

Avril 2018

# QUELLE SOLIDARITÉ POUR LES SOIGNANTS ?

Le compte rendu du débat  
du 10 Avril 2018

DÉBAT  
DE  
L'ORDRE



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS  
Conseil National de l'Ordre





## TABLE RONDE :

**Rachel BOCHER** : Présidente de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

**Jean Baptiste BONNET** : Président de l'Intersyndicale nationale des Internes

**Patrick CHAMBOREDON** : Président de l'Ordre national des Infirmiers

**Éric GALA** : Professeur des universités – UFR Paris VII, responsable du DIU « soigner les soignants »

**Donata MARRA** : Psychiatre, Présidente de la structure de soutien pour les étudiants en santé de Sorbonne Université (Paris VI) , le BIPE, et chargée de mission interministérielle sur la qualité de vie des étudiants en santé, par les ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

**Nicolas REVEL**, Directeur général de la CNAM

## MODÉRATEURS :

**Patrick BOUET** : Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

**Jacques MORALI** : Président de la Commission nationale d'Entraide du Conseil national de l'Ordre des médecins

## DÉBAT ANIMÉ PAR :

**Perrine TARNEAUD** : Directrice de l'information de Public Sénat.



**Perrine TARNEAUD**

**B**onjour à toutes et à tous, merci d'être présents malgré les grèves pour cette matinée de réflexion autour de la solidarité entre soignants. Très vite je vous inviterai à intervenir dans ce débat avec vos réflexions et questions pour que la matinée soit la plus interactive possible. Pour ouvrir cette matinée de réflexions, je cède la parole au Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, Patrick BOUET.

**Patrick BOUET**

Merci à toutes et tous d'être présents parmi nous ainsi qu'aux intervenants qui ont accepté de participer à cette discussion sur un sujet dont chacune de nos professions — et je salue la présence des professions de santé dans leur ensemble — est frappée, le sentiment de difficulté, de pénibilité, voire de détresse, et ce à tous les moments de la vie de nos professions, ce qui fait probablement aujourd'hui fait la singularité de la situation dans laquelle nous sommes. Aucun compartiment d'exercice, de métier ou d'âge dans l'exercice qui ne soit, aujourd'hui, à l'abri d'une sensation de difficulté ou de pénibilité.

Les Ordres, et l'Ordre des médecins pour ce qui me concerne, sont traditionnellement des acteurs de l'entraide confraternelle, mais dans une vision qui était jusqu'à ces dernières années de présence rapide et ponctuelle sur un problème spécifique. Comme tous les acteurs, nous avons compris qu'il fallait se placer à la fois très en amont de l'apparition des problèmes et en même temps créer un véritable réseau et une véritable structuration de l'aide aux collègues, aux confrères, aux professionnels parce qu'il ne suffit pas que d'apporter quelque argent pour régler un problème. Il faut se placer au plus près de la réalité des exercices et des situations pour pouvoir y apporter une solution.

C'est le sens que nous avons donné à l'initiative, déjà ancienne de quelques années, qui nous a permis de créer des associations d'entraide sur le terrain et de créer des fédérations de ces associations et regroupements des établissements destinés à apporter leur aide aux soignants et, plus récemment, de créer une plateforme unique d'appel. Aujourd'hui, par un travail commun et une signature d'une charte interordinale pour assurer à tous les acteurs de nos professions une présence ainsi qu'au travers de discussions et de réunions de ce type, nous essayons de mobiliser nos efforts, nos ressources et nos moyens, nous acteurs professionnels, mais aussi acteurs de l'environnement professionnel — et je salue la présence du Directeur de la CNAM — nous sommes tous partenaires et présents pour agir à tous les moments et tous les niveaux de la pénibilité au travail, dans les études, dans les exercices, et les difficultés de ceux qui nous survivent.

Tout ceci est vaste ensemble sur lequel il nous faut absolument agir et je remercie chacune et chacun d'entre vous d'être présent, de participer à ces discussions, d'élaborer ensemble une capacité à agir qui nous permettent de rassembler nos efforts pour que nