteur ou d'élaborer un projet professionnel, même dans un autre domaine que celui du soin.

Il est utile ici de noter l'importance d'une prévoyance personnelle, car les montants versés concernent uniquement la partie salariée et ne couvrent en aucun cas les revenus de la partie libérale éventuelle, ni les gardes ou astreintes réalisées dans l'établissement.

⁶ CNG: centre national de gestion

B/ MATERIEL ET METHODES

1/ Le recensement des structures existantes

Afin de recenser les structures existantes et obtenir des informations, plusieurs ressources ont été exploitées. Les moteurs de recherche classiques « google » et « google scholar » ont été utilisés. Ces moteurs de recherche de premier niveau nous ont permis de retrouver des articles de la presse générale ou de la presse médicale et d'obtenir des noms de structures et la région dans laquelle elles interviennent.

Nous avons également pu y trouver le nom de médecins promoteurs. Nous avons ainsi pu entrer en contact avec eux pour obtenir des informations utiles à notre travail.

Nous avons recherché des travaux scientifiques publiés grâce à différents moteurs de recherche scientifiques : *PubMed*, *PsycINFO*, *PsycARTICLES*, *ResearchGate*.

Ces moteurs de recherche ont été utilisés avec des mots clés MeSH comme « physician health program », « physician's health », « physicians/psychology », « burnout », « physician wellness », « occupational health services/organization », « Physician Impairment/psychology », « self-help groups/organization & administration », « substance abuse detection » « substance-related disorders/rehabilitation », « treatment outcome ». Ces termes MeSH ont également été combinés entre eux en utilisant les opérateurs booléens « AND » et « OR ». Ont été utilisées toutes les documentations ayant une publication jusqu'en décembre 2015.

Nous avons également exploité les bibliographies des articles trouvés. Nous avons pu ainsi enrichir notre bibliographie de publications qui n'étaient pas apparues lors des recherches précédentes. N'ont été retenues que les études que nous avons pu lire en totalité, écrites en langue française, anglaise et allemande. Parmi les études anglaises, n'ont été retenues que celles qui se déroulaient dans un pays d'Europe de l'Ouest, ainsi qu'en Amérique.

Nous avons également consulté les ressources des périodiques médicaux auxquels nous avons accès via la bibliothèque de la faculté (Revue du Praticien, Revue du Praticien de Médecine Générale, Le Concours Médical), ainsi que les périodiques allemands (*Ärztspiegel*, *Ärzteblatt*) et suisses (*Schweizerische Ärztezeitung*). Nous avons ainsi pu trouver des noms de structures dans ces pays. Le *British Medical Journal*, l'*Oxford Journal*, ainsi que les périodiques d'*Occupational*

Medecine et de Web of Science ont été consultés avec les mêmes mots clés que Pubmed. Certaines thèses en médecine générale, en rapport avec le sujet ont également été lues.

Une fois la liste des structures établies, nous avons regardé si elles disposaient d'un site internet, d'un numéro de téléphone et/ou d'une adresse mail afin de pouvoir les contacter.

Les sites internet des différents conseils départementaux de l'Ordre des Médecins ont été consultés, ainsi que celui du Conseil National de l'Ordre des Médecins Français. La même démarche a été réalisée au niveau des équivalents internationaux de l'Ordre des Médecins afin de trouver éventuellement d'autres structures d'aide aux médecins qui ne seraient pas apparues dans les moteurs de recherche utilisés.

Nous avons pu participer au premier colloque national « soigner les professionnels de santé vulnérables », qui s'est déroulé le 03 décembre 2015 à l'Académie Nationale de Médecine à Paris. Cela a été l'occasion de recueillir des informations sur des projets futurs et de rencontrer des personnes très impliquées dans ce sujet.

Au fil de nos recherches nous nous sommes rendu compte que beaucoup de publications scientifiques sur l'existence et l'efficacité des interventions proposées pour venir en aide aux médecins, sont surtout américaines ou anglaises. Ceci est probablement dû au fait que l'American Medical Association a déjà obtenu un premier rapport dans les années 1973 traitant des addictions dans la population médicale(14). Se sont par la suite rajoutées régulièrement des publications sur la santé des médecins. Une culture de la prise en charge des médecins en difficulté, surtout dans les domaines de l'addiction et des pathologies psychiatriques(15) s'est établie, ces pathologies, ayant une répercussion sur la prise en charge des patients(16).

A partir des Etats-Unis, d'autres pays anglo-saxons(15) ont mené des études similaires sur l'état de santé de leur population médicale. Les résultats ont été similaires et une proposition d'élaboration de stratégies de prise en charge des médecins a été effectuée en tenant compte des ressources disponibles et des coutumes médicales nationales.

Au niveau des études internationales, peu d'études s'intéressent seulement aux médecins généralistes. Cela n'est pas le cas des publications françaises. Les études sont regroupées par régions dans la majorité des cas (1) (5) (6) (7) (17) (18). Les médecins généralistes représentent pourtant, dans tous les systèmes de soins, la population médicale la plus importante. Ceci permet de comprendre pourquoi en

nombre absolu, les médecins généralistes présentent un taux de participation important au niveau des études internationales.

2/ Le recueil des informations

Après avoir trouvé les coordonnées de contacts des différentes structures, un mail avec le sujet et les buts de notre travail, a été adressé aux responsables. Nous leur proposons ensuite d'échanger soit par mail, soit par contact téléphonique. Il n'était pas réaliste, au vu des distances à parcourir, d'organiser des entretiens en face à face. La plupart des responsables des structures ont répondu positivement à notre sollicitation et des entretiens par téléphone ont été réalisés selon les disponibilités des uns et des autres.

Les entretiens par téléphone consistaient en un dialogue ouvert avec la fiche de recueil d'informations en arrière-plan pour essayer de recueillir le maximum d'éléments. La durée des entretiens a été en moyenne de 60 minutes par structure contactée. Les compléments d'informations nécessaires nous ont été parfois envoyés par la suite.

Il faut souligner que les entretiens ont été fructueux et informatifs car les responsables des différentes structures sont, pour la plupart, très friands de publicité sur leurs actions, leur structure, leur retour d'expérience. De la documentation, ainsi que des statistiques nous ont été fournies sur demande, lorsqu'elles existaient. La plupart des structures qui sont actives depuis un certain temps ont parfois de la documentation en accès libre sur internet.

A la fin des entretiens, nous demandions aux responsables s'ils pouvaient nous fournir les noms des structures qui à leur connaissance s'intéressaient au même sujet. Ainsi au fil des entretiens la liste des structures disponibles a été complétée jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle structure ne soit retrouvée.

Assez tôt au moment du recueil des données nous avons contacté le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Celui-ci est également actif dans ce domaine avec son service d'entraide national. Le CNOM nous a informés de l'existence d'une charte, signée entre le CNOM et différentes associations. Cela met en évidence l'implication des institutions ordinales. Cette charte a pour but de permettre des échanges, sous forme de rapports d'activité anonymisés, en contrepartie d'une participation financière du CNOM.

Nous avons essayé d'identifier pour chaque structure les modalités d'action, les objectifs affichés et les financements. Tous les types d'informations n'ont pas pu être recueillis à chaque fois pour chaque structure.

3/ L'élaboration de la fiche de recueil des informations

Nous avons rapidement pensé qu'il fallait élaborer une fiche de recueil d'informations afin de pouvoir exploiter les données recueillies auprès des promoteurs ou responsables des structures concernées. Cette fiche a servi d'outil de base pour obtenir une vision synthétique des données et permettre une comparaison des structures. Nous détaillons ci-après les éléments que nous avons tentés de relever à chaque fois pour chacune des structures que nous avons retrouvées.

Lorsqu'on veut analyser une organisation on peut utiliser 2 méthodes d'évaluation : l'évaluation des résultats et l'évaluation du processus. « *Les résultats sont les objectifs spécifiques réellement atteints par l'action. On dit aussi « outcome ».* « *L'évaluation du processus est réalisée au cours de la mise en œuvre de l'action en vue de l'améliorer. Elle donne aux acteurs une meilleure connaissance du contexte et du travail réalisé (les efforts qu'ils déploient), en vue du pilotage de l'action.* »⁷

L'évaluation des résultats nous est très vite apparue quasi impossible à mettre en place dans la plupart des cas. Un certain nombre de ces structures, pour des raisons diverses et pas toujours exprimées clairement n'ont pas réussi à nous fournir des statistiques qui auraient permis une telle évaluation. En effet certaines structures n'ont pas encore tous les bilans de leurs actions, d'autres n'ont pas voulu communiquer sur le sujet « craignant de rompre la confidentialité due à leurs patients ». Cette dernière explication nous semble un peu discutable étant donné que nous demandions des renseignements globaux et à aucun moment des données médicales nominatives.

Identifier le processus nous a semblé être plus sage. Selon Renaud I. et Gomez Z. l'évaluation d'un processus est une évaluation formative qui nécessite une « *description claire et précise des éléments du programme et de son déroulement* »⁸. Cette évaluation, lorsqu'elle est faite par les promoteurs d'une action de santé, est souvent réalisée au cours de l'action afin de pouvoir ajuster les ressources ou l'organisation de l'action de santé au fur et à mesure de la mise en place des actions.

⁷ Evaluation en 9 étapes, document pratique pour l'évaluation des actions santé et social, espace régional de santé publique Rhône-Alpes

⁸ Renaud I. et Gomez Zamudio M. Planifier pour mieux agir. Réfips, Collection Partage, Montréal, 1998 page 52.

Cette évaluation est une action importante car elle est un outil de mesure, d'ajustement au fil de l'eau et d'accompagnement à la conduite du changement. Il est donc important de prévoir des moments d'évaluation dans un projet. *« On s'intéresse à l'ensemble des activités du programme, leur élaboration, leurs conditions de mise en œuvre, leur adéquation au public-cible, mais également les moyens et les ressources utilisés, la pratique des professionnels, les méthodes suivies, les outils développés. »*⁹

Comme les programmes en action de santé sont souvent complexes, lors de la création de notre fiche de renseignements nous avons réfléchi à la manière dont nous pouvions recueillir ces informations. Nous avons utilisé les théories d'élaboration d'un modèle logique. *« Un modèle logique du programme est une image de fonctionnement d'un programme, une illustration de la théorie et des hypothèses qui le sous-tendent. Un tel modèle constitue une feuille de route pour le déroulement du programme, mettant en évidence la façon dont le programme est censé fonctionner, les séquences des différentes activités et les moyens par lesquels on arrive aux résultats attendus. »*¹⁰. Un programme devrait apporter une solution à un problème particulier. Dans notre cas on pourrait imaginer qu'il s'agit d'une amélioration de la santé des médecins.

Dans le modèle logique de base, Emond A. et Charlebois AM. estiment qu'il y a 5 composantes¹¹ :

- les ressources et les facteurs d'influence,
- les activités,
- les résultats de la production,
- les effets,
- les impacts.

- Les ressources et facteurs d'influence

*« Les ressources comprennent les ressources humaines, financières, matérielles, organisationnelles [...] disponibles. Ces ressources peuvent se présenter comme des facteurs favorisant l'efficacité du programme ou au contraire être un facteur de contrainte »*¹² ayant des répercussions négatives sur le programme. Il s'agissait dans

⁹ Bantuelle M., Morel J. et Dargent D. Evaluation, un outil au service du processus, Collection santé communautaire et promotion de la santé, Bruxelles, 1998 page 14.

¹⁰ W.K. Kellogg Foundation Evaluation Guide, 1998, page 35

¹¹ Emond A et Charlebois AM Guide d'élaboration de modèles logiques de programme, ISBN. 2-921-776-29-4, 2004

¹² Emond A et Charlebois AM Guide d'élaboration de modèles logiques de programme, ISBN. 2-921-776-29-4, 2004

un premier temps de recueillir différentes données administratives : décrire la forme juridique de la structure, son année de début d'activité et le type d'activité offerte. Nous nous sommes rendu compte que souvent les structures ne se limitent pas à un seul type d'activité, mais considèrent une prise en charge globale selon le modèle bio-psycho-social. L'offre s'étend donc le plus souvent au-delà du domaine purement médical : aides juridiques, financières et sociales.

Une composante importante d'un programme de prise en charge de patients est le personnel qui les prend en charge. Nous nous sommes efforcés à chaque fois de le recenser et d'obtenir des informations sur sa formation. Il nous est également apparu intéressant de recenser le nombre d'intervenants extérieurs dans une structure donnée.

Les lieux de rencontre entre les médecins en difficulté et les personnes qui se proposent de les aider, est un élément que nous avons également pris en compte. Nous imaginions que certaines structures pouvaient disposer de locaux propres et bien identifiés et d'autres de simples contacts téléphoniques, ou avoir une toute autre organisation.

Nous avons aussi voulu savoir où se situait le siège social des différentes structures et si elles étaient intégrées à des institutions officielles.

Nous avons également tenté de prendre en compte la mobilité éventuelle des médecins intervenants. Nous imaginions qu'il aurait pu y avoir différentes modalités de rencontre et de consultation.

La répartition géographique des différents lieux d'intervention de la structure et de sa zone de recrutement peut permettre d'évaluer le maillage sur un territoire et déterminer l'importance du réseau, la zone d'influence de la structure.

Nous avons également essayé de relever par quels moyens la structure essayait de se faire connaître (plaquette d'information, site internet, annonces dans les journaux médicaux) auprès de sa population cible.

Relever les modes de financement des structures et de leur personnel, ainsi que leurs rapports avec les autres institutions est un élément que nous avons jugé utile.

Nous avons cherché à déterminer si les structures avaient des représentants au sein des organismes de la protection sociale et des institutions officielles, telles que l'Ordre des médecins.

Il nous a paru important de réaliser un recensement du profil des usagers des différentes structures. Au début d'un projet, la population cible peut être un groupe

professionnel comme les médecins libéraux. Mais est ce que ce projet atteint cette population cible ou est ce qu'il atteint également une autre population (les médecins salariés ou les internes). Nous avons pensé qu'il était intéressant de comparer la population cible initiale à la population concernée effectivement par les actions des structures. Nous pensions qu'il y aurait concordance dans la majorité des cas mais qu'il pourrait aussi y avoir des écarts. Nous imaginions que certaines structures auraient pu, de par leur notoriété, être utilisées par d'autres professionnels que ceux auxquels elles étaient initialement destinées.

Nous avons également relevé le mode d'adressage des médecins sollicitant ces structures. Nous pensions que nous allions peut-être trouver des structures accueillant des médecins incités à consulter par des institutions, d'autres les accueillant de manière directe.

- Les activités

« Les activités correspondent à la manière dont les ressources sont utilisées dans le cadre du programme. Elles sont les moyens par lesquels les changements et les résultats espérés seront atteints. Il s'agit des processus [...] et des moyens d'actions prévus dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme »¹³.

Les activités peuvent comprendre l'élaboration de matériel d'information, l'existence de consultations ou autres services jusqu'à la mise en place d'une infrastructure réelle ou d'un réseau de soin spécifique dans une infrastructure déjà existante. Cela conditionne la prise en charge, la durée, le nombre de contact que le médecin-patient peut avoir avec la structure.

Nous nous sommes intéressés au déroulement de la première prise de contact entre le médecin-patient ou la personne appelant la structure. Très rapidement nous nous sommes posé la question de la gestion de l'urgence en prenant l'exemple de la crise suicidaire. Est-ce que ces structures peuvent y répondre ? Quelles sont leurs possibilités d'action ? D'intervention ? Si l'état de santé apparaît comme incompatible avec l'exercice de la profession comment réagissent-elles ?

A priori on pourrait imaginer que ces structures n'interviennent pas dans l'urgence étant donné qu'il existe des structures adaptées dans le système de santé général. Mais est ce que les urgences « classiques » sont sollicitées en cas de crises par les médecins ou leur entourage ? Est ce qu'elles sont adaptées à la prise en charge des médecins ?

¹³ Emond A et Charlebois AM Guide d'élaboration de modèles logiques de programme, ISBN. 2-921-776-29-4, 2004

Le parcours du médecin demandant de l'aide sera également décrit, depuis la première prise de contact jusqu'à la sortie de la structure. Qu'est ce qui est mis en place pour l'accueil de la première demande, le suivi ?

Quels sont les délais d'accès aux consultations médicales spécialisées ?

Nous nous sommes interrogés sur l'existence ou la création de réseaux d'hospitalisations spécifiques pour les médecins. Existe-t-il des lits d'hospitalisation réservés aux médecins? Y a-t-il des projets de création d'unités spécifiques au sein des structures existantes ? Ceci nécessite des investissements financiers. Si ceux-ci ne sont pas faits, on pourrait imaginer que les médecins, lorsqu'ils sont hospitalisés, le sont dans des services de soins classiques. Est-ce que certains services se sont « spécialisés » dans la prise en charge de médecins ? Si c'est le cas est-ce que cela concerne des services entiers ? Quelques lits réservés ?

L'organisation administrative, la question de la protection des données et des résultats des consultations sont des sujets importants. Est-ce que les médecins acceptent d'être traités comme n'importe quel patient ? Est-ce qu'il est utile, nécessaire, d'assurer un anonymat complet des médecins venant consulter ? Est-ce que le manque d'anonymat (18) est un obstacle ? Au début du dépistage du SIDA les patients pouvaient se présenter anonymement à un laboratoire. Un numéro de dossier leur était attribué qui leur permettait d'avoir un bilan et de chercher les résultats. Est-ce qu'un tel système a été mis en place pour hospitaliser des médecins qui souhaiteraient un anonymat complet ?

Nous avons étudié l'activité de communication des structures à destination de la population cible. Si les programmes d'aide aux praticiens ne sont pas connus de ces derniers, ils ne peuvent pas leur être d'une quelconque utilité. Si l'activité de communication se limite à la population cible est-ce qu'elle ne réduit pas la portée de son action ? En effet, il est peut être intéressant de s'adresser également à tous les autres acteurs intervenant auprès des médecins à quelque titre que ce soit (ordre, association..). Nous avons cherché à savoir si cette réflexion était abordée par les structures que nous allions étudier.

Nous avons également imaginé que les activités de prévention (médicale, financière,...) pouvaient entrer dans le champ de compétence ou d'attribution de ces structures. Nous avons donc prévu un champ dans notre fiche de renseignements permettant de collecter cette information.

Toutes ces activités entraînent forcément des frais de fonctionnement. Sans rentrer dans le détail des budgets des structures, avoir une idée globale des sommes en jeu nous a semblé être un élément de comparaison utile.

- Les résultats de la production

« *Les résultats de la production sont directement produits par les activités du programme [...]. Ils indiquent si le programme a atteint la clientèle prévue avec l'intensité prévue, dans la mesure prévue.* »¹⁴. Afin de pouvoir évaluer ce volet nous avons essayé d'obtenir le profil réel des médecins bénéficiant d'une prise en charge auprès des structures.

Le point de départ de notre analyse a été le début d'une prise en charge : le motif d'appel des médecins. Ensuite il a fallu étudier leur orientation au sein de la structure.

Savoir si la demande d'aide provient du médecin lui-même ou si une autre personne ou autorité l'a incité à solliciter une structure peut être intéressant à relever. Nous n'avons cependant pas toujours été en capacité de recueillir cette information.

Le nombre de médecins pris en charge au sein d'une structure, ainsi que l'évolution des demandes nous ont paru être de bons indicateurs permettant d'évaluer si une structure répondait bien aux besoins.

La rapidité d'accès à une consultation médicale spécialisée lorsqu'elle s'avérait nécessaire, était un autre point important à signaler.

Le fonctionnement des structures varie selon les départements et les pays, nous avons tenté de faire apparaître ces différences dans notre travail.

- Les effets du programme

« *Les effets (du programme) se mesurent, la plupart du temps, en termes de changement dans les attitudes, les comportements, les connaissances [...]* »¹⁵. Ce sont les avantages que les usagers tirent du programme. Ils se mesurent en général après quelques années de mise en place du programme. Ces informations nous sont apparues comme parmi les plus difficiles à recueillir. Finalement nous avons décidé de voir comment le suivi des médecins était assuré à partir du moment où ils étaient pris en charge jusqu'à la fin des actions proposées par les structures. Une amélioration de leur état de santé globale serait un des effets positifs à relever. Les structures ont-elles prévues de recontacter le médecin une fois que leur action a cessé ? Au bout d'un certain nombre de mois ? D'années ? Ceci pourrait avoir une utilité double : s'assurer que leur aide a été efficace et vérifier si une nouvelle

¹⁴ Emond A et Charlebois AM Guide d'élaboration de modèles logiques de programme, ISBN. 2-921-776-29-4, 2004

¹⁵ Emond A et Charlebois AM Guide d'élaboration de modèles logiques de programme, ISBN. 2-921-776-29-4, 2004

intervention de leur part serait souhaitable ou non, acceptée par le médecin ou non, ou tout simplement inutile.

- Les impacts

« *Les impacts correspondent à des changements attendus ou non attendus soit dans la population visée, soit sur l'organisation de façon plus globale. Ils peuvent comprendre des conditions de vie ou des moyens d'action améliorés ou encore des changements de politiques* »¹⁶. Un impact des actions mises en œuvre par les structures pourraient par exemple être une diminution du nombre de médecins en invalidité ou en arrêts de maladie prolongés.

Un autre impact pourrait être une augmentation de la proportion de médecins, bénéficiant d'une couverture de prévoyance assurantielle. Cette couverture n'est pas aussi étendue qu'elle devrait l'être. Une de nos hypothèses de départ est qu'une mauvaise couverture assurantielle(19) peut être un facteur n'incitant pas à se mettre en arrêt de travail ou à se faire prendre en charge. Il est apparu au cours du travail qu'une des branches d'intervention des structures est parfois la promotion d'une couverture assurantielle dans le domaine de la santé et de la prévoyance personnelle.

¹⁶ Emond A et Charlebois AM Guide d'élaboration de modèles logiques de programme, ISBN. 2-921-776-29-4, 2004

4/ La fiche de recueil des informations

La fiche de recueil des informations que nous avons élaborée initialement a évolué au fil des recueils d'informations que nous effectuons. Nous vous présentons ci-après la version finale qui nous a permis le recueil le plus exhaustif possible des informations fournies.

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		
		Sigle de l'institution		
		Pays d'origine		
		Année de création		
		Début d'activité		
		Forme juridique		
		Services offerts		
	Personnel	Nombre		
		Formation		
		Rémunération		
		Critère d'éligibilité		
		Evolution		
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre	
			Siège social	
		Répartition géographique		
		Mobilité des aidants		
		Matériel d'information		
	Financement			
	Rapport avec institutions	Ordre		
		CARMF		
		Autres		
Profil des usagers	Profession			
	Mode d'adressage	Volontaire		
		Famille		
Ordre				
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	
			Urgence : crise suicidaire	
		Anonymisation		
		Sanctions ?		
		Etat incompatible avec la profession		
	Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	
			spécialité	
		Recrutement		
		Rémunération		
		Lits hospitaliers	Généraux	
Spécifiques				

	Communication	Médecins		
		Presse	Populaire	
			spécialisée	
		Ordre		
	Autres			
	Prévention			
	Frais de fonctionnement			
Confidentialité des données	Ordre			
	Financeurs			
Résultats	Nombre d'appels			
	Profil des appelants	Sexe/âge		
		Spécialité médicale		
		Adressage		
	Motifs d'appel			
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		
		Hospitalisation + délai d'accès		
	communication	Publications		
Réunions				
Autres				
Effets	suivi	Rappels systématiques ? délais?		
		Enquête de satisfaction		
Impacts	Reprise du travail			
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		
		Arrêts maladie		
	Majoration prévoyance?			

5/ L'évolution de la réflexion

En analysant les différentes études trouvées, nous nous sommes rendus compte que les publications internationales sont plus nombreuses et existent depuis plus longtemps que les études françaises. Il nous apparaît que l'existence de difficultés au sein de la population médicale est un fait admis depuis plus longtemps chez les anglo-saxons.

Est-ce que des solutions ont déjà été trouvées ? Si oui ont-elles déjà bénéficié d'une évaluation de leur impact au sein des populations cibles ? Si les mesures se sont montrées efficaces, les solutions proposées dans ces pays seraient-elles

transposables à la France ? En fait peu d'études sur l'impact de ces structures(14) (15) (20) (21) ont été retrouvées. Elles seront discutées plus tard dans cette thèse.

Une de nos idées de départ était que les structures qui existent en France ont des modes de fonctionnement globalement similaires. Or si les objectifs et populations cibles des structures sont proches, les offres et actions sont différentes d'une structure à l'autre. Ceci explique le fait qu'un modèle logique universel pour toutes les structures n'a pas pu être réalisé.

Nous avons été surpris de constater que la plupart des responsables des structures ont préféré échanger par téléphone plutôt que de répondre par mail. En effet, dès la première prise de contact, un échange par téléphone nous a été spontanément proposé. Peut-être que les réponses auraient été trop longues à écrire. On peut aussi imaginer que certaines choses ne pouvaient pas être écrites. Quoi qu'il en soit ceci a certainement permis d'échanger plus librement sur le sujet et de ne pas se limiter uniquement aux réponses de la fiche de recueil des informations. La mise à disposition de quelques résultats nous a permis d'élargir notre vision sur les services d'aide offerts par les structures.

Nous pensions initialement que les structures fonctionnaient au sein de leur aire d'influence géographique, et qu'il n'y aurait pas de recouvrement entre des structures différentes. Or très rapidement elles nous ont signalé qu'il existait un travail de collaboration étroit entre certaines d'entre elles et qu'il n'était pas question de compétition ou de concurrence. Les responsables qui nous ont exposé ce point insistent sur la nécessité d'être en synergie afin d'atteindre leurs objectifs. Il nous semble que c'est tout à leur honneur de collaborer ainsi dans le but du « bien commun ».

Nous étions également partis sur l'idée que le besoin d'aide viendrait surtout des médecins libéraux qui n'avaient pas accès aux structures de médecine du travail. Or très vite nous nous sommes rendus compte qu'il n'existait pas de structures d'aide spécifique pour les médecins libéraux et donc a fortiori réservées aux médecins généralistes. Du coup, nous nous sommes demandés si les médecins salariés utilisent la médecine du travail dont ils bénéficient. Nous n'avons pas trouvé d'étude française spécifique sur ce sujet.

Les questions du secret médical et de la confidentialité des échanges se sont rapidement posées. Bon nombre de médecins intervenant au sein de ces structures sont aussi des représentants de l'Ordre. Est-il possible que des médecins, élus comme conseillers ordinaires, aient un rôle d'écouter ou d'intervenir dans les structures d'aide ? Est-on fondé à craindre des conflits d'intérêts ? Ne faudrait-il pas, dans l'idéal, avoir des intervenants neutres ? Serait-il utile d'avoir une formation spécifique pour ces médecins ? Faut-il d'ailleurs que ces intervenants soient des

médecins ? Autant de questions qui nous ont amené à faire évoluer la fiche de recueil de renseignements pour que ces informations puissent être colligées.

Les questions précédentes tournaient autour de l'indépendance des professionnels intervenant, indépendance qui pourrait être mise à mal de par leur fonctions. Si on s'intéresse à la confidentialité des échanges d'autres questions se posent. Qu'ils appartiennent ou non à une structure officielle type Ordre des médecins, que font-ils des informations qui leurs sont fournies ? Est-ce que le financeur ne demande pas à un moment ou un autre à avoir un droit de regard sur les dossiers et pas seulement les statistiques de la structure qu'il finance ? Les écoutants ont-ils la possibilité de garder confidentielles ces informations et de ne pas les communiquer à qui que ce soit ? Les professionnels mettent en avant le risque de lecture de leur dossier par des tiers(22), et que des informations soient transmises à des instances qui délivrent l'autorisation d'exercice. Il nous a donc semblé pertinent de faire figurer ce point dans nos fiches de recueil d'information. Est-ce que les responsables des structures ont évoqué le cas de figure d'un médecin ayant un état de santé incompatible avec l'exercice de sa profession ? Comment ont-elles prévu de réagir en pareille situation ? Qu'est ce qui est prévu si le médecin semble présenter un danger pour lui-même ?

C/ LA MEDECINE LIBERALE

1/ Les données générales sur la santé des praticiens

La plupart des médecins généralistes (52760 au 1^{ier} janvier 2014, soit 58.2% des médecins en activité)(23) exercent en mode libéral et donc ne bénéficient pas des réglementations du code du travail et de la médecine du travail. Ils sont responsables de leur prévoyance en cas d'arrêt de maladie et de leur complémentaire santé. Une revue de la littérature sous forme d'une thèse en médecine générale de 2014(18) avait relevé des faits intéressants sur la santé des médecins généralistes libéraux français. « *Les résultats en termes de prévention et d'état de santé physique montraient des chiffres comparables à ceux de la population générale sur les populations de médecins étudiées. Les médecins sont conscients de la nécessité de consulter un confrère en cas de problèmes de santé, mais ont souvent recours à l'auto traitement.* » Ce résultat est retrouvé dans une étude de l'URPS¹⁷ médecins Lorraine comportant 668 réponses sur 3808 envois (taux de réponse de 17.54%) (24). En ce qui concerne la santé psychique, les médecins ont souvent des scores élevés dans les échelles mesurant le risque d'épuisement

¹⁷ Union régionale des professionnels de santé

professionnel(1) (6) (7) (17) (25). Si ce syndrome d'épuisement professionnel n'est pas dépisté et traité précocement, il peut s'enkyster et se transformer en véritable dépression, voire terminer par un suicide. L'étude du Docteur Yves Léopold de 2003, a montré que le taux de suicide atteint 14% chez les médecins comparé à 5.4% dans la population générale de même âge(26). Malgré les limites de son étude (méthodologie par renseignements des causes de décès auprès des ordres départementaux des médecins, 26 sur 95 départements ont répondu) il a pu mettre en évidence des facteurs de risque qu'il qualifie de « clignotants »¹⁸. Il s'agit notamment de problèmes financiers (dont retard de paiement à l'ordre des médecins et à la CARMF), de divorce, d'alcoolisme, de problèmes ordinaux ou judiciaires, de pathologies psychiques et physiques.

L'identification des facteurs de risque au sein de la profession a été clairement évoquée par le Professeur Jean Louis Terra lors du colloque national sur la prise en charge des professionnels de santé vulnérables en décembre 2015. «*Le métier n'est pas un facteur de risque de suicide, il est donc inutile de chercher à mettre en évidence une sursuicidité d'un métier*»¹⁹. Il existe une vingtaine de facteurs de risque et c'est leur « coalition » qui peut fragiliser la vie d'un soignant. Il propose donc d'analyser pour chaque métier les facteurs de risque spécifiques afin de pouvoir réagir précocement. Certains sont par exemple l'existence d'une maladie psychiatrique ou une situation financière difficile. Ce ne sont donc pas des éléments spécifiques à la profession médicale. La particularité des médecins est qu'ils ont du mal à demander de l'aide(12) (15) (27) (28) (29) (30) par peur d'une stigmatisation par leur pairs ou par la population.

« être fort, c'est demander de l'aide » dixit Professeur Terra.

Différentes structures, constatant l'existence d'un mal-être au sein de la population médicale se sont développées à partir des années 2000 en France(31) (32).

La plupart des structures sont le résultat de l'initiative de médecins locaux très impliqués dans le soutien de leurs confrères.

¹⁸ Document mis à disposition par le Docteur Yves Léopold

¹⁹ Citation du Professeur Jean-Louis Terra: colloque national « soigner les professionnels de santé vulnérables », Paris 2015

2/ La description des structures existantes

6 associations majeures interviennent sur le territoire national.

Les associations sont classées, selon l'ordre chronologique de leur début d'activité:

- AAPml : Association d'Aide aux Professionnels de santé et médecins libéraux (2004)
- MOTS : Médecin Organisation Travail Santé (Organisation du travail et santé du Médecin) initialement en Midi Pyrénées (2010)
- ASRA : Aide aux Soignants de Rhône-Alpes (02 mai 2012)
- ASSPC : Association pour la Santé des Soignants de Poitou Charentes (7 juillet 2014)
- ERMB : Entraide Régionale des Médecins de Bretagne (09/09/2014)
- ARENE : Association Régionale d'Entraide Nord EST (Lorraine et Alsace) (juillet 2015)

Les procédures et résultats publiés dans cette thèse sont ceux qui étaient disponibles jusqu'en décembre 2015.

L'objectif principal des associations est la prévention secondaire selon les termes définis par l'OMS. Il s'agit d'un ensemble de mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours.

Les objectifs des différentes associations sont similaires, à quelques adaptations locales près, et peuvent se résumer comme suit :

- Proposer une possibilité d'échange et d'écoute attentive pour les médecins en situation difficile (lié à leur situation professionnelle).
- Permettre une analyse de la situation du médecin et proposer un accompagnement dans le respect « absolu de confidentialité, de neutralité et d'indépendance ».
- Proposer une entraide organisationnelle, financière, juridique et psychologique des médecins.
- Faciliter l'accès aux soins au travers d'un réseau de soins si nécessaire.

a/ La structure juridique

Toutes sauf ARENE, sont des associations type loi 1901 ; ARENE ayant son siège social en Alsace est une association type loi 1908. L'association peut être propriétaire d'un patrimoine et peut recevoir des subventions financières.

Dans la plupart des associations, le début d'activité a été précédé par le travail plus ou moins long d'un groupe de médecins. Le but était surtout de réfléchir à l'organisation à mettre en place en tenant compte des conditions locales et des ressources disponibles.

b/ L'aire d'intervention

Il est important de souligner que les initiatives ont d'abord été locales avec création de « réseaux de soins » qui ne nécessitaient pas de structures d'accueil spécifiquement créées pour les soignants. Il s'agissait de trouver des équipes soignantes dans des établissements de soins intéressés par la prise en charge des médecins en difficulté. Progressivement il y a eu extension de ces expériences locales à d'autres régions notamment pour l'association AAPml et MOTS.

c/ La population cible

La population cible des associations est en premier lieu tout médecin inscrit à l'Ordre des médecins ou disposant d'une licence de remplacement. Le principe de confraternité s'applique. Certaines associations ont étendu l'aide proposée aux internes en médecine, aux médecins retraités voire à d'autres professionnels de santé. Mais ces populations ont des besoins et des demandes spécifiques qui ne sont pas forcément les mêmes que les médecins actifs.

d /Le premier contact

Lors des entretiens téléphoniques on nous a souvent fait remarquer que le médecin en difficulté se trouve en situation d'isolement. Il lui est très difficile de parler de son problème, voire d'accepter une pathologie malgré ses connaissances médicales. (18) (27). Des sentiments négatifs comme la honte ou la peur de déranger(27) (33), restent encore très présents et constituent un frein. Les médecins

peuvent avoir quelques difficultés à quitter le rôle de soignant pour prendre celui de patient (8) (12) (13) (27). Ils ont le plus souvent recours à l'automédication et à l'autoprescription. Plusieurs thèses rapportent que le taux d'autoprescription médicamenteuse est situé dans un intervalle de 59% à 66% pour les affections chroniques et de 41% à 66% de façon générale (18). Dans une autre étude 529 questionnaires des médecins généralistes ont pu être exploités : sur 244 médecins nécessitant un traitement régulier 62% l'ont initié de leur propre initiative et 67% le renouvelaient. « *52 des médecins ont auto initié leur traitement psychotrope et 44 d'entre eux l'ont auto-renouvelé* ». (34) Offrir une possibilité d'écoute et d'échanges peut être une réponse permettant de surmonter une crise, à condition que le professionnel en difficulté ait les ressources pour s'en saisir.

e/ Le premier niveau de réponse

Le premier niveau de réponse permet d'établir un premier contact généralement par téléphone afin de répondre à un besoin de soutien immédiat et offrir une écoute empathique. Cet échange devrait créer des liens de confiance, analyser la situation pour ensuite proposer un accompagnement en fonction des besoins. L'accompagnement peut rester au premier niveau ou nécessiter l'aide d'un professionnel plus spécialisé ou d'un réseau de soins.

A l'AAPml s'il existe des éléments de gravité, le psychologue initial contacte directement une structure adaptée. En cas de risque suicidaire, une procédure d'urgence est déclenchée. Il a été identifié 3 types de situations qui nécessitent de connaître avec précision l'identité et l'adresse du lieu de l'appelant :

- S'il s'agit d'une dépression majeure dont le traitement ne peut se faire que dans une structure médicalisée adaptée : il faut orienter le médecin vers le secteur dont il dépend.
- Si l'appelant présente un danger pour lui-même, il faut appeler le 15 et adresser les secours vers son domicile.
- Si l'appelant semble présenter un danger pour d'autres, il faut le convaincre de consulter en urgence.

Au niveau des autres associations, il nous a été confirmé par les promoteurs que les médecins qui répondent au téléphone devraient être aptes à identifier les situations à risque et de prévenir les secours si le besoin se faisait ressentir.

f/ Les personnels de premier niveau

La personne qui accueille le médecin au téléphone a une qualification initiale différente selon les associations. Elle réalise la prise en charge initiale, ce qui constitue le premier niveau d'aide.

Pour répondre à une « crise aigüe » résultant d'un événement de vie, plusieurs associations ont choisi de fonctionner avec des permanences d'accueil téléphonique « de soutien » 24h/24h pendant toute l'année. Il s'agit des associations AAPml, ASRA, ASSPC et ARENE. Ces associations ont fait le choix de mettre à disposition un écoutant formé, à toute heure, pour satisfaire à l'appel impulsif d'un médecin qui recherche de l'aide. Cette impulsion de demander de l'aide devrait pouvoir être satisfaite à tout moment afin de ne pas décourager l'appelant.

L'AAPml a recours, pour ses permanences, à des psychologues cliniciens. Ces derniers font partie du groupe PSYA (association de psychologues spécialisée dans les risques psychosociaux au travail). Ils sont formés à l'écoute téléphonique et ils gardent une distance et une neutralité bienveillante. L'AAPml peut être jointe par tout médecin français avec un numéro national unique. Les associations ASRA, ARENE, ASSPC et ERMB assurent la prise en charge initiale par un « confrère de soutien ou confrère d'écoute » qui est un médecin de n'importe quelle spécialité médicale. Les écoutants ont bénéficié d'une formation spécifique avant de prendre leur fonction.

L'association ASRA dispose de 40 confrères de soutien actuellement.

L'association ARENE dispose fin 2015 de 66 confrères écoutants.

L'association ASSPC dispose actuellement de 30 médecins écoutants de premier niveau qui assurent en général 2 permanences dans l'année. L'association ASSPC nous a fourni la grille téléphonique avec laquelle le médecin essaie de recueillir le maximum d'informations tout en respectant l'anonymat si l'appelant le souhaite. Il est mis également à disposition des confrères de soutien, un annuaire de personnes ressources externes avec lesquels l'association a réalisé un partenariat pour recevoir rapidement les médecins en difficulté.

Si tel est le souhait du médecin appelant, son appel peut être transféré chez un confrère de soutien d'un autre département.

En cas de risque suicidaire, le confrère écoutant est obligé, comme tout citoyen selon l'article 223-6 alinéa 2 du code pénal de porter secours à la personne en déclenchant les secours appropriés. Heureusement ces situations sont rares et cette situation ne s'est à ce jour jamais présentée aux confrères écoutants.

Les associations MOTS et ERMB ont fait le choix de fournir un accueil téléphonique administratif initialement. Le médecin qui appelle est d'abord mis en relation avec un agent administratif, qui recueille les informations nécessaires. Puis l'appel du médecin est transféré soit directement vers un membre de l'association si quelqu'un est disponible soit rappelé au plus tard dans les 24-48 heures. En dehors des horaires de bureau, il est possible de laisser un message téléphonique sur répondeur.

Au niveau de l'association MOTS, le médecin venant en aide au confrère est dénommé « médecin effecteur ». Actuellement au nombre de 8, ils s'agissent de médecins ayant une spécialisation dans le domaine de la médecine du travail et dans l'ergonomie et la santé au travail.

g/ La gestion de l'anonymat

Quand le médecin appelle l'AAPml, il lui est attribué un numéro d'anonymat assurant une confidentialité absolue.

Au niveau des autres associations, le médecin peut également être pris en charge de manière anonyme s'il le souhaite. Les rapports rédigés après chaque appel sont systématiquement anonymisés en ne retenant que les initiales du nom et prénom du médecin appelant ou le numéro du dossier.

h/ Le champ d'action

L'association MOTS a souhaité étendre à d'autres domaines ce qui était prévu par l'entraide financière des conseils départementaux. (35) En dehors des problèmes financiers, l'ordre du département de la Haute Garonne (département de création de l'association) avait vu monter le nombre de redressements judiciaires et de liquidation de cabinets. Ces liquidations faisaient souvent suite souvent à de mauvaises organisations et gestions professionnelles du travail. Elle s'est attachée à rendre attentifs les médecins aux difficultés qu'ils pourraient rencontrer et les inciter à demander de l'aide dès l'apparition d'une difficulté dans leur exercice.

L'association ERMB a décidé d'offrir un service complémentaire d'entraide se situant au sein du conseil régional de l'Ordre des Médecins de la région Bretagne. La raison d'être de l'association est de permettre aux médecins ne souhaitant pas passer par le service d'entraide départemental de pouvoir être écoutés. L'association

se considère alors comme une structure relais entre les conseils départementaux, en étant à même de discuter avec eux des cas les plus difficiles.

i/ Les locaux, lieux de consultations

Pour l'association MOTS, à la fin du premier entretien (« entretien d'écoute »), il est proposé au médecin l'envoi du « guide pratique d'analyse psychosociale et ergonomique de son exercice professionnel » et le contrat de confidentialité. On lui propose également un deuxième rendez-vous. Le médecin appelant peut alors remplir le questionnaire du guide avant le rendez-vous suivant avec le médecin effecteur. Les entretiens peuvent se faire, selon l'horaire souhaité, au téléphone ou physiquement dans un lieu choisi par le médecin appelant.

Les associations ASRA, ARENE, ASPCC, ERMB ont une mobilité relative. En fonction du besoin de l'appelant et de la possibilité du confrère d'écoute, il existe la possibilité de continuer le premier entretien également en face à face. L'association ERMB peut cependant recevoir les médecins appelant pour un deuxième entretien dans les locaux du conseil régional de l'ordre des médecins.

j/ La durée de la prise en charge

Pour l'association MOTS le nombre d'entretiens n'est pas limité dans le temps et la durée d'accompagnement s'effectue souvent sur le long terme afin d'obtenir un changement durable dans le comportement et l'organisation du travail. Chaque entretien a une durée de 60 à 90 minutes. En général il est nécessaire d'avoir 3 à 4 entretiens sur une durée de plusieurs mois.²⁰

L'association AAPml souhaite limiter le recours à 5 appels. Chaque appelant se voit attribué un numéro d'anonymat qui est lié à un numéro de dossier. On peut cependant imaginer qu'un médecin voulant bénéficier de plus de 5 appels pourrait rappeler et se faire attribuer un nouveau numéro d'anonymat.

Pour les autres associations telles qu'ASRA, ARENE, ASPCC et ERMB, la durée du suivi n'est pas uniformisée. Les médecins écoutants ont parfois un deuxième entretien avec le médecin appelant ou l'adresse directement vers le deuxième niveau. Il nous a été confirmé que toutes les associations réalisent le suivi tant que le médecin en ressent le besoin.

²⁰ Document mis à disposition par le docteur Thévenot, président de l'association MOTS

3/ Le deuxième niveau de réponse : les ressources externes des associations

A l'AAPml, si le psychologue pense que la situation nécessite une prise en charge prolongée, il peut proposer au médecin une consultation auprès d'un psychologue du groupe PSYA dans sa région ou de faire appel à une des autres associations si c'est possible²¹.

Il est ainsi proposé à chaque appelant une démarche d'accompagnement, qui peut rester au niveau de l'association, ou qui peut être un transfert vers un professionnel ou une structure adaptée.

a/ Les personnes ressources

Elles assurent la suite de la prise en charge quand un suivi prolongé ou spécialisé est nécessaire. Ce sont souvent des praticiens de différentes spécialités impliqués dans le soin aux confrères. Mais comme les situations peuvent parfois nécessiter une aide non médicale, on y retrouve également des juristes, des conseillers financiers et des assistants sociaux.

Le groupe PSYA auquel fait appel l'AAPml comprend 300 psychologues²² qui sont répartis sur le territoire national. Ils interviennent dès l'appel mais peuvent assurer un suivi de 2^{ième} niveau dans la région d'origine de l'appelant en cas de besoin.

L'association ASRA dispose d'une cinquantaine de personnes ressources de différents domaines. L'association ARENE a à sa disposition une quinzaine de personnes ressources. Sans nous fournir le nombre exact des personnes ressources dont elle dispose l'association ASSPC a également des personnes ressources pouvant intervenir en 2^{ième} niveau.

Il s'agit de personnes ressources de diverses compétences. Ces personnes ressources sont disponibles dans chaque département où les associations sont actives. Elles peuvent recevoir le confrère en consultation rapidement. Le délai d'accès à une consultation spécialisée est d'environ 1 semaine. La nécessité d'une hospitalisation est jugée par la personne ressource qui s'occupe de proposer des soins.

²¹ <http://www.aapml.fr/dispositif>

²² <http://www.aapml.fr/dispositif>

Si tel est le souhait du médecin appelant, il peut être transféré chez une personne ressource d'un autre département.

b/ Les établissements de soins avec des équipes spécialisées

La plupart des associations ont signé des conventions avec des établissements de soins. Il nous a été demandé par les promoteurs dans les entretiens téléphoniques de ne pas rendre public le nom de ces établissements. Nous avons respecté leur choix.

Il s'agit le plus souvent d'établissements ayant une expérience dans la prise en charge de pathologies psychiatriques avec une équipe soignante formée à l'accueil des médecins. Les établissements sont répartis également sur l'ensemble du territoire couvert par les associations avec 3 à 4 établissements partenaires par association. Il ne s'agit pas de lits spécifiquement réservés aux médecins. Afin de faciliter son hospitalisation un correspondant de l'association accueille le médecin à son entrée. Selon les promoteurs des associations, le nombre de lits actuellement disponibles semblent être suffisant pour la prise en charge des médecins. L'association ASSPC est en cours de rapprochement avec une nouvelle clinique dans un de ses départements afin d'étendre les possibilités géographiques.

Les médecins ont la possibilité s'ils le souhaitent d'être admis de manière anonyme. Ils ont également la possibilité de changer de département ou de région. Au cours des entretiens téléphoniques, il nous a été expliqué que cette possibilité existait, mais qu'elle n'était demandée que par une proportion très faible de médecins. Dans une thèse de médecine générale, on retrouve que les médecins demandent surtout la confidentialité des données les concernant et pas forcément l'anonymat (27). C'est généralement la personne ressource vers laquelle le médecin est dirigé qui décide, en concertation avec le médecin appelant, du lieu et de la date de son hospitalisation.

c/ L'Ordre des médecins

A chaque fois que c'est possible, l'association encourage le médecin à prendre contact avec le service d'entraide qui est organisé au sein de chaque ordre départemental des médecins. (charte nationale établie entre le CNOM et les associations)

L'entraide médicale est une des attributions dévolues à l'Ordre des médecins, elle est inscrite dans le code de déontologie médicale. Il s'agit d'offrir une aide financière, le plus souvent de façon ponctuelle, mais qui peut également être « *sous forme de soutien psychologique, organisationnel et juridique, un accompagnement professionnel et social, mais aussi une facilitation d'accès aux soins* »²³. Les ressources de cette entraide « *proviennent des cotisations ordinaires des médecins et des éventuels dons modestes et peu fréquents certes, mais non négligeables* »²⁴. Un budget destiné à l'entraide est voté chaque année au niveau de chaque département. La somme dépend de chaque département.

Afin de coordonner et fédérer les actions des services d'entraide départementaux, il a été créé la commission nationale d'entraide. Les conseils régionaux coopèrent de manière parfois active aux activités des associations. Cette commission nationale a établi une charte qui permet d'obtenir des rapports d'activité des associations en contrepartie d'une subvention financière. Depuis l'existence de la charte 4 associations l'ont signé : MOTS, ASRA, ERMB, ARENE.

Nous disposons uniquement des données au niveau du service d'entraide national : de 2010 à 2014 environ une centaine de dossiers sont remontés au niveau national, avec une somme moyenne de 2900 euros versés à chaque demandeur. En moyenne au niveau départemental, chaque année, 3 à 4 médecins bénéficient d'une aide financière par le service d'entraide.

Les associations interviennent, non seulement, en complément des services d'entraide des conseils départementaux de l'Ordre des médecins, mais elles agissent souvent en véritable symbiose avec les services. En plus au niveau de chaque conseil départemental existe un représentant de la CARMF. Des liens privilégiés entre le médecin en difficulté et la CARMF peuvent être établis. La CARMF dispose d'un fonds d'action sociale dont nous allons parler un peu plus loin.

Inversement les services d'entraide des conseils départementaux de l'ordre des médecins peuvent faire appel à une association, si des mesures d'ordre médical, préventives ou curatives sont nécessaires. Les associations proposent souvent des aides également dans le domaine social, du conseil financier et fiscal.

²³ Extrait de la charte nationale mise à disposition par le service d'entraide nationale du conseil national des médecins

²⁴ <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-entraide-ordinaire-720>

d/ La CARMF, caisse autonome de retraite des médecins de France

Deux possibilités d'actions s'offrent à la CARMF : le fonds d'action sociale et l'aide à la reprise progressive d'activité. Les associations d'aide font régulièrement appel à la CARMF.

i) Le fonds d'action sociale :

La CARMF a fondé en 1954 le fonds d'action sociale qui permet de verser une aide financière sous formes « *d'avances, de secours ou de prise en charge totale ou partielle des cotisations obligatoires* »²⁵. Il intervient si les cotisants ou les allocataires sont en face d'une situation qui est temporairement insupportable sur le plan financier ou qu'une situation imprévue s'installe. L'aide peut aussi être utilisée pour payer une aide humaine. En 2014, 1577 dossiers ont été examinés. 1404 aides ont été accordées pour un montant de 2.27 millions d'euros²⁶, ce qui revient à 1617 euros en moyenne par dossier traité.

ii) L'aide à la reprise progressive d'activité :

La CARMF, très impliquée dans la prise en charge de la santé des médecins a entre autre proposé l'instauration de l'ARPA. Il s'agit d'une aide à la reprise d'activité progressive. Le période de la reprise d'activité après une longue période d'arrêt pour maladie peut être un moment difficile. Ainsi un collègue peut bénéficier du maintien des indemnités journalières pendant un certain temps, tout en reprenant lentement une activité. Ceci était impossible avant l'instauration de l'ARPA en mars 2007.

Le docteur Yves Léopold, un des médecins pionniers dans son instauration a mis à notre disposition les chiffres clés de cette ARPA.

Depuis 2007, 985 demandes ont été déposées devant la commission de l'ARPA. Les avis défavorables sont très rares. 656 médecins ont pu reprendre une activité à la fin du versement de l'ARPA, ce qui constitue 66.6% des médecins. En dehors de cette aide, ces médecins auraient probablement basculé vers une invalidité ou une mise en retraite précoce. La cible principale de cette ARPA sont les pathologies non persistantes dans le temps ou les pathologies curables. Il s'agit des

²⁵ <http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=rev-aide.htm>

²⁶ http://www.carmf.fr/doc/documents/la_carmf/la-carmf-en-2015.pdf

pathologies psychiatriques qui représentent une proportion importante des pensions d'invalidité, suivi par les affections cancéreuses curables.

Cette allocation a donc un intérêt initial pour le médecin, mais également pour la CARMF car le versement d'une allocation limitée dans le temps est plus intéressant que le versement d'une allocation d'invalidité au long cours.

e/ L'APSS: association pour la promotion des soins aux soignants

L'association pour la promotion des soins aux soignants est née d'une initiative du Conseil National de l'Ordre et de la CARMF. Sa population cible sont les médecins atteints de pathologies psychiatriques et d'addiction. Elle propose une prise en charge hospitalière dans 5 établissements de santé publics répartis sur le territoire. Ces établissements sont localisés à Paris, à Poitiers, à Avignon et à Toulouse pour 2 d'entre eux. Il n'existe pas encore d'unité dédiée à la prise en charge des médecins. Cependant depuis décembre 2015, il existe un projet de construction d'une unité de soins dédiée aux professionnels de santé.

La confidentialité est absolue pendant le traitement, il n'y a aucun signalement à l'Ordre des médecins. Après un traitement initialement hospitalier, le médecin peut être suivi en ambulatoire, soit dans sa région d'origine, soit dans une autre région.

Un avantage de la localisation des cliniques sur plusieurs régions du territoire est que les médecins bénéficient naturellement d'un certain degré d'anonymat. En changeant de région, le médecin a moins de chance de rencontrer un de ses patients ou un confrère.

En France, l'anonymat s'arrête au plus tard lors du remboursement des soins obtenus dans les cliniques par les caisses primaires d'assurance.

L'association peut être jointe aux horaires de bureau par le médecin lui-même, un confrère ou une association d'aide aux médecins. L'appel téléphonique aboutit pour le moment dans une des cliniques, auprès d'une secrétaire qui peut fournir le nom des cliniques, en fonction de la localisation des médecins. L'association se voit comme un facilitateur d'hospitalisation vers des établissements dont les équipes médicales sont motivées et formées à accueillir des médecins. Il est intéressant de noter que certaines cliniques bénéficient pour accomplir cette mission d'une subvention par les ARS (agences régionales de santé), alors que d'autres le réalisent sans subventions.

f/ Les projets futurs et démarches en cours

Ils existent également d'autres projets prévus. Certains ont été présentés lors du colloque national en décembre 2015 sur « soigner les professionnels de santé vulnérables ». Tous ces projets seront autant de ressources supplémentaires pour les associations d'aide.

Le Professeur Pierre Carayan a présenté un projet de création d'une unité spécialisée composée de 42 lits d'hospitalisation classiques spécialisés en addictologie et de 10 lits d'hospitalisation pour le suivi en post cure. Ce serait une unité dynamique spécifique pour l'accueil des professionnels de santé de la région de Besançon, mais également des médecins de tout le territoire français si c'était nécessaire. Malgré les efforts déployés depuis 8 ans, la structure n'a pas vu sa construction à ce jour, faute d'investissements financiers.

Le docteur Jean Philippe Lang a présenté au même colloque en 2015, la réalisation du projet ESCULAPE (Espace de soins coordonnés universitaires de libre accès pour les praticiens en souffrance). Il s'agit d'une unité transdisciplinaire, gratuite, localisée dans le service de médecine du travail du CHU de Strasbourg. Cette unité peut être interpellée directement par les médecins en difficulté ou sollicitée par l'association qui couvre ce territoire notamment l'ARENE. Ses missions sont identiques à celles des autres associations, notamment un accompagnement du médecin et l'élaboration d'un parcours de soins. De plus un de ses objectifs est de constituer une unité de recherche dans le domaine de la santé des médecins. Il existe un parallèle avec le modèle qui se construit en Belgique comme on le verra plus tard. Cette unité de recherche pourra s'étendre sur la grande région et si nécessaire bénéficier du support des services de médecine du travail des centres hospitaliers universitaires.

Le docteur Yves Kossowsky a présenté les unités interrégionales de soins pour les professionnels de santé. Il s'agit de réaliser une prise en charge spécifique dans 2 établissements de soins psychiatriques. Chaque unité devrait comporter 20 lits. Les 2 établissements de soins sont la Clinique des Boucles en Lorraine et la clinique de Châtillon en Auvergne-Rhône Alpes. Il s'agit de proposer une prise en charge pluridisciplinaire. Il y aurait aussi intervention d'autres professionnels comme des thérapeutes en relaxation, mais également d'anciens patients pour le partage d'expériences. La coordination de cette équipe pluridisciplinaire par un psychiatre dédié permettra d'avoir des échanges, de mutualiser les formations, de discuter des cas difficiles.

II) RESULTATS DES DONNEES OBTENUES EN FRANCE

A/ Le suivi en médecine du travail

A notre connaissance, aucun travail sur le suivi des médecins hospitaliers en médecine du travail n'a été réalisé en France. Nous avons initialement interrogé 3 médecins du travail de la Moselle, une travaillant pour un centre hospitalier public, les 2 autres travaillant pour un service inter-entreprise qui comprend également des établissements de santé publics et privés. Ces entretiens ont souvent mis en évidence les difficultés à réaliser un suivi des médecins. Aucun des médecins interrogés n'a pu nous indiquer un travail sur le sujet. Le Dr Marpinard du CHU de Toulouse, membre de l'association MOTS s'est montrée intéressée par notre travail et nous a proposé de mettre sur pied une enquête par internet sur le sujet. Ce travail supplémentaire n'était pas prévu initialement mais il nous a semblé intéressant d'y participer pour notre recherche.

Après un premier entretien téléphonique, nous nous sommes mis d'accord avec le docteur Marpinard sur un questionnaire qui permettrait d'avoir une vision globale sur le suivi des médecins hospitaliers. Le questionnaire a été envoyé à tous les correspondants du Dr Marpinard.

Le mail expliquait le but du questionnaire, et fournissait le lien amenant au site internet permettant de répondre de façon anonyme. Le mail initial pouvait être partagé par les destinataires avec d'autres médecins du travail. Le but était d'obtenir le plus grand nombre de questionnaires remplis et de confirmer notre impression initiale sur le sujet.

En utilisant cette méthode on ne peut pas savoir le nombre de mails qui ont été envoyés, mais seulement le nombre de questionnaires remplis a pu être relevé.

Le questionnaire comprenait 6 questions avec des réponses à choix multiple :

- 1) Réalisez-vous les visites d'embauche pour les effectifs médicaux suivants ?
Praticiens hospitaliers, internes, chefs de clinique
- 2) Réalisez-vous les visites de reprise pour les effectifs médicaux suivants ?
Praticiens hospitaliers, internes, chefs de clinique
- 3) Quels sont les 3 motifs pour lesquels les médecins vous sollicitent le plus souvent ?

Travail de nuit/gardes, risques psychosociaux, troubles musculo-squelettiques, risques chimiques, risques physiques (bruits, vibrations...), grossesse, handicap

4) Votre centre hospitalier a-t-il réalisé une convention avec l'Agefiph²⁷ pour les personnels médicaux ?

Oui, non, ne sait pas

5) Comment sont financés les aménagements de poste des médecins ?

Par son pôle de rattachement, par la direction des affaires médicales, par l'Agefiph,

6) Les médecins de votre établissement participent-ils activement à certaines activités concernant l'organisation de leur service et les risques professionnels ?

A l'évaluation des risques professionnels, à la réalisation des plans de prévention pour les risques professionnels, à la conception et définition de nouveaux locaux, au choix de nouveaux équipements techniques, à l'organisation de leur service, au projet médical de leur service

Jusqu'en fin janvier 2016, nous ont été transmis les résultats des 19 questionnaires remplis. La portée de cette enquête et les conclusions que nous pouvons en tirer sont donc forcément limitées par le faible nombre de réponse. Si nous nous permettons tout de même d'exploiter les réponses, nous obtenons les résultats suivants :

50% des services de médecine du travail réalisent la visite d'embauche pour les praticiens hospitaliers, alors que ces taux atteint plus que 80% pour les internes. Dans 3 des 19 questionnaires, il n'y a pas eu de réponse à cette question.

Les visites de reprise sont réalisées pour 77% des praticiens hospitaliers et 46% des internes. Dans 6 questionnaires (32%) il n'y a pas eu de réponse à cette question.

Les principaux motifs pour lesquels les salariés consultent en médecine du travail sont : les risques psychosociaux (95%), le travail de nuit/les gardes (63%) et la grossesse (58%).

Il est également intéressant de noter qu'une convention avec l'Agefiph²⁸ a été signée par cinq (28%) des établissements et que dans sept questionnaires (39%) la question n'a pas pu être renseignée.

Les aménagements des postes des médecins sont le plus souvent réalisés dans 50% par leur pôle de rattachement et par les aides de l'Agefiph (31%).

²⁷ Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées

²⁸ Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées

La dernière question qui s'intéressait à la participation effective des médecins à l'organisation de leur environnement de travail. Il est très intéressant de noter que les pourcentages s'étendent de 72% à 83% quand il s'agit de définir des nouveaux locaux ou l'acquisition de nouveaux équipement techniques, alors que ces pourcentages atteignent à peine 22% en ce qui concerne l'évaluation et 33% pour la prévention des risques professionnels. Le taux de participation à cette question était de 94.7% avec 18 réponses sur 19 au total.

L'étude de la situation des médecins salariés nous a montré que bien qu'il y ait des obligations pour les salariés comme pour les employeurs, le suivi des médecins n'est pas toujours celui qui est prévu dans les textes. La médecine du travail n'est apparemment pas en mesure de suivre tous les salariés dont elle a la charge, souvent par manque d'effectifs. Les dispositions de congés maladies inhérentes au statut de praticien hospitalier n'incitent pas forcément plus que cela les médecins salariés à aller consulter à la médecine du travail. Nous ne pouvons donc pas, comme nous l'avions imaginé au départ, prendre l'exemple de ce qui est prévu pour les salariés afin de le transposer aux libéraux.

En ce qui concerne les structures d'aide les résultats de 2 associations étaient disponibles fin décembre 2015. Ils nous ont été fournis sous forme de diaporama. Une association a publié ses résultats sur son site internet. L'association AAPml a publié ses résultats au sein d'une revue scientifique, lors d'un numéro spécial consacré à la prise en charge du médecin en difficulté. Les autres données, si disponibles, ont été obtenues par les responsables des associations au cours de l'entretien téléphonique. Parfois pensées pour les médecins libéraux, la plupart des structures ont étendu leur offre à l'ensemble des médecins du territoire quel que soit leur statut.

B/ Les appels à la structure

Le nombre d'appels reçus peut constituer un élément d'évaluation d'un dispositif afin d'apprécier s'il a atteint la population cible.

L'association AAPml, dans son rapport d'activité sur 10 ans, montre qu'il existe une stabilité du nombre d'appels au fil des années avec en moyenne 130 appels par an. Ceci constitue en 10 ans d'activité 1298 appels. 28% des appelants ont contacté la plateforme au moins 2 fois. La ligne téléphonique était au début uniquement accessible aux médecins d'Ile de France (36). Avec le soutien de plusieurs URPS le service a été étendu progressivement à toute la France. Cependant la moitié des appels provient de l'Ile de France qui présente la plus forte densité médicale du territoire avec 41.289 médecins. Le reste provient de 39 départements différents.

L'association MOTS a reçu depuis sa création en 2010, 455 demandes d'aide pour une population médicale couverte de 76.419 médecins dans 11 territoires. Elle reçoit 12 à 16 appels par mois en moyenne.

L'association ASRA, qui couvre un potentiel de 27.500 médecins, a aidé depuis sa création en 2012, 280 médecins.²⁹ L'activité est donc d'environ 6 appels par mois.

Certaines associations ont un nombre plus faible d'appels car elles ont débuté leur activité récemment. L'association de Poitou Charentes a traité en moyenne 2 appels par mois, depuis sa création en juillet 2014. La population médicale concernée est de 4781 médecins.

L'association ERMB a été sollicitée 6 fois en un an d'existence pour un effectif couvert de 9.219 médecins. C'est donc moins d'un appel par mois.

²⁹ Présentation mis à disposition par le Docteur Evreux, Président de l'association ASRA

L'ARENE pour une population de 12.502 médecins, a traité 4 appels en tout depuis sa création en juillet 2015.

L'activité semble parfois assez faible au regard de la population concernée. Il est possible qu'une association concentre plus les appels qu'une autre.

Même si le nombre d'appels varie considérablement en fonction des associations, on peut retenir que les dispositifs sont partiellement connus et acceptés par les médecins. Il faudrait certainement améliorer la communication vers la population médicale.

C/ L'étude des populations

Au sein de chaque association, les médecins généralistes représentent une partie importante de la population qui recherche de l'aide. Pour l'AAPml, c'est 62% des appels, pour MOTS 56% et 41% pour ASRA.

Pour l'association ASRA 30% des appelants sont des médecins hospitaliers.

Pour d'autres associations, les données concernant les caractéristiques de la population concernée ne sont pas spécifiées.

Les médecins généralistes semblent représenter la plus grande proportion d'appelants. Cependant il ne faut pas oublier qu'ils représentent la spécialité médicale la plus nombreuse.

D/ Les motifs et horaires d'appels :

Les appels aboutissant à l'AAPml sont divisés en 4 groupes : 54% sont un besoin d'écoute, 30% une demande d'informations, 8% une demande d'orientation et 6% un conseil ou besoin d'aide.

Les 2 principaux motifs d'appels au niveau de l'association ASRA sont l'épuisement professionnel dans 33% des cas et une situation conflictuelle dans 18% des cas.

Une étude réalisée sur 78 cas dans l'association MOTS relève dans 84% un besoin d'écoute, dans 21% un besoin d'aide juridique et dans 11% des cas une aide ergonomique. La recherche d'aide financière et de soins est minimale à 5%.

Il convient toutefois de prendre ces chiffres avec recul car la manière de recueillir ces informations varie d'une structure à l'autre.

La plupart des appels aboutissent aux heures et aux jours ouvrables (86% chez l'AAPml). Pour des raisons inconnues, la plupart des appels réalisés au niveau des 2 associations AAPml et ASRA le sont le jeudi entre 10-12 et 14-16 heures. Moins de 10% des appels aboutissent aux associations le samedi et le dimanche.

La disponibilité 24h/24h semble de prime abord constituer un avantage. Le fait que très peu d'appels aboutissent en dehors des heures ouvrables vient toutefois nuancer cette idée.

E/ Les orientations vers les personnes et structures ressources

Au niveau de l'association AAPml, depuis le début de l'activité 18% ont nécessité une orientation des appelants vers une structure adaptée. Dans 42% des cas l'appelant est dirigé vers un psychologue.

Au niveau de l'association MOTS on ne dispose d'une orientation éventuelle que pour 23% des appels (104 appels sur 455 appels). On ne peut pas exploiter les chiffres de cette étude qui n'est représentative de la totalité des dossiers traités.

Au niveau de l'association ASRA, l'orientation était dans 32% vers l'entraide ordinale et dans 43% vers un référent psychiatrique. Le reste se résume à une orientation vers une autre personne ressource du domaine juridique, social ou fiscal.

Nous avons pu constater qu'il est difficile d'obtenir les chiffres exacts du recours à une personne ressource chaque association ayant ses propres méthodes de recueil d'informations.

F/ Le recours aux hospitalisations :

Les hospitalisations concernent un très faible effectif des médecins. A l'AAPml, elle se résume à 3% des appelants, à l'association ASRA à 1%. Les données globales concernant les hospitalisations dans tous les établissements travaillant avec les associations ne sont pas disponibles.

Le promoteur de l'association APSS a mis à notre disposition une étude unicentrique rétrospective réalisée dans un des établissements spécialisés dans la

prise en charge des médecins. Il nous a été demandé de ne citer ni le nom de la clinique, ni celui de son auteur. De mi 2011 à 2013 ont été soignés dans cet établissement 28 médecins. Les spécialités médicales sont toutes représentées de façon identique. 46% ont présenté un syndrome d'épuisement professionnel, 67% un problème dépressif. L'addiction à l'alcool était présente dans 39% des cas, avec chez 32% un abus ayant débuté pendant les études. L'addiction au médicament était présente dans 25% des cas. Dans 15% il y a avait une co-intoxication médicaments et alcool. 75% des médecins avaient déjà un suivi avant l'hospitalisation, 21% un antécédent de tentative de suicide, 17% des idées suicidaires. La culpabilité d'être malade et de demander des soins était présente chez 50% des médecins. Le médecin une fois qu'il est hospitalisé, « consomme » beaucoup de soins médicaux. 50% des patients ont bénéficié d'un travail psychothérapeutique intensif. La durée moyenne de séjour est de 21 jours. 17% l'ont abrégé à cause de contraintes professionnelles trop importantes ou du sentiment de honte. La reprise du travail est retrouvée chez 60% des médecins qui étaient en activité avant leur hospitalisation. Le taux de réhospitalisation est de 14%.

N'ayant obtenu que peu de statistiques nous ne pouvons pas extrapoler. Nous avons l'impression que le pourcentage d'hospitalisation est généralement faible et qu'actuellement le nombre de lits disponibles dans les établissements partenaires des associations est suffisant. Cependant la question de création d'unités spécialisées dans la prise en charge de médecins peut se poser.

Il semble très important d'agir sur le sentiment de culpabilité. Ce sentiment de culpabilité crée des retards à la consultation. Il serait plus profitable que le sentiment principal soit : « être fort c'est demander de l'aide »³⁰, le travail de communication des associations envers les médecins retrouve toute son importance.

G/ La communication avec la population cible

Dès le début de leur activité, toutes les associations ont tenté d'avoir une communication leur permettant d'atteindre leur population cible. En dehors du soutien apporté par leurs partenaires ordinaires, elles essaient d'être présentes à des conférences sur le sujet dans leurs régions respectives. Elles organisent aussi régulièrement des conférences et réunions sur le thème du burnout, de sa prévention et des solutions existantes.

L'association MOTS par exemple, lors de son début d'activité dans un nouveau département, organise des réunions pour les journalistes de la presse générale et de

³⁰ Citation du Professeur Jean Louis Terra

la presse spécialisée afin de pouvoir présenter son projet. Les autres associations participent régulièrement à des réunions pour la presse, avec souvent des « piques de rappel » dans des revues scientifiques médicales, en particulier par la publication d'articles en rapport avec la santé des médecins.

La plupart édite une plaquette d'informations et la distribuent aux nouveaux inscrits au tableau départemental de l'Ordre des médecins. Cela permet aux nouveaux arrivants de connaître les associations existant dans leur région. L'Ordre permet parfois l'envoi de plaquettes d'informations, notamment lors de l'appel à cotisation ou du bulletin.

L'association ARENE a le projet d'utiliser les représentants pharmaceutiques de 2 laboratoires afin de distribuer sa plaquette d'informations aux médecins. Cette association ne veut pas rendre publique le numéro d'appel pour les médecins, afin de garantir que l'accès soit uniquement réservé aux médecins. L'utilisation du réseau des visiteurs médicaux permettrait de s'assurer que l'information n'est diffusée qu'aux médecins.

La plupart des associations disposent à ce jour d'un site internet qui donne une vision d'ensemble sur le sujet. Parfois on peut y trouver des témoignages de médecins ayant bénéficié de leur aide. Certaines institutions (Ordre, URPS,...) publient parfois des liens vers les sites de ces associations sur leur propre site.

Les associations essaient aussi d'intervenir au cours des séminaires qui sont proposés aux internes du 3^{ème} cycle des études médicales, même s'ils ne constituent, pour l'instant, pas la population cible. Cela permet toutefois de les sensibiliser.

La plupart des associations font à ce jour d'énormes efforts pour informer les médecins de leur existence. Tous les moyens de communication sont utilisés, de l'internet à la plaquette d'information papier. L'idée est qu'un médecin qui voudrait trouver de l'aide puisse savoir comment contacter une association. On imagine que la plupart des médecins ne souhaitent pas demander cette information à une instance officielle comme l'Ordre, qui serait alors au courant de leur situation.

Si les différents sites institutionnels permettaient de retrouver facilement et de manière anonyme les informations sur les associations d'aide cela pourrait faciliter les démarches du médecin en souffrance. Cela impose toutefois que le médecin trouve les ressources nécessaires pour s'engager dans une démarche de demande d'aide.

H/ Les frais de fonctionnement des structures

La gratuité des services offerts par l'association est la règle, au moins en ce qui concerne le premier niveau. Dès que le médecin sollicite le 2^{ème} niveau d'aide, il se peut qu'il ait à prendre en charge les soins. Cependant s'il s'agit de prestations remboursables par l'assurance maladie, sa prise en charge est identique à celle de n'importe quel assuré social. Les dépenses des associations ne se retrouvent pas à ce niveau.

L'association MOTS a publié le détail de ses dépenses pour 2015. Les frais de fonctionnement globaux représentent 168.000 euros. Les principaux frais de fonctionnement sont liés à la couverture assurantielle des personnes travaillant au sein de la structure, du salaire des médecins effecteurs (environ dix équivalents temps-plein) et des 2 accueillantes téléphoniques. Ramené au nombre de dossiers traités cela donne un coût moyen de 1400 euros pour un accompagnement et 350 euros par consultation.

L'association ASRA, qui fonctionne avec des bénévoles, nous a indiqué que le budget moyen pour garantir le fonctionnement de l'association était de 30.000 euros par an. Ceci comprend le maintien de la ligne téléphonique 24h/24h, le numéro étant gratuit pour l'appelant, 70 euros par astreinte réalisée par les confrères de soutien, versée uniquement s'ils ont été contactés au moins une fois. Le reste est utilisé pour réaliser la formation des écoutants et pour les moyens de communication.

L'association APSS, qui utilise une ligne téléphonique dédiée gratuite, nous a fourni l'information que la ligne téléphonique coûte 4000 euros par an. L'association ne dispose pas de salariés proprement dit car elle utilise des structures qui sont déjà existantes dans des cliniques.

Un des principaux postes de dépenses des associations est donc représenté par les frais de personnel (salaires et astreintes).

Une partie importante des dépenses est consacrée à la formation des écoutants. Ces dépenses sont surtout très présentes au moment de la création des associations.

I/ Le financement

Les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre, interviennent parfois en versant une partie de la cotisation de leurs membres à l'association : en général

entre cinquante centimes et un euro par médecin inscrit et par an. D'autres institutions (URPS, ARS...) apportent également un soutien mais nous n'avons pas retrouvé la participation financière exacte pour toutes les associations.

L'ARS de certaines régions permet parfois le financement de certains lits d'hospitalisation.

Parfois pour aider à la création des associations, la CARMF, par son fonds d'action sociale, l'AFEM et certaines mutuelles ou assurances font un don.

Certaines associations bénéficient aussi de dons de particuliers.

Le financement des associations est fragile car fortement dépendant des subventions accordées. Les subventions, dans un temps où les économies sont au premier plan, ne sont pas garanties, surtout pour des projets qui impliquent en nombre absolu un faible nombre de personnes. Il faut certainement que les associations mettent en avant leurs résultats pour prouver leur intérêt. Il est difficile de mesurer le « coût » et le « manque à gagner » pour la société d'un professionnel incapable d'exercer mais c'est à priori plus important que les sommes engagées pour faire fonctionner les associations.

J/ Les effets des actions mises en place

L'évaluation de l'effet des actions proposées n'est, pour le moment que très indirectement réalisable. On peut imaginer que si les associations telles que l'AAPml existent depuis plus de 10 ans c'est qu'à priori elles répondent à des besoins. Le maintien, voire le retour en activité des médecins après hospitalisation pourrait être un indicateur de l'efficacité des thérapeutiques proposées.

Une étude sur les aménagements proposés par MOTS dans 58 situations, a permis de mettre en évidence que les aménagements envisagés ont touché à l'organisation du travail et à la préservation de la santé du praticien. Mais encore une fois ces chiffres ne concernent pas la totalité des dossiers traités (455) par MOTS.

III) DESCRIPTION ET RESULTATS DES STRUCTURES D'AIDE A L'ETRANGER

Il nous a semblé intéressant de rechercher ce qui se faisait à l'étranger d'autant plus que nos recherches avaient montré l'antériorité de travaux américains sur le sujet.

A/ Les Etats-Unis

Les Etats Unis ont été parmi les premiers à proposer des programmes d'aide aux professionnels de santé et de plus ils disposent d'études.

Une des premières études sur la prévalence des troubles de santé psychique a été publiée en 1973 « The sick physician, impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependance ». Elle a été réalisée par l'American Medical Association et une de ses conclusions est que les médecins doivent faire des efforts afin d'aider leurs confrères en difficulté. Il s'agissait de réaliser un dépistage précoce des difficultés, de proposer des aides pour surmonter ces difficultés et de mettre fin à l'omerta. En 1974, le « U.S Disabled Doctors Act » encourage quiconque à signaler aux autorités disciplinaires les médecins qui semblent inaptes à exercer en garantissant l'anonymat à la personne faisant le signalement. L'American Medical Association a également réalisé des conférences sur le sujet du « médecin malade ».

Ces éléments ont encouragé quelques Etats à développer des programmes d'aides pour leurs médecins. Ces programmes se sont inspirés des programmes mis en place pour la population générale dans le cadre de la prise en charge de l'alcoolisme. Ils ont également privilégié l'implication de la famille et des collègues dans les thérapies. La confraternité est un des piliers de la prise en charge des médecins dans ces programmes.

Les premiers programmes ont été dirigés par des médecins ayant eux-mêmes souffert d'une addiction ou d'une pathologie psychiatrique.

Il existe cependant des particularités dans le système de soins américain. D'une part les conditions d'exercice de la médecine sont régies par les Etats fédéraux et pas au niveau national. Ceci a pour conséquence que les lois régissant les conditions d'exercice ne sont pas uniformisées et que chaque programme d'aide a ses propres règles de fonctionnement. D'autre part il existe une offre de soins privés

importante, les premiers programmes d'aides ont souvent été établis dans des cliniques privées. Ils se sont surtout intéressés aux addictions via des aides au sevrage en milieu hospitalier.

Un suivi en post sevrage dans des programmes comme les alcooliques anonymes ou d'autres programmes de maintien de l'abstinence étaient proposés aux médecins. Plus tard se sont formés les « CADUCEUS groups », des groupes de maintien d'abstinence réservés aux médecins. L'idée principale était et est toujours de soutenir les médecins dans leurs efforts à rester abstinentes et à pouvoir retourner au travail. Ce suivi est un élément important pris en compte par les membres des commissions disciplinaires lorsque le médecin y est convoqué. Ces commissions décident du maintien ou non de la licence d'exercer.

Le premier « réel » programme d'aide aux praticiens, le PHP (physician health program) a été celui du Colorado. Il a démarré son activité en 1986 et a été le premier à proposer une évaluation de l'état de santé globale du médecin en difficulté et pas uniquement sur le versant des addictions.

Même si les conditions de réalisation des programmes ont été différentes dans les différents Etats fédéraux, ils ont tous pensé qu'il fallait mettre en place une organisation professionnelle, avec des médecins experts qui pourraient promouvoir la recherche, analyser les résultats et proposer des pistes de travail.

Au cours des programmes, les initiateurs se sont rendus compte que le volontariat ne suffirait pas à accomplir cette mission et qu'il fallait se rapprocher des autorités d'Etat afin de bénéficier de plus de ressources. Il y avait à cette époque une ambiance de méfiance entre les PHP et les autorités, les premiers reprochant au deuxième d'être dans la sanction, le second au premier de vouloir protéger des médecins incapables d'exercer.

Chaque Etat fédéral pouvant organiser son propre PHP, la FSPHP (Federation of State Physician Health Programs) a été créée en 1990 pour coordonner les programmes et être le lien entre les autorités disciplinaires et les PHP.

Ce travail de collaboration entre les PHP et les autorités des Etats a permis de montrer que les PHPs sont la seule possibilité d'aider un médecin inapte à exercer et que le simple retrait du droit d'exercer n'est pas la solution.

L'American Medical Association a mis à disposition des locaux et du personnel. Une charte a été rédigée pour préciser les conditions d'échange d'informations entre les structures.

En 2001, la Joint Commission a publié ses recommandations pour permettre aux hôpitaux et autres structures de soins, de proposer une aide aux praticiens en

difficulté, tout en évitant le recours aux sanctions disciplinaires, au moins en première intention(37).

En 2005, la FSPHP a émis des recommandations sur le traitement et le suivi des médecins atteints d'une pathologie psychiatrique ou d'une addiction. En même temps, elle a mis en place des collaborations avec des établissements de soins privés susceptibles de participer aux programmes.

Les premiers établissements qui se sont spécialisés dans la prise en charge des médecins avaient vu le jour dans les années 80.

La FSPHP a réalisé des études sur le suivi des médecins ayant bénéficié des programmes et est ainsi devenue une institution reconnue par la AMA et la Federation of State Medical Boards (un équivalent des Ordres des médecins départementaux.) Les PHPs, via la FSPHP, sont reconnus comme pouvant juger de la capacité des médecins à pouvoir exercer.

A ce jour, 48 états fédéraux sur 51 disposent de PHP(38). Il est estimé qu'entre 8 et 12% de tous les médecins exerçant aux Etats Unis sont à risque de développer un problème d'addiction à une substance(39). Une étude menée en Californie (40) comportant 763 médecins retrouve que 7% des médecins souffrent de dépression et que 13% utilisent des anxiolytiques ou médicaments sédatifs. Ces médecins nécessiteraient peut-être de l'aide d'un PHP afin de ne pas développer une addiction. Cela est d'autant plus important qu'un médecin qui développe une addiction a un risque élevé de suicide et d'autres problèmes de santé(41).

Le but des PHP est d'améliorer l'état de santé des médecins par une démarche volontaire. Les médecins sont incités à demander de l'aide en cas de besoin et si possible dès l'apparition d'un problème. La question est toujours de réussir à sensibiliser les médecins à cette démarche. Le médecin bénéficie tout d'abord d'une évaluation initiale par un membre du PHP de sa région. Si cette évaluation montre qu'il faut aller plus loin, le médecin est adressé à une structure de soins avec laquelle le PHP a l'habitude de travailler.

Les PHP comportent en général les 5 éléments suivants :

- 1) une évaluation de la situation initiale par un membre du PHP,
- 2) une évaluation de l'état de santé du médecin avec établissement d'un projet de soins, si nécessaire une seconde évaluation de l'état de santé dans une structure hospitalière sur quelques jours
- 3) un transfert du médecin vers une structure de soins adaptée pour suivre le programme, ou réaliser un traitement en ambulatoire
- 4) un accompagnement et une surveillance active du médecin pendant l'ensemble de son parcours de soin, ce qui comprend également une évaluation de son aptitude à exercer
- 5) des programmes de prévention primaire, encourageant les médecins à consulter tôt en cas de problèmes

Dans quelques cas, le médecin est obligé de suivre le programme dans le cadre d'une sanction disciplinaire.

Seulement 12% des PHP se limitent à une prise en charge des addictions (14), 85% traitent également d'autres pathologies psychiatriques, 62% dans des pathologies organiques. 36% sont uniquement à la disposition des médecins, les autres traitent d'autres professions médicales (dentistes, vétérinaires, pharmaciens). Un suivi pouvant aller jusqu'à 5 ans est assuré afin de maintenir l'abstinence(14), aider dans l'exercice professionnel et dans la surveillance médicale.

Au démarrage du processus chaque situation est analysée afin de vérifier si la situation justifie bien une prise en charge par le PHP. Ensuite le déroulement du programme est expliqué au médecin, avec ses bénéfices et ses conséquences.

Le médecin peut bénéficier soit du PHP de son Etat Fédéral soit disposer du réseau national des programmes d'aide aux médecins. Le choix dépend du praticien. Tout médecin hospitalisé bénéficie d'une évaluation de santé globale.

Il est important de noter que les PHP ne réalisent (16) pas eux-mêmes les soins, mais orientent le médecin.

La durée de la thérapie proposée est personnalisée et chaque médecin bénéficie d'une surveillance active de l'ensemble de son état de santé et de son activité professionnelle pendant son programme. L'objectif, en cas d'addiction, est l'obtention du sevrage complet et définitif. (42)

Souvent l'engagement thérapeutique comprend un programme hospitalier de 3 mois (16) (20), puis une période de post cure en ambulatoire allant de trois à douze mois (16) suivie finalement d'une surveillance active pouvant aller jusqu'à cinq ans.

Les médecins doivent supporter le plus souvent l'ensemble du coût de leur prise en charge (14). Pendant le traitement hospitalier, le médecin arrête d'exercer, puis en période de post cure il reprend souvent son activité, toujours sous surveillance du PHP.

Les PHP proposent aussi des interventions permettant de changer l'organisation de la vie quotidienne. Cela permet d'éviter des récives (42) (43). L'association française MOTS propose également un changement dans l'organisation de son travail.

Plutôt que de donner une sanction disciplinaire, les autorités peuvent préconiser un suivi en PHP. Si les recommandations du PHP ne sont pas suivies, une action disciplinaire est déclenchée, que le médecin soit encore en traitement hospitalier initial ou pendant son suivi ambulatoire de 5 ans.

L'instance disciplinaire est en principe régulièrement informée des progrès du médecin au sein du programme. Une exception existe : si le médecin adhère de façon volontaire au programme et si aucune plainte n'a été déposée, les autorités disciplinaires ne sont pas informées.

En cas de rechute grave une fois repris l'exercice professionnel (44), les autorités disciplinaires sont généralement contactées. Pour permettre d'avoir une ligne de conduite uniforme, la FSPHP a formulé des recommandations concernant les conditions de signalement aux autorités disciplinaires³¹.

La conséquence d'un tel signalement peut être une intensification du programme thérapeutique ou du suivi. Dans les cas les plus graves un retrait du droit d'exercer peut être prononcé(14).

Lors du suivi en post-cure, le maintien du sevrage est surveillé par des dosages urinaires, sanguins et des analyses des cheveux, ainsi que par des visites spontanées sur le lieu de travail. La fréquence des tests est souvent plus courte en début de sevrage qu'en fin du processus. Le médecin s'oblige dans son contrat thérapeutique à suivre toute demande de dosage biologique(16) (44).

Le risque de perdre le droit d'exercer constitue certainement un levier puissant sur les médecins. Ceci explique peut-être le succès de ces programmes.

En dehors du traitement proposé dans le programme, la plupart des PHP préconisent un suivi par des groupes de parole externes, type alcooliques anonymes ou les CADUCEUS groups, des groupes de parole uniquement ouverts aux médecins.

³¹ https://www.fsmb.org/Media/Default/PDF/FSMB/Advocacy/grpol_policy-on-physician-impairment.pdf

Aussi longtemps que le médecin suit les recommandations du contrat thérapeutique il bénéficie de la politique « safe harbour ». Les membres du PHP prennent la défense du médecin devant les autorités disciplinaires. Parfois la participation à un PHP peut protéger le médecin d'une sanction disciplinaire des Medical Boards.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature des données exactes sur le nombre de médecins admis aux PHPs. Nous avons retrouvé une étude nationale(14) qui a interrogé les responsables des PHP des états fédéraux. 39 des 49 PHP de l'époque ont répondu et affirmé d'accueillir 34 nouveaux médecins par an en moyenne par programme (intervalle de 0-150 avec médiane 21). Ils suivent en moyenne 138 médecins en permanence (intervalle de 9-541, médiane 86). Si l'on considère les études américaines, 10 à 12% des médecins ont à un moment de leur carrière un problème d'addiction(14). Sur une population active de 846.686 médecins, les PHP devraient concerner une population cible d'environ 100.000 médecins. Selon une étude américaine(45) comportant 7.288 médecins, les taux de dépendance à l'alcool sont encore plus élevés (21.4% des femmes et 12.9% des médecins), ce qui augmenterait encore la population cible à atteindre. Même si l'on considérait que les 39 PHP de cette étude ont débuté leur activité dans les années 90, ils auraient à ce jour uniquement concerné environ 26.000 médecins, ce qui représente un peu plus que le quart des médecins théoriquement concernés. Il existe donc une discordance entre la population cible et la population atteinte.

En ce qui concerne la répartition géographique nous n'avons pas eu de détails sur les différentes structures avec lesquelles les PHP travaillent.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les PHP ont une collaboration étroite avec les autorités disciplinaires. Le pourcentage de médecins étant obligés de participer aux programmes est généralement situé au-dessus de 50% (56%-61%)(16) (46). C'est un facteur important à prendre en considération quand les programmes évaluent leurs résultats.

Un des facteurs clés du succès des PHP semble être les longues périodes de suivi (5 ans)(16). Même si la période de suivi est plus longue, les résultats ne sont pas meilleurs(46). La surveillance accrue ne prévient pas les récives qui sont de l'ordre de 25%(42).

Les PHP rapportent toujours des taux de réussite du programme et des maintiens en activité importants avoisinants les 80%(20).

Une étude rapporte que les médecins qui ont suivi un programme de PHP diminuent de 20% du risque de plaintes ultérieures(47).

Les PHP sont des programmes de prise en charge de médecins souffrant de pathologies d'addiction avec une vocation double : veiller à la sécurité sanitaire de la population générale et permettre aux médecins de bénéficier d'un traitement adapté. En dehors de leurs résultats remarquables concernant un taux de réussite à plus que 80% et le maintien du sevrage au long cours pendant au minimum 5 ans(20), il y a des publications plus critiques. Beaucoup de PHP travaillant avec des structures spécialisées privées, certains évaluateurs ont suspecté des conflits d'intérêt pouvant fausser les chiffres.

Depuis la création de la FSPHP, les échanges d'informations entre les PHP et les autorités disciplinaires et même l'employeur sont clairement codifiés.

S'il existe une non observance ou non compliance du médecin au programme, les autorités sont informées et le médecin peut perdre son droit d'exercer. Les PHP peuvent donc avoir une influence considérable. Les autorités peuvent contraindre un médecin à suivre un programme. La difficulté est que le médecin doit parfois supporter(14) l'ensemble des coûts, du traitement initial jusqu'à la fin du suivi, ce qui peut représenter plus de 43.000\$ (38.000 euros).

Une autre critique relève que les PHP dépendant des autorités pour le financement ont tout intérêt à s'entendre avec leur financeur.

Au vu des conséquences que cela peut avoir, les confrères peuvent hésiter à signaler ce qu'ils supposent être un problème de santé chez un de leurs collègues ou au contraire le signaler pour lui nuire.

L'enquête qui reprend la satisfaction(41) des médecins se limite à un seul PHP et ne permet pas de conclure à la satisfaction globale des médecins concernant les expériences faites au sein des PHP.

Il est cependant important de souligner le fait que les médecins Américains ont compris qu'il fallait faire la différence entre « *illness* » et « *impairment* ». Impairment correspond à un état tel que le médecin n'est plus capable d'exercer son métier de façon appropriée. Ceci est à distinguer de la maladie (*illness*). En effet le médecin peut être malade, par exemple souffrir d'une addiction, mais grâce au programme du PHP, continuer à exercer son métier et ceci dans des conditions sans risque pour les patients.

B/ L'Espagne

Des programmes d'aide aux praticiens ont été développés depuis 1998 par les Ordres des médecins de chaque région. Initialement le « Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade, PAIMM, PAIME en espagnol » a eu ses origines dans la région de Barcelone et a été subventionné par le Département de Santé de la Generalitat à 80% et par l'Ordre des Médecins de la Catalogne à 20%³². Il est géré par la fondation GALATEA du Conseil de l'Ordre des Médecins de Catalogne.

D'autres régions d'Espagne ont ensuite créé des programmes similaires, incitées par l'Ordre National des Médecins. Le PAIMM de Barcelone est le seul à proposer une unité d'hospitalisation spécifique pour les médecins. Il était clairement envisagé dès le début que les différentes régions pourraient utiliser cette structure d'accueil hospitalier si nécessaire.

La philosophie des programmes est d'offrir un accès ouvert à des soins gratuits pour des médecins souffrant d'une pathologie mentale ou d'un problème d'addiction, sans posture punitive³³. L'objectif principal est de permettre au médecin de retrouver son équilibre vie professionnelle-vie privée et de continuer son exercice professionnel sans danger pour la population.

Les études publiées et traduites en anglais concernent uniquement le PAIMM de Barcelone.

En dehors des programmes actifs de traitement, ces organisations offrent également des programmes de prévention. Le médecin peut continuer à exercer pendant qu'il participe au programme, sauf s'il existe des risques majeurs.

Le médecin peut accéder de façon volontaire au programme. Il peut aussi être forcé de s'y soumettre sur injonction de l'Ordre des médecins.

Le code de déontologie (article 91 et 92) catalan précise qu'un médecin qui éprouve des difficultés à exercer sa profession ou un médecin qui a la notion d'un confrère en difficulté doit recommander à ce confrère de demander un avis spécialisé et doit informer l'Ordre. L'intérêt du médecin est toujours primordial.(48)

Les médecins qui intègrent le programme du PAIMM bénéficient tous d'une évaluation initiale puis éventuellement d'un programme thérapeutique. Il existe 2 programmes principaux, le premier concerne l'addiction à une substance, l'autre des pathologies psychiatriques non addictives. Le traitement proposé est pluridisciplinaire comportant des thérapies cognitivo-comportementales et motivationnelles, des

³² Colloque national décembre 2015 "soigner les professionnels de santé vulnérables"

³³ Colloque national décembre 2015 "soigner les professionnels de santé vulnérables"

thérapies de groupe et individuelles. En fonction de la sévérité des troubles, le traitement peut être ambulatoire ou hospitalier(49).

Les hospitalisations ont lieu dans la Clinique Galatea à Barcelone qui a ouvert ses portes en 2007. Elle comporte 22 lits d'hospitalisation classique et 13 lits d'hospitalisation de jour. Elle est actuellement la seule structure dédiée aux professionnels de santé et est hautement spécialisée dans la prise en charge des addictions de cette population.

La confidentialité sur l'identité des médecins hospitalisés est assurée par 3 moyens : à l'entrée le nom du médecin est changé, il existe un nombre restreint de visiteurs autorisés et les informations sont uniquement communiquées aux personnes que le médecin a désignées. Cet anonymat est garanti sauf dans les cas où le médecin présente un danger pour lui ou d'autres ou lors d'un transfert urgent dans une autre structure de soins³⁴.

L'adhésion à un programme du PAIMM est basée sur un engagement réciproque, avec parfois l'établissement d'un contrat thérapeutique. Il est parfois prévu que l'information soit transmise à l'Ordre des médecins (non compliance au programme, évolution négative). Quand c'est nécessaire un programme thérapeutique intensif peut être mis en place. Sur 1558 médecins suivis au PAIMM de Barcelone entre 1998 et 2012(49), 77 se sont vus appliquer des mesures spécifiques de contrôle, 99 ont changé d'activité ou ont été mis en invalidité définitive. Seulement 2 interdictions d'exercice définitives ont été prononcées. Une autre étude(49), comprenant un nombre important de médecins ayant été suivis dans ce programme, sur des périodes de plusieurs années, montrent que les médecins, au fil des années, présentent moins de problèmes d'addiction et de troubles mentaux sévères nécessitant une prise en charge hospitalière.(49) Au début des années 2000, il y avait une hospitalisation dans 30% des cas. Dans la période 2008-2011 ce taux chutait à 20%. Sur cette même période les cas de troubles de l'adaptation sans addiction augmentent et l'âge des médecins demandant de l'aide est plus bas.(49)

Une autre étude menée en 2014 (50) compare les profils des médecins admis au PAIMM selon qu'ils l'ont intégré de façon volontaire ou non. L'échantillon comportait 1545 médecins. 83.2% des médecins y ont adhéré de façon volontaire. Ces médecins étaient plus souvent jeunes (49.6 ans, comparé à 55 ans $p < 0.01$) et des femmes (54.2%). La durée du traitement des médecins ayant adhéré volontairement a été statistiquement plus courte que pour les autres (24.3 mois contre 32.4 mois $p < 0.01$).

³⁴ <http://www.clinica-galatea.com/en/>.

On note une augmentation croissante des accès volontaires au programme depuis sa création avec des taux allant de 81.3% en 1998 à 91.5% au cours dernières années.(50)

Nous avons obtenu un rapport qui reprend l'activité depuis 1999 jusqu'en 2014 : le programme a traité pendant cette période 2125 médecins, la majorité provenant de la région catalogne. Actuellement environ 40.000 médecins exercent en Catalogne. 5% de la population médicale a bénéficié des services du PAIMM. Nous n'avons pas retrouvé des chiffres concernant les médecins catalans, nous reprenons comme les auteurs de l'étude(49), que 10% à 14% des médecins souffrent à un moment donné d'une addiction. Le programme PAIMM a alors atteint un tiers de sa population cible.

Année	Nouveaux cas PAIMM/PAIME	Variation
1999	80	-
2000	103	+28.75%
2001	139	+34.95%
2002	144	+3.60%
2003	136	-5.56%
2004	141	+3.68%
2005	135	-4.26%
2006	151	+11.85%
2007	174	+15.23%
2008	134	-22.99%
2009	139	+3.73%
2010	136	-2.16%
2011	138	+1.47%
2012	121	-12.32%
2013	124	+2.48%
2014	130	+4.84%
Total	2.125	///

35

On peut dire que le modèle catalan a un taux de participation volontaire important. Les médecins sont peut-être en confiance car l'attitude du PAIMM n'est pas punitive on ne sait cependant pas quelle est la politique des Ordres et s'ils se sont réellement emparés de cette possibilité de forcer un médecin à participer au programme. S'ils sont peu actifs et restent dans l'idée que les médecins doivent être volontaires et sont peu actifs cela peut fausser les conclusions qu'on peut tirer des statistiques. En cas d'évolution non favorable au cours du traitement ou lorsqu'il existe des difficultés dans la pratique professionnelle du médecin, l'Ordre des

³⁵ D'après le rapport de la fondation GALATEA, mis à disposition par le Docteur ARTEMAN Antoni

médecins est informé. Les études montrent que très peu de médecins nécessitent finalement un retrait de leur droit d'exercice. Les PAIMM se sont établis dans toute l'Espagne, seule le PAIMM de Barcelone met à disposition des statistiques.

C/ L'Angleterre

Dans les années 1990, des études menées (51) par l'Etat ont mis en évidence un état de stress très important au sein de la population médicale. Une des explications avancées étaient des restrictions budgétaires liées à une réorganisation du système de santé. Une des particularités du système de soins en Angleterre est que la plupart des médecins sont des salariés du service national de santé. (NHS). Or même si les médecins sont des salariés, ils ne bénéficient pas tous, des indemnités journalières immédiates en cas d'arrêt maladie ou d'un suivi adapté en médecine du travail. C'est fonction du contrat qu'ils ont signé avec le NHS.

Dans le système de soins anglais les médecins ne peuvent pratiquer ni l'auto prescription, ni prescrire à un membre de leur famille. Si une prescription est réalisée malgré tout, il faut qu'elle réponde à un caractère d'urgence et elle être justifiée par le médecin.

Il existe de multiples associations dont une des missions est de venir en aide aux médecins. Nous ne présentons ici que les principales.

La British Medical Association (BMA) est à la fois une association professionnelle et un syndicat médical au Royaume Uni. La plupart des médecins exerçant en Angleterre sont affiliés à la BMA. Lors de leur inscription, ils reçoivent une plaquette avec le numéro de téléphone des 2 services d'entraide offerts, services qui sont accessibles sur tout le territoire national. Il s'agit de services téléphoniques uniquement. Le premier a été fondé en 1997 et s'appelle le « BMA counselling service ». Il fonctionne 24/24h. Il offre un service de conseils par téléphone par des médecins qualifiés en psychothérapie. Le médecin peut appeler pour tout problème de santé qui pourrait avoir une répercussion sur son exercice professionnel. Le nombre d'appels est illimité, l'anonymat peut être garanti, le service est gratuit pour l'appelant. Il s'agit d'une thérapie par téléphone. Il est possible, si plusieurs séances sont nécessaires de fixer des rendez-vous pour avoir toujours le même interlocuteur.

Ils reçoivent environ 200 appels par mois, 75 d'entre eux nécessitent un réel suivi en psychothérapie. Il y a 273.761 médecins³⁶ exerçant au Royaume Uni qui peuvent appeler ce numéro.

³⁶ http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp

Le deuxième service, créé en 2004, est : le « doctor advisor service ». Là il ne s'agit pas de proposer une thérapie, mais plutôt une écoute bienveillante, même si l'entretien peut avoir un impact thérapeutique. Il s'agit d'un espace d'entretien confidentiel, et pas d'un espace de soins. Si le médecin appelant nécessite un traitement spécialisé, hospitalier ou se situe en situation de détresse urgente, le confrère écoutant va l'orienter vers les structures adaptées.

Ces 2 services n'ont pas de lien direct avec le GMC (General Medical Council), un équivalent de l'Ordre des médecins en France. Si le médecin écoutant pense que l'appelant présente un danger pour ses patients il ne peut que s'efforcer de convaincre le confrère de s'arrêter de travailler. S'il pense que ses conseils ne seront pas suivis il doit en informer le GMC qui lance alors une enquête. Toutefois les confrères écoutants essaient toujours d'obtenir l'autorisation du médecin appelant afin de contacter leur médecin traitant et d'organiser une prise en charge. Ils essaient de ne pas avoir à réaliser un signalement.

Au vu du succès de ces 2 numéros, le GMC a demandé à la BMA d'étendre ses services aux médecins en instance de procédure disciplinaire auprès du GMC, par création d'un nouveau service spécialement dédié à cette fonction.

MedNet est une association fondée en 1995 qui a une expérience dans le domaine de l'écoute du médecin. MedNet propose si nécessaire après un premier contact téléphonique, des entretiens en face à face. La plupart des demandes sont liées à la pression ressentie dans l'exercice professionnel, un déséquilibre vie privée-vie professionnelle. Les médecins, qui accueillent le médecin-patient sont des médecins formés en psychothérapie et psychiatrie. Il est possible de réaliser jusqu'à 6 entretiens par praticien. Si le médecin-patient nécessite un suivi plus long il peut être dirigé vers d'autres consultants ou services. 1062 médecins ont fait appel à leur service entre 1 janvier 2002 et décembre 2011(52) sur une population médicale totale de 273.761 médecins.

Cependant l'aire d'intervention de MedNet est limitée à la région de Londres et au Sud Est de l'Angleterre. Une étude publiée en 2014 qui comprend 912 questionnaires complétés de manière anonyme(52), montre qu'en 10 ans d'existence, les demandes ont été de plus en plus nombreuses. Des échelles de mesure du stress psychologique subjectif et de l'épuisement professionnel étaient utilisées.³⁷ Ces pathologies concernaient 59% des médecins.

D'autres structures existent, telle que le Sick Doctors Trust, fondé en 1996 et qui est offre une ligne d'écoute téléphonique pour des médecins souffrant d'addictions.

³⁷ Score MBI et score CORE OM

Cette association s'efforce d'accompagner le médecin patient par téléphone jusqu'à l'obtention du sevrage et au-delà. Cet accompagnement s'étend à la famille et aux collègues des médecins. La particularité de cette association est que la plupart des médecins qui y travaillent sont d'anciens patients ayant souffert d'addictions. Le Sick Doctors Trust a une campagne de communication assez ouverte avec des médecins qui exposent leur propre histoire sur le site internet de l'association. L'objectif est de déculpabiliser les médecins souffrant d'addiction et de diminuer leur peur de la stigmatisation. Culpabilisation et crainte de la stigmatisation entraînent un retard de prise en charge et d'une aggravation de la situation.

En septembre 2008 a été lancé à Londres un projet pilote le Practitioner Health Program(53). Initialement prévu pour la capitale son extension dans tout le pays est planifiée, mais n'a pas encore été réalisée. Son but est de pallier au manque de ressources dédiées permettant une prise en charge confidentielle aux médecins malades. Le programme envisage que de manière exceptionnelle il puisse prendre en charge des médecins venant d'autres régions. La prise en charge des maladies chroniques n'est pas du ressort du PHP qui redirigera le médecin vers son médecin traitant. Classiquement un premier contact est établi qui décide ensuite éventuellement d'un suivi auprès d'une structure ou de soignants ressources. L'association, qui est supportée par le NHS, peut être contactée par le médecin, sa famille ou une autorité.

L'équipe de premier niveau (PHP 1) est formée d'une équipe paramédicale et médicale (incluant des médecins généralistes), spécialisée en psychothérapie et en addiction.(53) Contrairement aux associations précédemment décrites le PHP dispose de locaux dans un établissement de soin public (Riverside Medical Center). Chaque médecin bénéficie d'une évaluation approfondie lors du premier entretien. En fonction de ses besoins un programme thérapeutique est établi. Il peut être réalisé en ambulatoire ou en hospitalier. Le premier niveau « se limite » à une psychothérapie courte jusqu'à un maximum de 6 séances. Si un besoin prolongé est requis, le médecin est alors dirigé vers les structures ou professionnels de second niveau. (PHP2)

Ce niveau se compose d'un groupe de spécialistes externes de tous les domaines de santé. La prise en charge peut ici également être réalisée en ambulatoire ou hospitalier. Le PHP dispose de liens privilégiés avec des structures de soins permettant un accueil rapide des médecins en cas de besoin.

Comme pour les autres associations, le GMC peut être informé en cas de non compliance ou de non observance du médecin-patient, ou si celui-ci présente un danger pour sa patientèle. Le médecin peut aussi arguer de sa participation au programme PHP pour montrer sa motivation lors d'une enquête disciplinaire par le GMC. Dans ce cas et avec le consentement du médecin, le GMC est informé des

progrès du médecin. Le Practitioner Health Programme met à disposition certaines informations internes.

Depuis sa création en 2008 et jusqu'en 2013, 1078 médecins ont bénéficié d'une prise en charge(54). Il est estimé que 7% des médecins seront atteints une fois dans leur vie par une dépression, un burnout ou une addiction(53).

Durant ces 5 premières années d'existence, il a été constaté que la majorité des appelants étaient de jeunes médecins généralistes. Au fil du temps les appels pour addiction ont diminué alors que les appels pour problèmes psychologiques ont augmenté.

Le nombre de signalements au GMC a diminué au cours du temps, passant de 33% au début à 7% des cas en 2013. 76% des médecins participants au PHP ont pu être maintenus au travail ou ont pu le reprendre. Le recours au niveau 2 est de plus en plus important. Le PHP est dans la logique de développer ses services pour éviter de devoir faire appel à des structures extérieures.

La principale difficulté des programmes d'aide en Angleterre est qu'elles sont très inégalement réparties sur le territoire.

D/ L'Allemagne

La fondation Brendan-Schmittmann réalise des études sur le burnout des médecins allemands depuis 1996. Dans une de leurs études publiée en 2008, 659 médecins sur 6000 sollicités ont répondu. 5 à 10% ont été identifiés comme souffrant d'un burnout, 80% ont dit avoir dans le passé présenté un symptôme du burnout et 50% ont répondu qu'ils étaient très fatigués à la fin d'une journée de travail.

Se saisissant de cette question beaucoup d'ordres des médecins des Etats fédéraux, ont établi des programmes afin de le prévenir.

En parallèle, il existe des programmes afin d'aider les praticiens souffrant d'addictions, de problèmes psychologiques ou somatiques (55). Les 17 Ordres départementaux ont chacun un référent vers lequel les médecins peuvent se retourner. Ce référent pourra faire le lien avec des structures spécialisées dans la prise en charge des médecins par exemple les « Oberbergkliniken ». Ces cliniques se sont spécialisées dans la prise en charge des médecins souffrant de burnout, dépression, addiction et d'autres pathologies du domaine psychiatrique.

En 2007 ont été mis en place au niveau des 16 « Bundesländer » (un équivalent des départements en France) des programmes de prévention des addictions. Ils font partie intégrante des ordres des Médecins.

Un des départements pionniers a été le « Bundesland Hessen ». Le premier contact se fait via un numéro de téléphone ou par la rédaction d'un mail vers le responsable de cette cellule au sein de chaque Ordre local des médecins. Il n'existe donc pas de permanence téléphonique 24h/24h.

Le programme est basé sur une posture aidante de l'Ordre plutôt que sur une posture répressive. Un premier entretien confidentiel est réalisé au niveau de l'Ordre avec le référent, puis en fonction des besoins, le référent oriente le médecin dans le système de soins. Le référent de par sa fonction, a des liens privilégiés avec des personnes ressources et peut organiser la prise en charge rapide du médecin. Le médecin est obligé de suivre les recommandations figurant dans le contrat thérapeutique qu'il établit avec l'Ordre s'il veut pouvoir bénéficier de la poursuite de l'aide. Cet accompagnement se déroule généralement sur une année.

Les ordres régionaux et l'Ordre national ont pris la décision d'offrir, comme en France, un service d'entraide situé dans toutes les régions. Globalement leur mode de fonctionnement est comparable. On peut cependant dire que le suivi des médecins est beaucoup plus strict en Allemagne et que l'Ordre est informé des résultats de la thérapeutique suivie, même si le contenu de la thérapie proposée reste soumis au secret médical. Il est également précisé qu'en cas de non-compliance au contrat thérapeutique, les autorités compétentes sont averties ce qui peut entraîner un retrait de l'autorisation d'exercer.

Nous n'avons obtenu de statistiques que pour le Bundesland Hessen. 34.700 médecins y travaillent. Une étude de grande étendue de la fondation Brendan-Schmittmann retrouve, pour l'Allemagne, un taux global de burnout de 5 à 10%³⁸. Des études internationales retrouvent en général des taux plus importants de l'ordre de 30%. (56). En ce qui concerne les addictions, peu d'études allemandes sont publiées. Nous avons pu retrouver des taux de médecins concernés allant de 2% (57) (58) à 8%. (59). Selon les informations fournies par le référent du Bundesland Hessen que nous avons joint, depuis l'ouverture de la structure en 2007, 400 médecins ont bénéficié d'une aide. Si nous prenons un taux de prévalence de 10% pour le burnout et un taux de 5% pour les addictions, nous pouvons estimer que 3470 médecins souffrent de burnout et 1735 médecins d'addiction. Avec les réserves d'études peu nombreuses, on peut imaginer que le programme a atteint entre 11.5% et 23% de la population cible.

³⁸ Die vertragsärztliche Tätigkeit im Lichte des Burn-out-Syndroms.

E/ La Belgique

Il existe 2 grandes structures qui sont nées au cours des dernières années. Il s'agit de « arts in nood », que l'on peut traduire par « médecin en difficulté/détresse » et la commission professionnelle et sociale. Cependant il existe aussi des associations locales ou régionales comme doctors 4 doctors.

1/ « Arts in nood »

L'association « arts in nood » est née du constat qu'il existe des structures locales qui réalisent un travail important dans leur région mais qu'il est nécessaire de fédérer et de coordonner les actions au niveau national.

Le premier objectif d'« arts in nood » est de proposer une assistance à tout médecin belge qui se trouve en détresse psychologique. L'initiative est venue des Ordres des médecins provinciaux qui se sont préoccupés de la santé psychologique des médecins notamment à la suite de suicides.

En 2013 un groupe de travail a vu le jour à l'Ordre des médecins de Flandres Orientale pour réfléchir sur les modalités du fonctionnement d'une telle structure. Après une petite phase de réflexion, la première phase test a été lancée. Les débuts ont été modestes : 2 appels par semaine pour une population médicale couverte de 5000 à 5500 médecins. Il n'y avait encore pas eu à ce moment-là de communication importante sur l'existence d'une telle structure. Alors même que le programme n'était qu'au démarrage, il a été décidé d'inclure dans l'expérimentation la Province de Luxembourg.

Après la phase d'expérimentation jugée positive dans les 2 provinces, l'Ordre national des médecins a été sollicité, dans le but d'étendre la couverture à l'ensemble du territoire national en 2016. L'Ordre national a accepté la proposition et vient en aide aux provinces qui souhaitent mettre en place des associations sur leur territoire. Au niveau de l'Ordre national a été créée une commission d'entraide qui coordonne tous les projets.

En novembre 2015, l'association « arts in nood » nationale a été lancée officiellement. Elle fédère toutes les associations régionales qui gardent toutefois leur autonomie de fonctionnement.

L'Ordre national coordonne et fixe les objectifs. Si besoin les provinces adaptent les programmes à leur territoire.

Un numéro national unique est mis en place, numéro sur lequel tout médecin peut appeler aux horaires de bureau. Un médecin qui appelle pour un autre motif qu'une détresse psychologique, sera aiguillé vers une autre structure. Dans la phase de test du projet, une permanence téléphonique de 24h/24h avait été proposée, le dispositif n'était pas rentable au vu du faible nombre d'appels traités. Le médecin appelant peut, en dehors des horaires d'ouverture, laisser un message ou contacter l'association par mail.

Lors du premier appel, le médecin sera pris en charge par un psychologue et le déroulement du programme d'aide lui sera expliqué. Le psychologue oriente ensuite le médecin vers un « médecin de confiance » de sa région. Le médecin appelant peut être pris en charge de manière anonyme. Après ce premier entretien, le psychologue se charge d'appeler le médecin de confiance choisi afin que celui-ci rappelle le médecin demandeur. Le « médecin de confiance » contacte par téléphone le médecin appelant, et débute la prise en charge. Si le besoin s'en fait sentir, il peut adresser le médecin appelant à un confrère de second recours qui fait partie du réseau de partenaires d' « arts in nood ».

Une fois la relation d'aide professionnelle mise en route, l'aide de « arts in nood » s'arrête. L'association joue finalement le rôle d'intermédiaire entre les appelants et ceux qui vont les prendre en charge.

Le médecin n'est pas rappelé systématiquement pour étudier les effets du programme d'aide. Le médecin de confiance fait un rapport sur l'aide proposée à l'association.

En ce qui concerne le transfert d'informations, il existe un mur infranchissable entre l'Ordre des médecins et l'association. L'association n'a aucun pouvoir de sanction et aucune information nominative, si elle est disponible, ne sera transmise à l'Ordre. La seule exception est le médecin qui présente un danger pour une autre personne.

Le dispositif entre en vigueur en 2016 et les évaluations permettront de mesurer son acceptabilité. Les points forts du projet sont l'organisation et le financement national, gage de prise en charge uniforme sur le territoire. Des adaptations régionales ou locales peuvent toutefois être faites. L'étude permettra de mettre en place une base de données et de recherche. L'association a également pour but de s'ouvrir au grand public pour lui montrer l'importance de préserver la santé et l'équilibre psychique de ses médecins.

2/ La commission professionnelle et sociale

Elle a été créée en mai 2015 au niveau de la province francophone de Bruxelles Brabant. Il s'agit d'un service d'entraide qui intervient pour tout ce qui peut poser un problème à un médecin lors de son exercice. Il peut s'agir de difficultés psychologiques, d'organisation, de harcèlement, financiers....

L'initiative du premier contact doit venir du médecin lui-même. Aucune sollicitation extérieure au médecin n'est prise en compte.

Les appels sont pris en charge pour l'instant par une seule personne de référence qui a bénéficié d'une formation en management, médiation et business coaching, avec une expérience de 15 ans dans les ressources humaines. L'idée est d'offrir dans un premier temps une écoute neutre, libre de toutes les institutions.

Les horaires et les lieux de rencontre sont laissés au libre choix du médecin appelant. Il existe une flexibilité horaire et géographique dans la région. La personne de référence expose le cas à une commission qui comporte des médecins, des juristes, des conseillers fiscaux et même un philosophe éthicien. Ceci permet un échange pluriprofessionnel permettant de proposer la meilleure prise en charge possible pour le médecin en difficulté.

La confidentialité est absolue car aucun membre de la commission ne connaît le nom des confrères en difficulté traités. Les objectifs de la commission sont clairs : *« mettre à disposition des médecins une assistance et/ou une guidance médico-sociale, psychologique, administrative et financière, par le biais d'une commission dont le fonctionnement est strictement indépendant de la commission disciplinaire. »*³⁹ Ainsi l'aide offerte peut aller de l'organisation d'un agenda jusqu'à la gestion des équipes pour un chef de service des hôpitaux.

Les organisateurs ont fait le choix d'une personne de référence non médecin. Ils pensent qu'en procédant ainsi ce professionnel va porter un regard neutre et extérieur sur la situation. Il s'agit de faire en sorte que le médecin ne se sente pas gêné de demander de l'aide à un confrère. Le but n'est pas de faire des médecins appelants des assistés mais de leur montrer leurs possibilités, de les orienter et de les accompagner. Le médecin est systématiquement rappelé plusieurs mois après la fin de la prise en charge pour savoir si la commission peut encore lui apporter une aide.

La Belgique, dont le territoire est plus petit que celui de la France, voit s'implanter sur ses régions des structures locales et a décidé de fédérer l'ensemble des différentes associations au sein d'une commission ordinaire nationale. La

³⁹ Citation de Madame Aude Boeyen pendant l'entretien téléphonique

confidentialité des données est ici aussi absolue, sauf dans les dérogations prévues par la loi (dangerosité du médecin pour une tierce personne).

F/ La Suisse

ReMed (rete medicorum) le projet d'aide réservé aux médecins a été lancé en Suisse en 2007 comme projet pilote dans 2 cantons (Thurgovie et Neuchâtel). En 2006, ce projet est parti du constat que les médecins hospitaliers, notamment les plus jeunes et les internes, souffraient d'épuisement. Par la suite le même constat a été fait chez les médecins libéraux ce qui a entraîné une extension du programme à leur profit. Devant le succès du réseau, son aire d'influence a été étendue à toute la Suisse en 2010.

Le but est de proposer un réseau de soutien pour les médecins. La définition de soutien est maintenue volontairement assez large.

550 médecins ont fait appel à la structure entre 2007 et 2015. La population médicale suisse comportait en 2007 29.052 médecins et 35.325 en 2015.⁴⁰ Dans 80 à 90% des cas il s'agissait de problématiques somatiques ou psychologiques et dans 10% des cas de problèmes socio-juridiques. Nous n'avons pas de données disponibles sur l'évolution du nombre d'appels au cours des années.

Il existe 2 autres structures qui elles, peuvent intervenir lorsque le médecin a des problèmes financiers.

Au niveau de ReMed il existe 5 groupes d'intervision composés de 6 médecins chacun. Chaque groupe d'intervision, est entouré d'un réseau de médecins spécialistes référents dans plusieurs domaines qui peuvent intervenir dans la prise en charge des médecins.

L'association ne communique aucune donnée à la fédération des médecins suisses, même si celle-ci intervient au niveau du financement. La confidentialité est absolue sauf pour les dérogations prévues par la loi suisse (mise en danger de personnes mineures, mise en danger immédiat d'une personne, état de santé incompatible avec l'exercice de la profession). Si l'état de santé du médecin le nécessite, l'association essaie de le convaincre de se mettre en arrêt maladie.

2 particularités du système sont à souligner : un numéro qui peut être appelé en dehors des horaires de bureau et un moyen de communication original, un groupe de théâtre interactif. La cellule téléphonique fonctionne durant les horaires de

⁴⁰ http://www.fmh.ch/files/pdf17/SAEZ_12-13_Artikel_Aerztstatistik_2015_D.pdf

bureau. En dehors de ces horaires les appels sont transférés vers une ligne d'appel d'urgence officielle, ce qui diminue le coût pour ReMed. Quoi qu'il en soit, après un premier contact, la cellule téléphonique transmet les informations à ReMed. Un médecin de ReMed contacte le médecin appelant dans 72 heures au plus tard.

En dehors des moyens classiques (pages de publicité dans des journaux, site internet), ReMed fait appel à un groupe de théâtre interactif qui connaît un grand succès lors des congrès ou réunions professionnelles. Un groupe d'acteurs professionnels ayant souvent une formation supplémentaire dans le domaine social, jouent un scénario : le burnout, l'addiction à l'alcool etc. Chaque scénario comporte 3 à 4 scènes et entre chaque scène le modérateur échange avec la salle sur le comportement que les acteurs doivent adapter pour la suite de la pièce. Ainsi les médecins dans la salle agissent directement sur le scénario et peuvent voir les conséquences de leurs suggestions. Cette présentation permet aux médecins de s'identifier aux personnages qu'ils ont devant eux. Les acteurs présentent d'une manière interactive et humoristique, une problématique sensible et mobilisent les ressources des participants en les interpellant au cours de la pièce. Les promoteurs espèrent provoquer une prise de conscience des spectateurs qui pourraient, pour ceux qui se sentent concernés, faire appel à ReMed par la suite. ReMed couvre depuis 2010 l'ensemble du territoire suisse. Le promoteur de la structure nous a signalé au téléphone que le nombre d'appels à la structure augmentent les semaines après que la groupe de théâtre a réalisé une mise en scène dans une région.

CONCLUSION

La synthèse d'une perspective idéale

Il existe plusieurs modèles de structures d'aide aux praticiens en difficulté. Malgré leurs différences, les associations, où qu'elles soient dans le monde, ont un objectif commun : venir en aide aux médecins en difficulté, leur offrir une écoute attentive puis les accompagner pour qu'ils améliorent leur état de santé. Au bout du compte les structures étudiées s'occupent de soignants, quel que soit leur mode et leur lieu d'exercice.

Nous nous sommes aperçus qu'au bout d'un certain nombre d'années d'exercice, dans tous les pays, les Ordres nationaux ou des structures nationales avaient le souci de coordonner et de fédérer les actions régionales ou locales.

Les points communs à tous les programmes nous permettent d'imaginer ce qui pourrait être le système idéal :

1. un numéro de téléphone, national si possible : c'est le moyen de communication le plus simple et le plus accessible
2. horaires : un accès 24h/24h n'est pas forcément nécessaire si des moyens de communication (mail, internet, répondeur) sont disponibles en dehors des heures d'ouverture.
3. Une couverture géographique nationale
4. Une accessibilité garantie à tous les médecins, quel que soit leur statut
5. Le respect de l'anonymat s'il est souhaité et s'il est possible
6. Le respect de la confidentialité
7. Des personnels répondants formés à l'écoute pour accueillir la demande
8. Des personnels écoutants formés à la prise en charge psychothérapique par téléphone. La discussion peut porter sur leur profession (médecins, psychologues...)

9. Des procédures établies permettant des prises en charge en situation d'urgence (dangerosité, risque suicidaire)
10. Des personnes ressources pour une prise en soins de deuxième niveau
11. Des structures ressources avec lesquelles sont établies un partenariat fort. La question des structures réservées aux médecins ou non n'est pas résolue.
12. Une prise en charge globale pluri professionnelle (médecins, juristes, conseillers fiscaux...)
13. Des valeurs partagées. Confraternité, respect des personnes, écoute bienveillante
14. Un suivi dans le temps des actions menées
15. Une coordination nationale des structures
16. Une exploitation des données recueillies qui permette une meilleure compréhension de ce qui est fait et de ce qui peut être amélioré
17. Une bonne collaboration entre les structures d'aide afin d'apporter la réponse la plus adaptée au médecin appelant.

Les expériences citées ici montrent toutes l'intérêt d'une collaboration étroite et respectueuse entre les structures ordinales ou apparentées, qui peuvent avoir un rôle de sanction, et les structures d'aide. Participer au financement donne des droits, faut-il encore les définir de manière précise. Cette collaboration peut être précisée par la signature de charte entre les structures d'aide et les institutions professionnelles.

Il est évident que les programmes de prévention qui sont mis en place, s'ils sont suivis par les médecins, vont peut-être faire en sorte que la question des structures d'aide ne se posera pas dans les mêmes termes à venir.

Ce qui peut être réalisé et les freins à lever :

Nous avons mis en évidence les éléments idéaux qu'une structure d'aide aux médecins devrait avoir. La plupart des éléments décrits sont déjà repris par les associations. Peut-être pourrait-on améliorer certains points. L'entrée en contact avec la population cible est peut-être le premier point à travailler. Il faudrait que tous les médecins français soient informés de l'existence de structures d'aide. Il semble qu'au niveau pratique l'existence d'un numéro de téléphone unique serait de nature à faciliter les démarches d'un médecin en difficulté.

La formation des personnes répondant au téléphone n'est pas un obstacle important à surmonter, car tous les répondants ont déjà des notions de base dans l'écoute du fait de leur profession. L'établissement du réseau d'aide de second niveau se crée naturellement par le réseau déjà utilisé par les personnes répondantes dans leur pratique quotidienne en tant que soignant. Il nous semble que jusqu'à cette étape, il existe peu de freins à lever dans les associations, mais qu'il faut encourager les médecins à demander de l'aide.

Le principal levier concerne celui des structures d'hospitalisation pour les médecins. Même si actuellement le besoin d'hospitalisation apparaît relativement faible pour l'ensemble des associations (en moyenne moins de 10% des appels par an par association, revenant à quelques dizaines de médecins par an) il faut se poser la question de la création ou non de structures spécifiques pour les médecins. Nous avons pu comprendre qu'il existe actuellement 2 grandes visions au sein des associations. La première consiste à utiliser les moyens d'hospitalisation déjà disponibles en formant les équipes à l'accueil des médecins et leurs spécificités, la deuxième consiste en la création d'unités dédiées aux médecins. Même si nous n'avons pas pu obtenir le détail exact des dépenses, certaines associations nous ont communiqué le fait que quelques ARS financent actuellement déjà des lits d'hospitalisations dans des établissements de soins généraux, voire subventionnent la création d'une unité dans une région de France. Il semble donc que certains directeurs d'ARS aient compris en compte de cette manière le besoin prendre en charge les médecins avec leurs spécificités.

L'Ordre national des médecins a également une politique d'aide envers les médecins en collaborant avec les associations d'aide aux médecins. Il nous semble important, comme pour toutes les associations, d'agir également en prévention primaire afin de ne pas aboutir à un état de santé nécessitant une hospitalisation pour un burnout ou autre problème psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Truchot D, Lheureux F, Borteyrou X. Santé physique et idéations suicidaires chez les médecins généralistes. L'influence du burnout. ResearchGate. 1 janv 2014;322.
2. Estryn-Behar M, Muster D, Doppia MA, Machet G, Guetarni K, Fry C. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins: Résultats de l'enquête SESMAT. Concours Méd. 131:22-5.
3. Bovay F. Satisfaction chez les médecins généralistes installés: enquête qualitative par entretiens semi dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
4. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet Lond Engl. 14 nov 2009;374(9702):1714-21.
5. Gautier A. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003.
6. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants - Cairn.info Santé Publique 4/2009 (Vol. 21) , p. 355-364 [Internet]. [cité 21 janv 2016]. Disponible sur: http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.html#anchor_citation
7. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives.
8. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudja J-M, et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission Nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008;
9. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Le burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge, KCE reports 165B.
10. Roman S, Prévost C. La santé des médecins, état des connaissance set approches préventives. 2015.
11. Léopold Y. Suicide et souffrance du médecin. Médecine. 11(9):391-3.
12. Carr G. Physician suicide-A problem of our time. PHP Update. Spring 2009.
13. Galam E. Soigner les soignants. La formation implicite des médecins et leurs fragilités. Médecine. 11(9):388-90.
14. DuPont RL, McLellan AT, Carr G, Gendel M, Skipper GE. How are addicted physicians treated? A national survey of Physician Health Programs. J Subst Abuse Treat. juill 2009;37(1):1-7.

15. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *J Ment Health Abingdon Engl.* avr 2011;20(2):146-56.
16. DuPont RL, McLellan AT, White WL, Merlo LJ, Gold MS. Setting the standard for recovery: Physicians' Health Programs. *J Subst Abuse Treat.* mars 2009;36(2):159-71.
17. Desprès P, Grimbert I, Lemercy B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes DREES, études et résultats N°731 juin 2010.
18. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/442/>
19. Nolwenn Rabot. La prévoyance du médecin généraliste libéral: une étude descriptive en région Rhône Alpes: avec le soutien de l'URPS Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00814670/document>
20. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ.* 2008;337:a2038.
21. Carinci AJ, Christo PJ. Physician impairment: is recovery feasible? *Pain Physician.* juin 2009;12(3):487-91.
22. Prod'homme M, Birault F. Attentes et avis des médecins du Poitou-Charentes concernant la mise place d'un réseau de soins destiné aux soignants: enquête par entretiens individuels auprès de 11 médecins du Poitou-Charentes. France; 2013.
23. Bouet P, Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1ier janvier 2014 [Internet]. [cité 20 sept 2015]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
24. URPS médecins Lorraine. Santé des médecins en Lorraine [Internet]. [cité 20 avr 2015]. Disponible sur: http://hygiee.info/statistics_user.php?sid=46533
25. Jurin J-L. Santé psychique et psychologique. Enquête URPS Médecin Lorraine 2014;
26. Léopold Y. Le suicide des médecins: expression ultime du burn-out? [Internet]. 2006 [cité 23 avr 2015]. Disponible sur: www.apima.org/img-bronner/Suicide_Medecins_2006.pps

27. Bonneaudeau S. Le médecin/malade: un patient comme les autres? [Internet]. Université Paris Diderot-Paris 7 faculté de médecine; 2011 [cité 6 mars 2015]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583_These_Medecin_Malade-Bonneaudeau-05juil11.pdf
28. Hendin H, Maltsberger JT, Haas AP. A Physician's Suicide. *Am J Psychiatry*. 1 déc 2003;160(12):2094-7.
29. Wallace JE. Mental health and stigma in the medical profession. *Health Lond Engl* 1997. janv 2012;16(1):3-18.
30. Hendin H, Reynolds C, Fox D, Altchuler SI, Rodgers P, Rothstein L, et al. Licensing and physician mental health: problems and possibilities. *J Med Licens Discip*. 2007;93(2):6-11.
31. Galam E. Soigner les médecins malades Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. *Médecine*. 2013;9(9):420-3.
32. Galam E. Soigner les médecins malades Seconde partie : quels médecins soignants ? *Médecine*. 2013;9(10):471-4.
33. Bright RP, Krahn L. Depression and suicide among physicians : Current Psychiatry [Internet]. [cité 26 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.currentpsychiatry.com/home/article/depression-and-suicide-among-physicians/b1d152751a0bb7bf9e4c2b5aeb2a416e.html>
34. Labeille G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhone-Alpes [Internet]. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2013 [cité 20 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20APM%20chez%20les%20MG,%20Version%202.0.pdf>
35. Thevenot J, Ormieres J-J. Epuisement professionnel. Les pistes proposées par le conseil de l'Ordre pour la prise en charge des médecins en Haute-Garonne [Internet]. [cité 15 juin 2015]. Disponible sur: http://www.dufmcepp.ups-tlse.fr/app_scom/scom_fichier/repertoire/091015151001.pdf
36. GALAM E, LEOPOLD Y. Burn out : épuisement des médecins. *En parler ! CONCOURS Med*. 17 avr 2008;130(8):393-405.
37. Krall EJ, Niazi SK, Miller MM. The status of physician health programs in Wisconsin and north central states: a look at statewide and health systems programs. *WMJ Off Publ State Med Soc Wis*. oct 2012;111(5):220-7.
38. Boyd JW. Deciding Whether To Refer a Colleague to a Physician Health Program. *AMA J Ethic*. 1 oct 2015;17(10):888-93.

39. Farber NJ, Gilibert SG, Aboff BM, Collier VU, Weiner J, Boyer EG. Physicians' willingness to report impaired colleagues. *Soc Sci Med* 1982. oct 2005;61(8):1772-5.
40. Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. août 2009;33(4):289-95.
41. Merlo LJ, Greene WM. Physician views regarding substance use-related participation in a state physician health program. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict*. déc 2010;19(6):529-33.
42. White W, DuPont RL, Skipper GE. Physicians Health Programs: What Counselors Can Learn from These Remarkable Programs. *Counselor*, 8 (2), 42-47;
43. Merlo LJ, Gold MS. Successful Treatment of Physicians With Addictions [Internet]. *Psychiatric Times, Addiction, Alcohol Abuse, Comorbidity In Psychiatry*, August 28, 2009; Disponible sur: <http://www.psychiatrictimes.com/addiction/successful-treatment-physicians-addictions>
44. Dupont RL, Skipper GE. Six lessons from state physician health programs to promote long-term recovery. *J Psychoactive Drugs*. mars 2012;44(1):72-8.
45. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, Tan L, Sotile W, Satele D, et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict*. 19 nov 2014;
46. Brooks E, Early SR, Gundersen DC, Shore JH, Gendel MH. Comparing substance use monitoring and treatment variations among physician health programs. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict*. août 2012;21(4):327-34.
47. Brooks E, Gendel MH, Gundersen DC, Early SR, Schirrmacher R, Lembitz A, et al. Physician health programmes and malpractice claims: reducing risk through monitoring. *Occup Med Oxf Engl*. juin 2013;63(4):274-80.
48. Pouillard J, Delga M-E, Bernard-Catinat M, Montané F. L'entraide ordinaire [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnpentraide.pdf>
49. Braquehais MD, Valero S, Matalí JL, Bel MJ, Montejo JE, Nasillo V, et al. Promoting voluntary help-seeking among doctors with mental disorders. *Int J Occup Med Environ Health*. 21 juin 2014;27(3):435-43.
50. Braquehais MD, Valero S, Bel MJ, Navarro MC, Matalí JL, Nasillo V, et al. Doctors admitted to a Physicians' Health Program: a comparison of self-referrals versus directed referrals. *BMJ Open*. 7 janv 2014;4(7):e005248.

51. Rout U, Cooper CL, Rout JK. Job Stress Among British General Practitioners: Predictors of Job Dissatisfaction and Mental Ill-Health. *Stress Med.* 1 juill 1996;12(3):155-66.
52. Meerten M, Rost F, Bland J, Garelick AI. Self-referrals to a doctors' mental health service over 10 years. *Occup Med.* 20 févr 2014;kqt177.
53. Gerada C. The Practitioner Health Programme: a free and confidential health service for doctors and dentists in London. *Lond J Prim Care.* 2008;1(2):74-7.
54. Warner L. The first Five Years of the NHS Pratitioner Health Programme 2008-2013 [Internet]. Disponible sur: <http://php.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/26/2014/05/Five-Year-Report.pdf>
55. Mundle PDG, Jurkat HB, Reimer C, Beelmann K, Kaufmann M, Cimander KF. Suchttherapie bei abhängigen Ärzten. *Psychotherapeut.* 21 juill 2007;52(4):273-9.
56. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med.* 2014;9:23556.
57. Heiner G. Betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung an Universitäten, Hochschulen und Universitätskliniken [Internet]. Disponible sur: http://www.uni-oldenburg.de/fileadmin/user_upload/bssb/download/Koeln_Materialien/Workshop_W5_6_Heiner_Vortrag.pdf
58. Heiner G, Beringer P. Umgang mit Medikamenten- und Drogenabhängigkeit bei medizinischem Personal [Internet]. Disponible sur: https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/10_andere/suchtberatung/pdf/Umgang_mit_Medikamenten_Drogen_Personal.pdf
59. Kunstmann W, Flenker I. Suchterkrankungen bei Ärzten: bei Therapie gute Aussicht auf Heilung. *Dtsch Ärztebl.* 2005;102(27).

ANNEXES

Fiches de recueil des informations

- AAPml
- MOTS
- ASRA
- ASSPC
- ERMB
- ARENE
- APSS
- PHP des Etats-Unis
- PAIMM en Espagne
- PHP à Londres
- BMA Doctor Advisor Service
- BMA Doctor Conselling Service
- MedNet
- Sick Doctors Trust
- Structure d'aide en Allemagne
- Arts in nood en Belgique
- Commission professionnelle et sociale en Belgique
- ReMed en Suisse

AAPml: Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux	
		Sigle de l'institution		AAPml	
		Pays d'origine		France	
		Année de création		2004	
		Début d'activité		1er juin 2005	
		Forme juridique		Association loi 1901	
		Services offerts		Écoute téléphonique dans les difficultés psychologiques rencontrées au cours de l'exercice	
	Personnel	Nombre		Société PSYA	
		Formation		Psychologues cliniciens	
		Rémunération		Non renseignée	
		Critère d'éligibilité		Non renseigné	
		Evolution		Non renseignée	
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Exclusivement au téléphone
			Siège social		117 rue de Cambronne 75015 Paris
		Répartition géographique			Initialement limité en région d'Ile de France et aux médecins d'Ile de France puis extension progressive à tous les territoires et professions, ce jour disponible pour tout professionnel de santé français
		Mobilité des aidants			Aucune
		Matériel d'information			Plaquette d'informations, site internet :

				http://www.aapml.fr, publications dans la presse populaire et médicale	
	Financement			ARS Ile de France, URPS médecins, URPS masso kinésithérapeutes	
	Rapport avec institutions	Ordre		Aucun	
		CARMF		Non renseigné	
		Autres		Collaboration avec les autres associations	
	Profil des usagers Ciblés	Profession		Médecins, dentistes, autres professionnels de santé	
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui	
			Famille	Oui	
			Ordre	Non renseigné	
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Ligne téléphonique dédiée 24h/24 h 7j/7j: 0826 004 580 (numéro indigo pour France Métropolitaine) 01 56 04 62 81 (départements d'Outre-Mer)	
			Urgence : crise suicidaire	Fiche générale de la procédure fournie par le coordinateur de l'association	
		Anonymisation		Oui	
		Sanctions ?		Aucune	
		Etat incompatible avec profession?		Orientation dans le système de soins	
		Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	300
				spécialité	Psychologues cliniciens répartis sur tout le territoire national
	Recrutement			Non renseigné	
	Rémunération			Non renseignée	
	Lits hospitaliers		Généraux	Non renseignés	
Spécifiques		Non renseignés			

	Communication	Médecins		Plaquette d'informations, réunions, articles dans presse
		Presse	Populaire	Oui sur le sujet du burnout par les promoteurs de l'association
			Spécialisée médicale	Oui sur le sujet du burnout par les promoteurs de l'association
		Ordre		Non renseignée
		Autres		URPS médecins et autres syndicats de professionnels de santé
	Prévention			« Accompagner les actions en faveur de la prévention du burnout et des soins aux soignants » ⁴¹
	Frais de fonctionnement			Non renseignés
	Confidentialité des données	Ordre		Absolue
		Financeurs		Absolue
	Résultats	Nombre d'appels		
Profil des appelants		Sexe/âge		59% de femmes; 57% ont plus de 50 ans
		Spécialité médicale		62% de médecins généralistes
		Adressage		11% des appels viennent de l'entourage
Motifs d'appel				Besoin d'écoute: 54% Demande d'informations: 30% Demande d'orientation: 8% Conseil, besoin d'aide: 6%
Orientation	Personne ressource +		Consultation psychologue: 42%	

⁴¹ <http://www.aapml.fr>

		délai d'accès		Autre: 18% Consultation psychiatre : 13% Association (Balint, FMC): 11% Consultation médicale : 9% Hospitalisation : 3% Conseil de l'Ordre : 2% Conseil juridique : 2%
		Hospitalisation + délai d'accès		Taux d'hospitalisation: 3%
	Communication	Publications		Par les promoteurs de l'association
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		European Association for Physician Health
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Non
		Enquête de satisfaction		Non
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles Très grande majorité sont en activité au moment des appels, seulement 13% sont en arrêt maladie au moment des appels
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles

MOTS: Médecin, Organisation, travail, santé

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Médecin, Organisation, travail, santé	
		Sigle de l'institution		MOTS	
		Pays d'origine		France	
		Année de création		2010	
		Début d'activité		2010 en Midi Pyrénées	
		Forme juridique		Association loi 1901	
		Services offerts		Consultation confraternelle de soutien et d'aide aux confrères	
	Personnel	Nombre	Salarié		2 accueillantes téléphoniques (bientôt 3), 8 médecins effecteurs (2 en formation)
			bénévoles		21 membres du conseil administratif et 10 du bureau 55 médecins référents MOTS 2 coordinateurs et conseillers médicaux
		Formation		Médecins effecteurs: médecins du travail	
		Rémunération		1.112 euros par médecin effecteur par mois	
		Critère d'éligibilité		Non renseigné	
		Evolution		2 médecins effecteurs en cours de formation en 2015	
		Equipement	Locaux	Lieu de rencontre	
	Siège social				Maison des professions de santé 9 avenue Jean

				Gonord 31500 Toulouse
		Répartition géographique		2010 : Midi Pyrénées 2011 : Languedoc-Roussillon et Limousin 2012 : Côte d'or (Bourgogne) 2014 : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Champagne-Ardenne, Picardie 2015 : Aquitaine, Val de Marne, Nord, Pas de Calais
		Mobilité des aidants		Selon le souhait du médecin appelant
		Matériel d'information		Plaquette d'informations, site internet : http://www.association-mots.org , publications dans la presse populaire et médicale
	Financement			ARS Midi Pyrénées et Limousin, groupe pasteur mutualité
	Rapport avec institutions	Ordre		Signature de la charte nationale
		CARMF		Via les services d'entraide départementales
		Autres		Collaboration avec les autres associations
	Profil des usagers ciblés	Profession		Médecins
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui
			Famille	Non
	Ordre		Non renseigné	
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Numéro téléphonique joignable aux horaires de bureau : 06 08 28 25 89 Plusieurs entretiens + évaluation de la situation

				professionnelle et personnelle pour amener à un changement dans l'organisation du travail, démarche d'aide et d'accompagnement
			Urgence : crise suicidaire	Non concernée directement
		Anonymisation		Oui si souhaitée
		Sanctions ?		Aucune
		Etat incompatible avec profession?		Orientation dans le système de soins
	Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non renseigné mais collaboration avec les autres associations
			spécialité	Non renseignée
		Recrutement		Non renseigné
		Rémunération		Non renseignée
		Lits hospitaliers	Généraux	Non renseignés
			Spécifiques	Non renseignés
	Communication	Médecins		Plaquette d'informations, réunions, articles dans presse
		Presse	Populaire	Oui lors du début de l'activité dans une région
			Spécialisée médicale	Oui lors du début de l'activité dans une région
		Ordre		Signature de la charte avec l'Ordre national 1 médecin référent MOTS dans chaque département
		Autres		URPS médecins
	Prévention			« <i>Accompagner les actions en faveur de la prévention du</i>

				<i>burnout et des soins aux soignants »⁴²</i>
	Frais de fonctionnement			168.000 euros en 2015
	Confidentialité des données	Ordre		Absolue
		Financeurs		Absolue
Résultats	Nombre d'appels			455 demandes depuis 2010
	Profil des appelants	Sexe/âge		60% femmes 40% hommes Autour de la cinquantaine
		Spécialité médicale		56% de médecins généralistes
		Adressage		Volontaire, initiative propre
	Motifs d'appel			Non disponible pour tous les dossiers et par ordre décroissant en général : Ecoute Conseils juridiques Conseils ergonomiques
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		Non disponible pour tous les dossiers et par ordre décroissant en général : Psychologues Médecin spécialiste Médecin traitant Médecin de travail
		Hospitalisation + délai d'accès		Taux d'hospitalisation: 8.7% sur une étude de 104 médecins
	Communication	Publications		Par les promoteurs de l'association
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
Autres			Non renseignée	
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Non
		Enquête de		Oui une étude sur

⁴² <http://www.association-mots.org/>

		satisfaction		58 dossiers: L'écoute au téléphone et l'accessibilité sont jugés très satisfaisants
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles

ASRA: Aide aux Soignants de Rhône Alpes

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Aide aux Soignants de Rhône Alpes	
		Sigle de l'institution		ASRA	
		Pays d'origine		France	
		Année de création		2012	
		Début d'activité		2012	
		Forme juridique		Association loi 1901	
		Services offerts		Ecoute bienveillante par des « confrères de soutien », avec un réseau de personnes ressources si besoin	
	Personnel	Nombre	Salarié		Non concerné
			bénévoles		40 confrères de soutien de toute spécialité médicale
		Formation		Formation initiale à l'écoute téléphonique puis formation continu sur différents thèmes (dépression du médecin, burnout etc.)	
		Rémunération		70 euros par astreinte téléphonique si au moins 1 appel	
		Critère d'éligibilité		Motivation, entretien avec les promoteurs de la structure	
		Evolution		Plus de demandes d'être confrère de soutien que de besoin actuel	
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Laissé au choix du médecin appelant

				si rencontre physique souhaitée
			Siège social	5 quai Jaÿr 69009 Lyon
		Répartition géographique		Rhône-Alpes
		Mobilité des aidants		Selon le souhait du médecin appelant
		Matériel d'information		Plaquette d'informations, site internet : http://reseau-asra.fr publications dans la presse populaire et médicale
	Financement			ARS Rhône Alpes, Conseil régional des médecins Rhône Alpes et conseils départementaux des médecins, URPS médecins Rhône Alpes, CARMF par le fonds d'action sociale, le groupe Pasteur Mutualité, AFEM et AMVARA
	Rapport avec institutions	Ordre		Signature de la charte nationale
		CARMF		Financement, collaboration en cas de besoin
		Autres		Collaboration avec les autres associations
	Profil des usagers ciblés	Profession		Médecins surtout
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui
			Famille	Oui 10% des appels
			Ordre	Non renseigné
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Numéro d'appel unique : 0805 62 01 33 Ecoute empathique,

				bienveillante et neutre au téléphone puis orientation dans le système de soins si besoin
			Urgence : crise suicidaire	Non concernée directement, mais appel des secours si besoin
		Anonymisation		Oui si souhaitée, pas systématique
		Sanctions ?		Aucune
		Etat incompatible avec profession?		Orientation dans le système de soins
	Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	50 environ
			spécialité	Médicales (psychologue, psychiatre, addictologue), juridique, financière, sociale
		Recrutement		Par les promoteurs des associations
		Rémunération		Paiement de la première consultation possible par l'association, puis rémunération laissée au choix de la personne ressource
		Lits hospitaliers	Généraux	Collaboration avec plusieurs établissements publics et privés (dans chaque région)
			Spécifiques	N'existent pas à ce jour
	Communication	Médecins		Plaquette d'informations, réunions, articles dans presse
			Presse	Populaire
		Spécialisée		Oui lors de

			médicale	numéros spéciaux thématiques reprenant le sujet de la santé des médecins par des affiches
		Ordre		Signature de la charte avec l'Ordre national
		Autres		Collaboration étroite avec les autres associations
	Prévention			Non encore dans les objectifs mais travail dans ce domaine prévu
	Frais de fonctionnement			30.000 euros par an environ
	Confidentialité des données	Ordre		Absolue
Financeurs			Absolue	
Résultats	Nombre d'appels			280 médecins depuis 2012
	Profil des appelants	Sexe/âge		58% de femmes 42% d'hommes
		Spécialité médicale		41% de médecins généralistes 32% de médecins spécialistes 6% d'autres professionnels de santé
		Adressage		Volontaire, initiative propre, mais 10% d'appels de conjoints
	Motifs d'appel			Epuisement professionnel : 33% Situation conflictuelle : 18% Problèmes psychiatriques : 13% Problèmes financiers : 11% Besoin de parole : 7% Addiction : 3%

				Grande dépendance : 2% Divers : 14%
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		Référent psychiatrique : 43% Commission d'entraide : 32% Avocat : 7% Assurances et retraite : 7% Référent fiscaliste : 3% Médecin traitant : 3% Référent addictologue : 2% Médecin du travail : 2% Hospitalisation : 1% L'accès aux spécialistes est d'environ 7 jours
		Hospitalisation + délai d'accès		1% des demandes, délais d'accès non renseignée
	Communication	Publications		Par les promoteurs de l'association
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		Non renseignée
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Non
		Enquête de satisfaction		Non
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles

ASSPC : Association pour la Santé des Soignants de Poitou Charentes

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Association pour la Santé des Soignants de Poitou Charentes	
		Sigle de l'institution		ASSPC	
		Pays d'origine		France	
		Année de création		5 février 2013	
		Début d'activité		07 juillet 2014	
		Forme juridique		Association loi 1901	
		Services offerts		Ecoute bienveillante par des « confrères de soutien », avec un réseau de personnes ressources si besoin	
	Personnel	Nombre	Salarié		Non concerné
			bénévoles		30 médecins écoutant de toute spécialité médicale
		Formation		Formation initiale à l'écoute téléphonique puis formation continue sur différents thèmes (dépression du médecin, burnout etc.)	
		Rémunération		Non concernée	
		Critère d'éligibilité		Motivation, entretien avec les promoteurs de la structure	
		Evolution		Non renseignée	
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Laisse au choix du médecin appelant si rencontre physique souhaitée
			Siège social		17, boulevard pont Achard 86005 Poitiers
		Répartition géographique		Poitou Charentes	
		Mobilité des		Selon le souhait du	

		aidants		médecin appelant	
		Matériel d'information		Plaquette d'informations, publications dans la presse populaire et médicale	
	Financement			ARS Poitou Charentes, Conseil régional Poitou Charentes et conseils départementaux des médecins, URPS médecins Poitou Charentes	
		Rapport avec institutions	Ordre		Avec les services d'entraide
			CARMF		Via les services d'entraide
	Autres			Collaboration avec les autres associations	
	Profil des usagers ciblés	Profession		Médecins	
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui	
			Famille	Non renseigné	
	Ordre		Non renseigné		
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Numéro d'appel unique 24h/24h 7j/7j : 0820 860 016 Ecoute empathique, bienveillante et neutre au téléphone puis orientation dans le système de soins si besoin	
			Urgence : crise suicidaire	Non concernée directement, mais appel des secours si besoin	
		Anonymisation		Oui si souhaitée, pas systématique	
		Sanctions ?		Aucune	
		Etat incompatible avec profession?		Orientation dans le système de soins	
		Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non exactement fournies
spécialité	Médicales				

				(psychologue, psychiatre, addictologue), juridique, financière, sociale
		Recrutement		Par les promoteurs des associations
		Rémunération		Paiement de la première consultation possible par l'association, puis rémunération laissée au choix de la personne ressource
		Lits hospitaliers	Généraux	Collaboration avec plusieurs établissements publics et privés (dans chaque région)
			Spécifiques	N'existent pas à ce jour
	Communication	Médecins		Plaquette d'informations, réunions, articles dans presse
		Presse	Populaire	Non retrouvée
			Spécialisée médicale	Oui lors de numéros spéciaux thématiques reprenant le sujet de la santé des médecins par des affiches
		Ordre		Signature de la charte avec l'Ordre national envisagée
		Autres		Collaboration étroite avec les autres associations
	Prévention			Non encore dans les objectifs mais travail dans ce domaine prévu
	Frais de fonctionnement			10.000 euros par an environ
	Confidentialité	Ordre		Absolue

	des données	Financeurs		Absolue
Résultats	Nombre d'appels			Environ 2 appels par mois
	Profil des appelants	Sexe/âge		Non disponible
		Spécialité médicale		Non disponible
		Adressage		Non disponible
	Motifs d'appel			Non disponible
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		Non disponible
		Hospitalisation + délai d'accès		Non disponible
	Communication	Publications		Par les promoteurs de l'association
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		Non renseigné
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		En fonction des dossiers et besoins individuels
		Enquête de satisfaction		Non
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles

ERMB : Entraide Régionale des Médecins de Bretagne

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Entraide Régionale des Médecins de Bretagne	
		Sigle de l'institution		ERMB	
		Pays d'origine		France	
		Année de création		09 septembre 2014	
		Début d'activité		09 septembre 2014	
		Forme juridique		Association loi 1901	
		Services offerts		Structure relais entre les conseils départementaux et les médecins	
	Personnel	Nombre	Salarié		Non concerné
			bénévoles		8 médecins
		Formation		Pas d'informations disponibles	
		Rémunération		Non concernée	
		Critère d'éligibilité		Non renseigné	
		Evolution		Non renseignée	
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Laissé au choix du médecin appelant si rencontre physique souhaitée
			Siège social		Conseil régional des médecins bretons : 29, rue de Lorient, CS13914 Immeuble Le Papyrus Etage 2,35000 Rennes
		Répartition géographique		Bretagne	
		Mobilité des aidants		Selon le souhait du médecin appelant	
		Matériel d'information		Plaquette d'informations, publications dans la presse populaire et médicale	
		Financement			ARS Bretagne, Conseil régional des

				médecins de Bretagne et conseils départementaux des médecins des 4 départements	
	Rapport avec institutions	Ordre		Avec les services d'entraide	
		CARMF		Via les services d'entraide	
		Autres		Collaboration avec les autres associations	
	Profil des usagers ciblés	Profession		Médecins	
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui	
			Famille	Non renseigné	
	Ordre		Oui		
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Numéro d'appel unique aux horaires de bureau : 02 99 36 83 50 Ecoute empathique, puis élaboration d'un projet (de soins, financier....)	
			Urgence : crise suicidaire	Non concernée directement, mais appel des secours si besoin	
		Anonymisation		Oui si souhaitée, pas systématique	
		Sanctions ?		Aucune	
		Etat incompatible avec profession?		Orientation dans le système de soins, pas de déclaration aux ordres départementaux	
		Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non exactement fournies
				spécialité	Médicales (psychologue, psychiatre, addictologue), juridique, financière, sociale
	Recrutement			Par les promoteurs des associations	
	Rémunération		Rémunération laissée au choix de la personne		

				ressource
		Lits hospitaliers	Généraux	Collaboration avec plusieurs établissements publics et privés (dans chaque région) 1 clinique spécifique pour les femmes
			Spécifiques	N'existent pas à ce jour
	Communication	Médecins		Plaquette d'informations, réunions, articles dans presse
		Presse	Populaire	Non retrouvée
			Spécialisée médicale	Oui lors de numéros spéciaux thématiques reprenant le sujet de la santé des médecins par des affiches
		Ordre		Signature de la charte avec l'Ordre national
		Autres		Collaboration étroite avec les autres associations
	Prévention			Non encore dans les objectifs mais travail dans ce domaine prévu
	Frais de fonctionnement			Quasi 0 car les médecins effecteurs sont au sein des ordres départementaux et pas d'astreintes téléphoniques
	Confidentialité des données	Ordre		Absolue
		Financeurs		Absolue
Résultats	Nombre d'appels			6 dossiers traités en un an d'existence
	Profil des appelants	Sexe/âge		Non disponible
		Spécialité médicale		Non disponible
		Adressage		Non disponible
	Motifs d'appel			Non disponible

	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		Non disponible
		Hospitalisation + délai d'accès		Non disponible
	Communication	Publications		Par les promoteurs de l'association
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		Non renseigné
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Non
		Enquête de satisfaction		Non
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles

ARENE : Association Régionale d'Entraide Nord-Est

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Association Régionale d'Entraide Nord-Est	
		Sigle de l'institution		ARENE	
		Pays d'origine		France	
		Année de création		Projet en 2013 accompagné par ASRA Déclaration officielle le 02 juin 2015	
		Début d'activité		1ier juillet 2015	
		Forme juridique		Association loi 1908	
		Services offerts		Ecoute empathique puis si besoin orientation dans le système de soins	
		Personnel	Nombre	Salarié	
	bénévoles				66 confrères écoutants de toute spécialité médicale
	Formation			D'une formation à l'écoute téléphonique initiale puis formation continue sur différents thèmes (dépression du médecin, burnout etc.)	
	Rémunération			Non concernée	
	Critère d'éligibilité			Entretien avec les promoteurs de l'association	
	Evolution			Non renseignée	
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Laisse au choix du médecin appelant si rencontre physique souhaitée
			Siège social		Conseil Régional de l'Ordre des Médecins d'Alsace 10 rue de Leicester 67000 Strasbourg
		Répartition géographique		Alsace et Lorraine	

		Mobilité des aidants		Selon le souhait du médecin appelant	
		Matériel d'information		Plaquette d'informations, publications dans la presse populaire et médicale	
	Financement			Conseil régional des médecins de Lorraine et d'Alsace et conseils départementaux des médecins des départements, Ordre national des médecins, union régionale des médecins des 2 régions	
	Rapport avec institutions	Ordre		Avec les services d'entraide	
		CARMF		Via les services d'entraide	
		Autres		Collaboration avec les autres associations	
	Profil des usagers ciblés	Profession		Médecins	
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui	
			Famille	Non renseigné	
	Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Numéro d'appel 24h/24h 7j/7j : 0805 250 400 Ecoute empathique, puis orientation dans le système de soins
				Urgence : crise suicidaire	Procédure d'urgence par appel des secours, non encore présentée au cours du fonctionnement
			Anonymisation		Oui si souhaitée, pas systématique
			Sanctions ?		Aucune
Etat incompatible avec				Orientation dans le système de soins, pas de déclaration	

		profession?		aux ordres départementaux
Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources		Nombre	15
			spécialité	Médicales (psychologue, psychiatre, addictologue), juridique, financière, sociale
	Recrutement		Par les promoteurs des associations	
	Rémunération		Rémunération laissée au choix de la personne ressource	
	Lits hospitaliers	Généraux	Collaboration avec plusieurs établissements publics et privés (dans chaque région)	
Spécifiques		N'existent pas à ce jour		
Communication	Médecins		Plaquette d'informations, réunions, articles dans presse	
	Presse	Populaire	Pas prévue dans les objectifs	
		Spécialisée médicale	Oui lors de numéros spéciaux thématiques reprenant le sujet de la santé des médecins par des affiches	
	Ordre		Signature de la charte avec l'Ordre national	
Autres		Collaboration étroite avec les autres associations Fait partie d'un projet plus global : ESCULAPE (Espace de soins coordonnés universitaires de libre accès pour les		

				praticiens en souffrance) → véritable unité de recherche	
	Prévention			Non encore dans les objectifs mais travail dans ce domaine prévu via l'unité de recherche	
	Frais de fonctionnement			Non renseignés	
	Confidentialité des données	Ordre		Absolue	
		Financeurs		Absolue	
Résultats	Nombre d'appels			4 dossiers en 6 mois d'existence	
	Profil des appelants	Sexe/âge		3 hommes 1 femme	
		Spécialité médicale		Non disponible	
		Adressage		Volontaire, initiative propre	
	Motifs d'appel			2 syndromes d'épuisement, 1 divorce, 1 problème de santé	
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès			1 orientation vers avocat 1 orientation vers une structure médicale
		Hospitalisation + délai d'accès			1 seule orientation
	Communication	Publications			Par les promoteurs de l'association
Réunions				Congrès, colloques, soirées thématiques	
Autres				Non renseignée	
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Pas d'informations disponibles	
		Enquête de satisfaction		Pas d'informations disponibles	
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles	
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles	
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles	
	Majoration			Pas d'informations	

	prévoyance ?			disponibles
--	--------------	--	--	-------------

APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Association pour la Promotion des Soins aux Soignants	
		Sigle de l'institution		APSS	
		Pays d'origine		France	
		Année de création		2009	
		Début d'activité		2009	
		Forme juridique		Association loi 1901	
		Services offerts		Propose des hospitalisations pour des médecins dans 5 établissements répartis sur le territoire français	
	Personnel	Nombre	Salarié		Non concerné
			bénévoles		Non renseigné
		Formation		Non renseignée	
		Rémunération		Non renseignée	
		Critère d'éligibilité		Volonté d'un partenariat pour prendre en charge des confrères malades	
	Evolution		Non renseignée		
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Diverses structures hospitalières
			Siège social		44 B Rue Saint Ferdinand 75017 Paris
		Répartition géographique		2 établissements à Toulouse, 1 à Paris, 1 à Poitiers, 1 à Avignon	
		Mobilité des aidants		Non	
		Matériel d'information		Publications dans la presse populaire et médicale, site internet	
	Financement			CARMF, Ordre national des médecins, fonds de	

				formation continu alimenté par les URPS médecins des régions	
	Rapport avec institutions	Ordre		Financier	
		CARMF		Financier	
		Autres		Collaboration avec les autres associations	
	Profil des usagers ciblés	Profession		Professionnels de santé	
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui, par les collègues également	
			Famille	Non renseigné	
			Ordre	Non	
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Numéro d'appel aux horaires de bureau: initialement 33 33 puis 0810 00 33 33 Aboutit dans une clinique puis orientation vers un établissement de soins	
			Urgence : crise suicidaire	Non prévue	
		Anonymisation		Oui si souhaitée, pas systématique	
		Sanctions ?		Aucune	
		Etat incompatible avec profession?		Orientation dans le système de soins, pas de déclaration aux ordres départementaux	
		Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non renseigné
				spécialité	Majoritairement en addictologie et pathologies psychiatriques
	Recrutement			Par les promoteurs des associations	
	Rémunération			Rémunération selon la T2A dans les établissements publics, prix libres dans les cliniques	

				privées
		Lits hospitaliers	Généraux	Environ 10 lits par région, les médecins sont accueillis de façon regroupée si possible
			Spécifiques	N'existent pas à ce jour, mais construction en cours de à Avignon
	Communication	Médecins		Plaquette d'informations, réunions,
		Presse	Populaire	Non prévue
			Spécialisée médicale	Oui lors de numéros spéciaux thématiques reprenant le sujet de la santé des médecins par des affiches
		Ordre		Financier
		Autres		Collaboration étroite avec les autres associations
	Prévention			Non concerné
	Frais de fonctionnement			400 euros par mois pour la ligne téléphonique
	Confidentialité des données	Ordre		Absolue
		Financiers		Absolue
Résultats	Nombre d'appels			112 soignants en 2014
	Profil des appelants	Sexe/âge		Non disponible
		Spécialité médicale		Non disponible
		Adressage		Volontaire, initiative propre
	Motifs d'appel			Demande d'hospitalisation
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		Non concernée
		Hospitalisation + délai d'accès		Dans 5 établissements collaborateurs Rapidité en fonction du tableau clinique

	Communication	Publications		Par les promoteurs de l'association
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		Non renseignée
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Pas d'informations disponibles
		Enquête de satisfaction		Pas d'informations disponibles
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles

PHP (=Physician Health Program)

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Physician Health Program	
		Sigle de l'institution		PHP	
		Pays d'origine		Etats Unis, 1 PHP dans 48 des 51 états fédérés	
		Année de création		Début années 1986 pour les premiers	
		Début d'activité		Vers 1970	
		Forme juridique		„entreprises à but non lucratif“	
		Services offerts		Evaluation de l'état de santé des médecins surtout pour des problèmes d'addiction	
	Personnel	Nombre	Salarié		Spécifique à chaque PHP
			bénévoles		Non renseigné
		Formation		Spécifique à chaque PHP	
		Rémunération		Spécifique à chaque PHP	
		Critère d'éligibilité		Non renseigné	
	Evolution		Non renseignée		
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Structure hospitalière le plus souvent pour évaluation initiale
			Siège social		En fonction des Etats fédérés
		Répartition géographique		48 des 51 Etats fédérés	
		Mobilité des aidants		Non	
		Matériel d'information		Publications dans la presse populaire et médicale, site internet, études scientifiques	
	Financement			Souvent cofinancé par les sociétés	

				médicales et les autorités délivrant les attestations, paiement des soins par les participants du programme
	Rapport avec institutions	Les autorités disciplinaires		Oui rapports rédigés si adressé au programme par les autorités
		CARMF		Non concerné
		Autres		Collaboration avec des cliniques spécialisées dans la prise en charge des médecins
	Profil des usagers ciblés	Profession		médecins
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui
			Famille	Oui
			Autorités disciplinaires	Oui
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Contact le plus souvent aux horaires de bureau, via un numéro spécial dédié, retrouvé facilement sur internet, classé en fonction des états fédérés, également accessible sur le site de la FSPHP
			Urgence : crise suicidaire	Non prévue théoriquement, mais appel des secours si nécessaire
		Anonymisation		Oui si souhaitée et si pas adressé par une autorité disciplinaire
		Sanctions ?		Retrait du droit d'exercice possible
		Etat incompatible avec profession?		Mise sous « tutelle » pour certaines prescriptions

				possible, jusqu'au retrait total du droit d'exercice
	Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Spécifique à chaque PHP
			spécialité	Médecins spécialisés dans les addictions et pathologies psychiatriques
		Recrutement		Non renseigné
		Rémunération		Non renseignée
		Lits hospitaliers	Généraux	En fonction des PHP
	Spécifiques		En fonction des PHP	
	Communication	Médecins		Plaquette d'informations, réunions,
		Presse	Populaire	Rarement
			Spécialisée médicale	Oui, publications dans la presse médicale comme the American Journal of Addiction
		Autorité disciplinaire		Financeur le plus souvent, transferts d'informations possibles si dangerosité du médecin pour la population et si l'autorité a adressé le médecin au programme
Autres		Collaboration étroite avec des structures de soins spécialisées		
Prévention			Une politique de demande d'aide précoce et volontaire est diffusée avec le principe du « safe harbour »	
Frais de fonctionnement			Individuel pour le médecin, mais	

				montant approchant les 35.000 euros pour un traitement initial hospitalier de 90 jours
	Confidentialité des données	Ordre		Transfert d'informations si dangerosité du médecin, non observance du programme thérapeutique, ou si l'autorité a adressé le médecin au programme
		Financeurs		Non renseignée
Résultats	Nombre d'appels			Différents selon les PHP mais 34 nouveaux médecins par an par programme
	Profil des appelants	Sexe/âge		Plutôt des femmes, âge plutôt moyen
		Spécialité médicale		Certaines spécialités semblent surreprésentées comme les médecins généralistes, les anesthésistes et les chirurgiens
		Adressage		Volontaire, initiative propre ou par une autorité disciplinaire (plus de 50% en général selon les études) ou un employeur
	Motifs d'appel			Pathologies addictives, pathologies psychiatriques, troubles du comportement
Orientation	Personne ressource +			Traitement ambulatoire après

		délai d'accès		séjour hospitalier, en psychothérapie individuelle et en groupe, groupes de parole comme CADUCEUS groupes par exemple
		Hospitalisation + délai d'accès		Souvent un programme initial hospitalier de 90 jours puis traitement ambulatoire
	Communication	Publications		Sur le suivi, l'efficacité, la satisfaction etc dans des revues scientifiques
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		Sites internet pour chaque PHP et sur le site de la fédération FSPHP
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Suivi en général pendant 5 ans, avec un suivi biologique de quelques années également
		Enquête de satisfaction		Oui une seule étude
Impacts	Reprise du travail			Maintien en activité > 80% après fin du suivi selon les études
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles

PAIMM : Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade
		Sigle de l'institution		PAIMM
		Pays d'origine		Catalogne, Espagne
		Année de création		1998 : début activité PAIMM 2007 : ouverture d'une unité clinique spécialisée GALATEA à Barcelone
		Début d'activité		1998
		Forme juridique		Etablissement public
		Services offerts		Consultations pour des pathologies addictives et pathologies psychiatriques sans addiction, possibilité d'un traitement hospitalier
	Personnel	Nombre	Salarié	12 médecins spécialistes dans la clinique GALATEA à Barcelone
			bénévoles	Non renseigné
		Formation		Spécialistes en psychiatrie, pathologies addictives
		Rémunération		Non renseignée
		Critère d'éligibilité		Non renseigné
		Evolution		Non renseignée
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre	Clinique Galatea à Barcelone
			Siège social	Non retrouvé
Répartition géographique			Catalogne mais possibilité	

				d'accueillir des médecins de toute l'Espagne et des médecins étrangers
		Mobilité des aidants		Non
		Matériel d'information		Publications dans la presse populaire et médicale, site internet, études scientifiques
	Financement			Département de Santé de la Generalitat à 80% et de l'Ordre des Médecins de la Catalogne à 20%
	Rapport avec institutions	Les autorités disciplinaires		Oui rapports rédigés si le contrat thérapeutique initial le prévoit (rare)
		CARMF		Non concerné
		Autres		Non renseigné
	Profil des usagers ciblés	Profession		Médecins pour le PAIMM Infirmiers pour le RETORN Programmes aussi pour les pharmaciens et vétérinaires (faible proportion)
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui
			Famille	Oui
			Autorités disciplinaires	Oui
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Contact le plus souvent aux horaires de bureau, via un numéro dédié, retrouvé facilement sur internet, pour fixer un rendez-vous pour évaluation initiale

				et établissement d'un projet de soins
			Urgence : crise suicidaire	Non prévue théoriquement, mais appel des secours si nécessaire
		Anonymisation		Oui si souhaitée et si pas adressé par une autorité disciplinaire
		Sanctions ?		Retrait du droit d'exercice possible en cas d'évolution non favorable, très rare
		Etat incompatible avec profession?		Retrait du droit d'exercice possible en cas d'évolution non favorable, très rare
	Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	12
			spécialité	Médecins spécialisés dans les addictions et pathologies psychiatriques
		Recrutement		Non renseigné
		Rémunération		Non renseignée
		Lits hospitaliers	Généraux	Non concernée
			Spécifiques	22 lits d'hospitalisation classique 13 lits en hospitalisation de jour
	Communication	Médecins		Plaquette d'informations, réunions,
		Presse	Populaire	Rarement
			Spécialisée médicale	Oui, publications dans la presse médicale comme British Medical Journal, et dans la presse médicale catalane
	Autorité		Rapports rédigés	

		disciplinaire		pour les autorités disciplinaires comme les ordres de médecins uniquement si un mauvais suivi thérapeutique ou une dangerosité du médecin sont remarqués
		Autres		Avec l'European Association for Physician Health
	Prévention			Elaboration de guides pour les médecins, les internes sur l'organisation du travail, la santé au travail
	Frais de fonctionnement			Non renseignés, mais gratuit pour tout médecin catalan
	Confidentialité des données	Ordre		Transfert d'informations si dangerosité du médecin, non observance du programme thérapeutique, ou si contrat thérapeutique initial cosigné par l'Ordre des médecins
		Financeurs		Non renseignée
Résultats	Nombre d'appels			2.125 cas traités depuis 1999 jusqu'en 2014
	Profil des appelants	Sexe/âge		Plutôt des femmes, âge jeune, surtout si participation volontaire
		Spécialité médicale		

		Adressage		Volontaire, initiative propre ou par l'Ordre
	Motifs d'appel			Pathologies addictives, pathologies psychiatriques, troubles du comportement
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		12 médecins spécialistes de la clinique GALATEA
		Hospitalisation + délai d'accès		Non renseignée
	Communication	Publications		Sur le suivi et l'efficacité dans des revues scientifiques
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		Sites internet pour la clinique GALATEA et le programme PAIMM
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Suivi en général ambulatoire, durée en fonction des besoins personnels
		Enquête de satisfaction		Non
Impacts	Reprise du travail			Rapports d'activité, mais en langue catalane
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Rapports d'activité, mais en langue catalane
		Arrêts maladie		Rapports d'activité, mais en langue catalane
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles

NHS PHP (=National Health Service Practitioner Health Programme)

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		National Health Service Practitioner Health Programme
		Sigle de l'institution		NHS PHP
		Pays d'origine		Londres, Royaume Uni
		Année de création		2008
		Début d'activité		2008
		Forme juridique		Etablissement public
		Services offerts		Consultations pour des pathologies addictives et psychothérapie, possibilité d'un traitement hospitalier
	Personnel	Nombre	Salarié	1 équipe médicale et paramédicale à la Riverside Clinic à Londres, médecins spécialistes ressources si traitement plus intensif nécessaire
			bénévoles	Non concerné
		Formation		Spécialistes en psychiatrie, pathologies addictives
		Rémunération		Non renseignée
		Critère d'éligibilité		Non renseigné
		Evolution		Non renseignée
Equipement	Locaux	Lieu de rencontre	Service situé au sein de la Riverside Clinic à Londres	

			Siège social	Non renseigné
		Répartition géographique		Médecins exerçant dans la région de Londres
		Mobilité des aidants		Non
		Matériel d'information		Publications dans la presse populaire et médicale, site internet, études scientifiques dans le British Medical Journal par exemple
	Financement			NHS (national health service) équivalent de la sécurité sociale française
	Rapport avec institutions	Les autorités disciplinaires		Oui si médecin dangereux dans l'exercice de sa profession
		CARMF		Non concerné
		Autres		Non renseigné
	Profil des usagers ciblés	Profession		Médecins exerçant dans la région de Londres, projet en vue pour offrir un programme pour les internes
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui
Famille			Oui	
Autorités disciplinaires	Non			
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Selon la convenance du médecin, un rendez-vous pour une évaluation initiale est fixé au téléphone, puis un projet thérapeutique établi
			Urgence :	Non prévue

			crise suicidaire	théoriquement, mais appel des secours si nécessaire
		Anonymisation		Oui si souhaitée
		Sanctions ?		Retrait du droit d'exercice possible en cas d'évolution non favorable
		Etat incompatible avec profession?		Retrait du droit d'exercice possible en cas d'évolution non favorable
	Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non spécifié
			spécialité	Médecins spécialisés dans les addictions et pathologies psychiatriques
		Recrutement		Non renseigné
		Rémunération		Non renseignée
		Lits hospitaliers	Généraux	Quelques lits dans des établissements en cas de besoin
			Spécifiques	Non encore disponible
		Communication	Médecins	
	Presse		Populaire	Rarement
			Spécialisée médicale	Oui, publications dans la presse médicale comme British Medical Journal et Occupational Medicine
	Autorité disciplinaire			Rapports rédigés pour les autorités disciplinaires comme les ordres de médecins uniquement si un mauvais suivi thérapeutique ou une dangerosité

				du médecin sont remarqués ou si le médecin souhaite qu'un rapport soit rédigé
		Autres		Non renseigné
	Prévention			Elaboration de guides pour les médecins sur la santé au travail
	Frais de fonctionnement			Non renseigné, mais gratuit pour tout médecin de la région de Londres, des médecins extérieurs sont parfois acceptés, mais certains frais sont à leur charge
	Confidentialité des données	Ordre		Transfert d'informations si dangerosité du médecin, non observance du programme thérapeutique
		Financeurs		Non renseignée
Résultats	Nombre d'appels			1078 médecins en très grande majorité issus de la région de Londres (84%)
	Profil des appelants	Sexe/âge		Age jeune
		Spécialité médicale		La médecine générale la majorité des médecins traités
		Adressage		Volontaire, initiative propre
	Motifs d'appel			Pathologies addictives, pathologies psychiatriques
Orientation	Personne ressource + délai d'accès			Non renseignée

		Hospitalisation + délai d'accès		Non renseignée
	Communication	Publications		Sur le suivi et l'efficacité dans des revues scientifiques
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		Site internet
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Non renseigné
		Enquête de satisfaction		Quelques témoignages dans les rapports annuels publics
Impacts	Reprise du travail			Sur 5 ans de fonctionnement : > 70% des médecins restent en activité ou y retournent
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles.
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles

BMA Doctor Advisor Service

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		British Medical Association Doctor Advisor Service	
		Sigle de l'institution		BMA Doctor Advisor Service	
		Pays d'origine		Tout le territoire Royaume Uni	
		Année de création		2004	
		Début d'activité		2004	
		Forme juridique		Service offert d'une société médicale	
		Services offerts		Ecoute bienveillante dans un espace confidentiel	
	Personnel	Nombre	Salarié		Non concerné
			bénévoles		Non renseigné
		Formation		Médecins formés en psychothérapie	
		Rémunération		Non concernée	
		Critère d'éligibilité		Motivation pour aider les confrères en difficulté	
	Evolution		Non renseignée		
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Service téléphonique uniquement
			Siège social		BMA House, Tavistock Square, Londres
		Répartition géographique		Tout le territoire d'Angleterre	
		Mobilité des aidants		Non	
		Matériel d'information		Publications dans la presse populaire et médicale, site internet	
	Financement			British Medical Association	
	Rapport avec institutions	Les autorités disciplinaires			Oui si médecin dangereux dans l'exercice de sa

				profession, mais essaient de convaincre le médecin appelant de contacter le GMC	
		CARMF		Non concerné	
		Autres		Non renseigné	
	Profil des usagers ciblés	Profession		Tout médecin ayant un besoin de parler et d'écoute bienveillante	
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui	
			Famille	Oui	
			Autorités disciplinaires	Non	
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Entretiens téléphoniques accessibles 24h/24h 7j/7j, pas de psychothérapie, mais espace de parole, possibilité de recontacter la même personne à chaque fois	
			Urgence : crise suicidaire	Non prévue théoriquement, mais appel des secours si nécessaire	
		Anonymisation		Oui si souhaitée	
		Sanctions ?		Aucune	
		Etat incompatible avec profession?		Essaient de convaincre le médecin d'appeler le GMC	
		Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non concerné
				spécialité	Non concernée
			Recrutement		Non concerné
			Rémunération		Non concernée
			Lits hospitaliers	Généraux	Non concernés
	Spécifiques	Non concernés			
	Communication	Médecins		Site internet, plaquette d'information lors de l'inscription	

		Presse	Populaire	Non renseignée
			Spécialisée médicale	Rarement sous forme d'affiches
		Autorité disciplinaire		Uniquement si le médecin présente une dangerosité dans la poursuite de son exercice, mais essaient toujours d'avoir le consentement du médecin
		Autres		Non renseignée
	Prévention			Non concernée
	Frais de fonctionnement			Non renseignés, mais gratuit pour le médecin appelant
	Confidentialité des données	Ordre		Transfert d'informations si dangerosité du médecin
Financeurs			Non renseignée	
Résultats	Nombre d'appels			10 à 15 nouveaux cas par mois
	Profil des appelants	Sexe/âge		Pas de statistiques disponibles
		Spécialité médicale		Pas de statistiques disponibles
		Adressage		Volontaire, initiative propre
	Motifs d'appel			Besoin d'écoute
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		Non concernée
		Hospitalisation + délai d'accès		Non concernée
	Communication	Publications		Non concernée
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
Autres			Site internet	
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Non concerné
		Enquête de satisfaction		Non concerné
Impacts	Reprise du travail			Non concerné

	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Non concerné
		Arrêts maladie		Non concerné
	Majoration prévoyance ?			Non concerné

BMA Counselling Service

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		British Medical Association Counselling Service	
		Sigle de l'institution		BMA Counselling Service	
		Pays d'origine		Tout le territoire Royaume Uni	
		Année de création		1997	
		Début d'activité		1997	
		Forme juridique		Service offert d'une société médicale	
		Services offerts		Service de conseils par téléphone par des médecins qualifiés en psychothérapie	
	Personnel	Nombre	Salarié		Non concerné
			bénévoles		Non renseigné
		Formation		Médecins formés en psychothérapie	
		Rémunération		Non concernée	
		Critère d'éligibilité		Non renseigné	
	Evolution		Non renseignée		
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Service téléphonique uniquement
			Siège social		BMA House, Tavistock Square, Londres
		Répartition géographique		Tout le territoire d'Angleterre	
		Mobilité des aidants		Non	
		Matériel d'information		Publications dans la presse populaire et médicale, site internet	
	Financement			British Medical Association	
	Rapport avec institutions	Les autorités disciplinaires		Oui si médecin dangereux dans	

				l'exercice de sa profession, mais essaient de convaincre le médecin appelant de contacter le GMC	
		CARMF		Non concerné	
		Autres		Non renseigné	
	Profil des usagers ciblés	Profession			Tout médecin ou étudiant en médecine ayant besoins de conseils
			Mode d'adressage	Volontaire	Oui
		Famille		Oui	
		Autorités disciplinaires	Non		
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Entretiens téléphoniques accessibles 24h/24h 7j/7j service de conseils par téléphone par des médecins qualifiés en psychothérapie, le médecin peut appeler pour tout problème qui a une répercussion sur son travail	
			Urgence : crise suicidaire	Non prévue théoriquement, mais appel des secours si nécessaire	
		Anonymisation		Oui si souhaitée	
		Sanctions ?		Aucune	
		Etat incompatible avec profession?		Essaient de convaincre le médecin d'appeler le GMC	
		Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non concerné
				spécialité	Non concernée
	Recrutement			Non concerné	
	Rémunération			Non concernée	
	Lits hospitaliers		Généraux	Non concernés	
		Spécifiques	Non concernés		

	Communication	Médecins		Site internet, plaquette d'information lors de l'inscription	
		Presse	Populaire	Non renseignée	
			Spécialisée médicale	Rarement sous forme d'affiches	
		Autorité disciplinaire		Uniquement si le médecin présente une dangerosité dans la poursuite de son exercice, mais essaient toujours d'avoir le consentement du médecin	
		Autres		Non renseignée	
	Prévention			Non concernée	
	Frais de fonctionnement			Non renseignés, mais gratuit pour le médecin appelant	
	Confidentialité des données	Ordre		Transfert d'informations si dangerosité du médecin	
		Financeurs		Non renseignée	
Résultats	Nombre d'appels			200 appels par mois, 75 ont besoin d'un suivi en psychothérapie	
	Profil des appelants	Sexe/âge		Pas de statistiques disponibles	
		Spécialité médicale		Pas de statistiques disponibles	
		Adressage		Volontaire, initiative propre	
	Motifs d'appel			Conseils, psychothérapie	
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès			Non concernée
		Hospitalisation + délai d'accès			Non concernée
	Communication	Publications			Non concernée
Réunions				Congrès, colloques, soirées thématiques	

		Autres		Site internet
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Non concerné
		Enquête de satisfaction		Non concerné
Impacts	Reprise du travail			Non concerné
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Non concerné
		Arrêts maladie		Non concerné
	Majoration prévoyance ?			Non concerné

MedNet

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		MedNet	
		Sigle de l'institution		MedNet	
		Pays d'origine		Londres et la région Sud Est de l'Angleterre	
		Année de création		1995	
		Début d'activité		1995	
		Forme juridique		Non renseignée	
		Services offerts		Entretiens au téléphone initial puis consultations dans 2 cliniques si besoin	
	Personnel	Nombre	Salarié		Non renseigné
			bénévoles		Non renseigné
		Formation		Médecins formés en psychothérapie et psychiatrie	
		Rémunération		Non concernée	
		Critère d'éligibilité		Non renseigné	
		Evolution		Non renseignée	
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Initialement contact téléphonique, puis 2 cliniques à Cambden et Camberwell (Maudsley Hospital et Tavistock Clinic)
			Siège social		Maudsley Hospital, Londres
		Répartition géographique		Londres et la région Sud Est d'Angleterre	
		Mobilité des aidants		Non	
		Matériel d'information		Publications dans la presse médicale	
	Financement			Doyenné de Londres, Kent, Surrey, Sussex	
	Rapport avec	Les autorités		Aucun, hormis si	

	institutions	disciplinaires		dangerosité du médecin	
		CARMF		Non concerné	
		Autres		Non renseigné	
	Profil des usagers Ciblés	Profession			Tout médecin et interne des doyennés concernés
			Mode d'adressage	Volontaire	Oui
		Famille		Non	
		Autorités disciplinaires		Non	
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Entretien téléphonique initial puis des consultations dans un délai de 2 semaines au sein de 2 cliniques, traitement ambulatoire uniquement	
			Urgence : crise suicidaire	Non prévue théoriquement, mais appel des secours si nécessaire	
		Anonymisation		Non	
		Sanctions ?		Aucune	
		Etat incompatible avec profession?		Essaient de convaincre le médecin d'appeler le GMC, sinon doivent informer eux même le GMC fitness to practice requirements	
		Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non renseigné
				spécialité	Psychothérapie et psychiatrie
	Recrutement			Non concerné	
	Rémunération			Non concernée	
	Lits hospitaliers		Généraux	Non concernés	
		Spécifiques	Non concernés		
	Communication	Médecins		Site internet	
		Presse	Populaire	Rarement	
Spécialisée médicale			Non renseignée		

		Autorité disciplinaire		Uniquement si le médecin présente une dangerosité dans la poursuite de son exercice, mais essaient toujours d'avoir le consentement du médecin
		Autres		Non renseignée
	Prévention			Non concernée
	Frais de fonctionnement			Non renseignés, mais gratuit pour le médecin appelant
	Confidentialité des données	Ordre		Transfert d'informations si dangerosité du médecin
		Financeurs		Non renseignée
Résultats	Nombre d'appels			Pas de statistiques disponibles globales disponibles, entre 2002 et 2011 : 1062 médecins traités,
	Profil des appelants	Sexe/âge		39% d'hommes, age moyen 35 ans, 19% de médecins généralistes, nombre appels croissants d'année en année
		Spécialité médicale		24% de spécialités médicales 19% de médecins généralistes 18% de psychiatres 9% de radiologues Les pourcentages restant se partagent des spécialités chirurgicales, pédiatrie, gynéco-obstétriciens
		Adressage		Volontaire, initiative propre

	Motifs d'appel			Tout ce qui peut être source de stress et d'anxiété lors de l'exercice de la profession
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		Dans des 2 structures hospitalières, les délais sont d'environ 2 semaines
		Hospitalisation + délai d'accès		Non concernés
	Communication	Publications		P.ex dans Oxford Journal
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		Non renseigné
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Pas d'informations disponibles.
		Enquête de satisfaction		Pas d'informations disponibles.
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles.
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles.
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles.
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles.

Sick Doctors Trust

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Sick Doctors Trust	
		Sigle de l'institution		Sick Doctors Trust	
		Pays d'origine		Angleterre	
		Année de création		1996	
		Début d'activité		1996	
		Forme juridique		Non renseignée	
		Services offerts		Entretiens au téléphone pour tout médecin souffrant d'addictions	
	Personnel	Nombre	Salarié		Non renseigné
			bénévoles		Non renseigné
		Formation		Médecins formés en psychothérapie et psychiatrie	
		Rémunération		Non concernée	
		Critère d'éligibilité		Non renseigné	
		Evolution		Non renseignée	
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Uniquement par téléphone
			Siège social		Non renseigné
		Répartition géographique		Angleterre	
		Mobilité des aidants		Non	
		Matériel d'information		Non	
	Financement			Par des dons par des « commissions » de médecins de plusieurs régions, dons de particuliers	
	Rapport avec institutions	Les autorités disciplinaires		Aucun, hormis si dangerosité du médecin	
		CARMF		Non concerné	
		Autres		Non renseigné	
	Profil des	Profession		Tout médecin et	

	usagers Ciblés			étudiant en médecine anglais
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui
			Famille	Oui
			Autorités disciplinaires	Non
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Entretien téléphonique initial puis entretiens téléphoniques jusqu'au sevrage complet
			Urgence : crise suicidaire	Non prévue théoriquement, mais appel des secours si nécessaire
		Anonymisation		Oui si souhaitée
		Sanctions ?		Aucune
		Etat incompatible avec profession?		Essaient de convaincre le médecin d'appeler le GMC, sinon doivent informer eux même le GMC « fitness to practice requirements »
		Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre
	spécialité			Non concernée
	Recrutement			Non concerné
	Rémunération			Non concernée
	Lits hospitaliers		Généraux	Non concernés
		Spécifiques	Non concernés	
	Communication	Médecins		Site internet
			Presse	Populaire Spécialisée médicale
Autorité disciplinaire			Uniquement si le médecin présente une dangerosité dans la poursuite de son exercice, mais essaient toujours d'avoir le consentement du médecin	

		Autres		Non renseignée	
	Prévention			Non concernée	
	Frais de fonctionnement			Non renseignés, mais gratuit pour le médecin appelant	
	Confidentialité des données	Ordre		Transfert d'informations si dangerosité du médecin	
		Financeurs		Non renseignée	
Résultats	Nombre d'appels			Pas d'informations disponibles,	
	Profil des appelants	Sexe/âge		Pas d'informations disponibles,	
		Spécialité médicale		Pas d'informations disponibles,	
		Adressage		Volontaire, initiative propre	
	Motifs d'appel			Pathologies d'addictions	
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès			Pas d'informations disponibles,
		Hospitalisation + délai d'accès			Non concernée
	Communication	Publications			Pas d'informations disponibles,
		Réunions			Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres			Non renseignée
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Pas d'informations disponibles.	
		Enquête de satisfaction		Pas d'informations disponibles.	
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles.	
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles.	
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles.	
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles.	

Les services d'entraide en Allemagne

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Interventionsprogramme der Landesärztekammern für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte („programmes d'intervention pour médecins souffrant d'addictions“)
		Sigle de l'institution		Non concernée
		Pays d'origine		Les « 16 Bundesländer » de l'Allemagne
		Année de création		2007
		Début d'activité		2007
		Forme juridique		Non renseignée
		Services offerts		Des programmes d'aide pour les praticiens qui présentent des pathologies psychiatriques ou des comportements addictifs ou un burnout, le tout fait partie intégrante des ordres des médecins « départementaux »
	Personnel	Nombre	Salarié	Non renseigné
			bénévoles	Non renseigné
		Formation		Différent selon les « Bundesländer », le responsable de la structure au sein des ordres peut être un psychologue ou un médecin
		Rémunération		Non renseignée
		Critère d'éligibilité		Non renseigné
	Evolution		Non renseignée	
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre	Initialement au sein du service situé dans l'ordre des médecins

				puis traitement ambulatoire ou hospitalier
			Siège social	Dans les différents ordres départementaux
		Répartition géographique		Tout le territoire d'Allemagne est couvert
		Mobilité des aidants		Non
		Matériel d'information		Publications dans la presse médicale, sur le site des ordres des médecins
	Financement			Les ordres des médecins départementaux
	Rapport avec institutions	Les autorités disciplinaires		Doit suivre les recommandations établies dans le cadre du contrat thérapeutique, sinon l'Ordre est informé et une procédure disciplinaire est engagée avec possible retrait du droit d'exercer
		CARMF		Non concerné
		Autres		Non renseigné
	Profil des usagers ciblés	Profession		Tout médecin et interne des départements
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui
			Famille	Non, mais demandent alors de convaincre le médecin lui-même d'appeler
			Autorités disciplinaires	Non
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Entretien téléphonique initial puis rendez vous en face à face au niveau du service au niveau du siège des ordres des médecins. Puis

				un projet avec contrat thérapeutique est établi	
			Urgence : crise suicidaire	Non prévue théoriquement, mais appel des secours si nécessaire	
		Anonymisation		Relative, tant que le médecin ne présente pas un danger pour les patients, qu'il n'y a pas de plainte et qu'il suit les recommandations du contrat thérapeutique, les instances disciplinaires de l'Ordre des médecins ne sont pas informées ; uniquement le référent du service au sein de l'Ordre connaît les médecins sous contrat thérapeutique	
		Sanctions ?		Si non observance du contrat thérapeutique : engagement d'une procédure disciplinaire avec possible retrait du droit d'exercice	
		Etat incompatible avec profession?		Essaie de convaincre le médecin de se mettre en arrêt maladie, pas de signalement systématique à l'Ordre sauf dérogations prévues par les lois (dangerosité immédiate, mise en danger de mineurs)	
		Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non renseigné
				spécialité	Toutes les spécialités médicales

		Recrutement		Non renseigné
		Rémunération		Non renseignée
		Lits hospitaliers	Généraux	Non renseignés
			Spécifiques	Non renseignés
	Communication	Médecins		Site internet des ordres départementaux
		Presse	Populaire	Rarement
			Spécialisée médicale	Dans les revues périodiques allemands « Ärzteblatt »
		Autorité disciplinaire		Uniquement les dérogations prévues par la loi et non compliance aux obligations du contrat thérapeutique
		Autres		Non renseignée
	Prévention			Conférences sur le burnout et publications sur la santé au travail, renforcement des actions de santé au travail dans les hôpitaux
	Frais de fonctionnement			Non renseignés
	Confidentialité des données	Ordre		Transfert d'informations si non compliance au contrat thérapeutique et selon dérogations permises par la loi
		Financeurs		Ordres des médecins départementaux et Ordre national des médecins
	Résultats	Nombre d'appels		Nombre d'appels uniquement disponible pour le Bundesland « Hessen » : de 2007 à 2015 : 400 médecins ont été pris en charge
Profil des		Sexe/âge		Pas de statistiques

	appelants			mis à disposition
		Spécialité médicale		Toutes les spécialités médicales sont représentées
		Adressage		Volontaire, initiative propre
	Motifs d'appel			Pathologies psychiatriques, addictions
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		Non disponible
		Hospitalisation + délai d'accès		Non disponible
	communication	Publications		Non retrouvées
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		Non renseignée
	Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?	
Enquête de satisfaction				Pas d'informations disponibles.
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles.
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles.
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles.
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles.

Arts in Nood

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Arts in Nood ("médecin en détresse")	
		Sigle de l'institution		Non concerné	
		Pays d'origine		Belgique	
		Année de création		2013	
		Début d'activité		Fin 2015	
		Forme juridique		Association	
		Services offerts		Assistance à tout médecin belge qui se trouve en détresse psychologique	
	Personnel	Nombre	Salarié		Non encore disponible
			bénévoles		Non concerné
		Formation		1 psychologue bilingue (français et néerlandais) qui assure la prise en charge initiale puis transfère l'appelant à un médecin de confiance	
		Rémunération		Non renseignée	
		Critère d'éligibilité		Les confrères de confiance sont des médecins ayant une certaine expérience dans la psychothérapie et qui « bénéficient de la confiance des collègues du secteur »	
		Evolution		Non renseignée	
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre		Initialement un contact téléphonique par un numéro national unique, accessible aux horaires de bureau (initialement

				24h/24h) puis le médecin appelant est adressé vers un confrère de soutien
			Siège social	Non renseigné
		Répartition géographique		Initialement dans 2 provinces pour le projet pilote, étendu en 2016 à toute la Belgique
		Mobilité des aidants		Oui des médecins de confiance si ceci est souhaité par le médecin appelant
		Matériel d'information		Publications dans la presse médicale, populaire
	Financement			Les ordres des médecins des provinces et Ordre national des médecins
	Rapport avec institutions	Les autorités disciplinaires		Aucun transfert d'informations sauf si le médecin est dangereux pour les patients dans son exercice professionnel
		CARMF		Non concerné
		Autres		Non renseigné
	Profil des usagers ciblés	Profession		Tout médecin et interne belge
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui
			Famille	Non, mais demandent alors de convaincre le médecin lui-même d'appeler
			Autorités disciplinaires	Non
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	1 ^{er} entretien par téléphone avec un psychologue qui oriente le patient vers un médecin

				de confiance de sa région qui reçoit le médecin au téléphone ou dans un lieux laissé au choix du médecin appelant. En fonction des besoins, ce médecin de confiance oriente le médecin vers des personnes ressources de son réseau local
			Urgence : crise suicidaire	Non prévue théoriquement, mais appel des secours si nécessaire
		Anonymisation		Oui
		Sanctions ?		Non sauf dérogations prévues par la loi (dangerosité des médecins)
		Etat incompatible avec profession?		Essaient de convaincre le médecin de se mettre en arrêt maladie, pas de signalement systématique à l'Ordre sauf dérogations prévues par les lois (dangerosité immédiate pour tierce personne)
	Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non renseigné, dépend de chaque médecin de confiance
			spécialité	Toutes les spécialités médicales
		Recrutement		Non renseigné
		Rémunération		Non renseignée
		Lits hospitaliers	Généraux	Non renseignés

			Spécifiques	Non renseignés
	Communication	Médecins		Via les ordres des provinces
		Presse	Populaire	Un des objectifs de l'association est de rendre attentif la population qu'ils doivent préserver le capital médical en évitant de les submerger par exemple de demandes administratives
			Spécialisée médicale	Non renseignée
		Autorité disciplinaire		Uniquement les dérogations prévues par la loi
		Autres		Négociations en cours avec l'INAMI l'équivalent de l'assurance maladie en France pour le règlement des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail
	Prévention			Non renseignée
	Frais de fonctionnement			Non renseignés
	Confidentialité des données	Ordre		Transfert d'informations selon dérogations permises par la loi
		Financeurs		Ordres des médecins départementaux et Ordre national des médecins
Résultats	Nombre d'appels			2 appels par semaine depuis la phase test dans les 2 régions, débute au niveau national en 2016
	Profil des appelants	Sexe/âge		Pas de statistiques encore disponibles
		Spécialité		Pas de statistiques

		médicale		encore disponibles	
		Adressage		Volontaire, initiative propre	
	Motifs d'appel			Tout ce qui peut provoquer une souffrance psychologique au cours de l'exercice, mais extension de l'aide prévu dans d'autres domaines	
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		Non disponible	
		Hospitalisation + délai d'accès		Non disponible	
	Communication	Publications		Non retrouvées	
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques	
		Autres		Non renseignée	
	Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Pas d'informations disponibles.
			Enquête de satisfaction		Pas d'informations disponibles.
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles.	
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles.	
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles.	
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles.	

Commission professionnelle et sociale

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		Commission professionnelle et sociale
		Sigle de l'institution		Non concernée
		Pays d'origine		Belgique
		Année de création		2015
		Début d'activité		2015
		Forme juridique		Association
		Services offerts		Service d'entraide qui intervient pour tout ce qui peut poser un problème à un médecin lors de son exercice. Il peut s'agir de difficultés psychologiques, d'organisation, de harcèlement, financiers etc. mettre à disposition des médecins une assistance et/ou une guidance médico-sociale, psychologique, administrative et financière, par le biais d'une commission dont le fonctionnement est strictement indépendant de la mission disciplinaire
	Personnel	Nombre	Salarié	1 personne de référence initiale, avec une commission de travail qu'elle peut consulter comportant plusieurs spécialités

				médicales, de juristes de conseillers fiscaux, un philosophe éthicien, tous bénévoles	
			bénévoles	La commission de travail formé d'une dizaine de personnes	
		Formation		1 personne de référence prenant en charge tous les appels téléphoniques aux horaires de bureau. Sa formation de base est large avec des expériences dans les ressources humaines, le management et les sciences sociales	
		Rémunération		Non renseignée	
		Critère d'éligibilité		Motivation, pluridisciplinarité dans la formation de base pour la personne référente	
		Evolution		Initialement la personne de référence travaillait à mi temps, puis elle est rapidement passée à temps plein au vue du nombre de demandes	
		Equipement	Locaux	Lieu de rencontre	Consultations possibles dans les bureaux de la commission ou dans un lieu laissé au choix du médecin appelant
				Siège social	417 avenue de Tervueren, 1150

				Bruxelles
		Répartition géographique		Bruxelles Brabant francophone (englobe 10.000 médecins)
		Mobilité des aidants		Oui la personne de référence peut se déplacer si besoin (80% des premières consultations se font en externe)
		Matériel d'information		Publications dans la presse médicale, populaire, échanges avec les directeurs des hôpitaux
	Financement			Ordre de Flandres
	Rapport avec institutions	Les autorités disciplinaires		Aucun transfert d'informations
		CARMF		Non concerné
		Autres		Informations des directeurs des hôpitaux pour faire connaître la commission
	Profil des usagers ciblés	Profession		Tout médecin de la province de Bruxelles Brabant francophone, extension prévu aux internes
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui
			Famille	Non, mais demandent alors de convaincre le médecin lui-même d'appeler
			Autorités disciplinaires	Non
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Par téléphone aux horaires de bureau, par mail, puis un entretien est en général organisé en externe

			Urgence : crise suicidaire	Non prévue théoriquement, mais appel des secours si nécessaire	
		Anonymisation		Relative (uniquement la personne de référence connaît le nom des médecins, la commission ne le connaît pas)	
		Sanctions ?		Non	
		Etat incompatible avec profession?		Essai de convaincre de se soumettre aux soins	
Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre		Non renseigné	
		spécialité		Toutes les spécialités médicales	
	Recrutement			Souvent par bouche à oreille de médecins intéressés par le sujet	
	Rémunération			Non renseignée	
	Lits hospitaliers	Généraux			Non renseignés
		Spécifiques			Non renseignés
Communication	Médecins			Site web en construction, publications dans presse, conférences, présence dans les « cercles de médecins » (équivalent groupes de pair en France), présence dans les facultés de médecine	
	Presse	Populaire		Non renseignée	
		Spécialisée médicale			Affiches dans les journaux
	Autorité disciplinaire			Aucun transfert d'informations	
	Autres			Non renseignée	

	Prévention			Fait partie des missions de la commission, présence dans des séminaires dans les facultés de médecine, les cercles des médecins
	Frais de fonctionnement			Non renseignés
	Confidentialité des données	Ordre		Absolue
		Financeurs		Non renseignée
Résultats	Nombre d'appels			Pas de données exactes, mais la personne de référence est passé de mi temps à plein temps au niveau des horaires de travail en 6 mois d'existence
	Profil des appelants	Sexe/âge		Pas de statistiques encore disponibles
		Spécialité médicale		Pas de statistiques encore disponibles
		Adressage		Volontaire, initiative propre
	Motifs d'appel			Pas de statistiques encore disponibles
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès		Non disponible
		Hospitalisation + délai d'accès		Non disponible
	communication	Publications		Non retrouvées
		Réunions		Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres		Non renseignée
Effets	Suivi	Rappels systématiques ? délais?		Prévu pour chaque médecin qui a bénéficié de l'aide, après quelques mois après la fin des mesures d'aide
		Enquête de		Pas d'informations

		satisfaction		disponibles.
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles.
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles.
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles.
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles.

ReMed (rete medicorum)

Ressources	Informations générales	Nom de l'institution		ReMed
		Sigle de l'institution		Rete medicorum
		Pays d'origine		Suisse
		Année de création		2006
		Début d'activité		2007 dans 2 régions
		Forme juridique		Organisation indépendante mais financé par la FMH (équivalent de l'Ordre des médecins en France)
		Services offerts		Réseau de soutien pour les médecins, la notion de soutien est maintenu volontairement large (médical, social, mais pas financier)
	Personnel	Nombre	Salarié	Non renseigné
			bénévoles	5 groupes d'intervision composé de 6 médecins pour toute la Suisse
		Formation		Médecins formés en psychothérapie, coaching, psychiatrie
		Rémunération		Non renseignée
		Critère d'éligibilité		Non renseigné
		Evolution		Augmentation au moment d'extension du projet à toute la Suisse
	Equipement	Locaux	Lieu de rencontre	Le plus souvent dans les cabinets

				des médecins ressources après premier entretien téléphonique
			Siège social	Non renseigné
		Répartition géographique		Initialement sur 2 cantons (Thurgovie et Neuchâtel) puis étendu en 2010 à toute la Suisse
		Mobilité des aidants		Non
		Matériel d'information		Publications dans la presse médicale et populaire, site web
	Financement			FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum) Fédération des médecins suisses
	Rapport avec institutions	Les autorités disciplinaires		Selon dérogations prévues par la loi suisse et si l'état de santé du médecin est incompatible avec son exercice professionnel
		CARMF		Non concerné
		Autres		Non renseigné
	Profil des usagers ciblés	Profession		Tout médecin et interne de la Suisse
		Mode d'adressage	Volontaire	Oui
			Famille	Non, mais demandent alors de convaincre le médecin lui-même d'appeler
			Autorités disciplinaires	Non
Actions	Déroulement de l'aide	1 ^{er} contact	Normal	Par téléphone 0800-OREMED (0800-073633) 24h/24h 7j/7j, en dehors des horaires de bureau, les appels

				aboutissent dans un centre de régulation des appels médicaux non urgents, les premiers conseils sont donnés, un mail envoyé avec les données du médecin à ReMed, dont un responsable recontacte le médecin dans 72 heures au maximum
			Urgence : crise suicidaire	Non prévue théoriquement, mais appel des secours si nécessaire
		Anonymisation		Non, mais bénéficie comme tout patient du secret médical
		Sanctions ?		Non
		Etat incompatible avec profession?		Essai de convaincre de se soumettre aux soins, sinon doivent alerter la FMH
	Réseau de soins « spécifique »	Personnes ressources	Nombre	Non renseigné
			spécialité	Toutes les spécialités médicales
		Recrutement		Souvent par bouche à oreille de médecins intéressés par le sujet
		Rémunération		Non renseignée
		Lits hospitaliers	Généraux	Non renseignés
	Spécifiques		Non renseignés	
	Communication	Médecins		Site web, publications dans presse populaire et médicale, conférences

				médicales	
		Presse	Populaire	Non renseignée	
			Spécialisée médicale	Affiches dans les journaux, récits de médecins ayant bénéficié de l'aide de ReMed	
		Autorité disciplinaire		Selon dérogations par la loi suisse et état de santé incompatible avec l'exercice de la profession	
		Autres		Non renseignée	
	Prévention			Fait partie de leur mission	
	Frais de fonctionnement			Non renseignés	
	Confidentialité des données	Ordre		Absolue sauf dérogations prévues par la loi	
		Financeurs		Cf ordre	
Résultats	Nombre d'appels			550 médecins pris en charge entre 2007 et 2015	
	Profil des appelants	Sexe/âge		40% hommes, 60% de femmes	
		Spécialité médicale		Non renseigné	
		Adressage		Volontaire, initiative propre	
	Motifs d'appel			Burnout, stress au travail, dépression	
	Orientation	Personne ressource + délai d'accès			Non disponible
		Hospitalisation + délai d'accès			Non disponible
	communication	Publications			Non retrouvées
		Réunions			Congrès, colloques, soirées thématiques
		Autres			Non renseignée
Effets	suivi	Rappels systématiques ? délais ?		Pas d'informations disponibles.	

		Enquête de satisfaction		Enquête réalisé en 2015 : questionnaire sur internet des médecins ayant bénéficié d'aide Pas d'informations disponibles
Impacts	Reprise du travail			Pas d'informations disponibles.
	Diminution du nombre	Médecins en invalidité		Pas d'informations disponibles.
		Arrêts maladie		Pas d'informations disponibles.
	Majoration prévoyance ?			Pas d'informations disponibles.

VU

NANCY, le **12 mai 2016**

Le Président de Thèse

Professeur Francis GUILLEMIN

NANCY, le **13 mai 2016**

Le Doyen de la Faculté de
Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9177

NANCY, le **26 mai 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE : Les médecins négligent souvent leur propre santé et sollicitent une aide la plupart du temps avec retard. Plusieurs associations se sont créées sur le territoire français afin de venir en aide aux médecins. Les pays anglo-saxons ont une antériorité car les programmes pour la prise en charge des médecins en difficulté y sont déjà bien établis et évalués. Nous avons tout d'abord procédé à l'élaboration d'une fiche de recueil d'informations. Cela nous a permis de recueillir les informations concernant les principales structures en France et à l'étranger que nous avons recensées. Nous avons ainsi pu décrire l'ensemble des processus mis en œuvre par ces structures. Nous avons analysé les populations concernées, les motifs d'appels, les prises en charge proposées ainsi que les financements mobilisés. Nous avons également étudié de quelles personnes ressources disposent les structures, ainsi que les personnes ou établissements extérieurs auxquels elles font appel. L'étude des structures et fonctionnements à l'étranger nous a permis d'avoir des éléments de comparaison et de réflexion. Nous proposons finalement ce qui pourrait être l'organisation d'une structure d'aide « idéale ».

TITRE EN ANGLAIS Census of the various aids in place to help the French general practitioners who have health problems. State of existing in France, in Europe and the U.S.A. Reflection on a possible organization

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE– ANNÉE 2016

MOTS CLEFS : Médecine générale, programmes d'aide, épuisement professionnel

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
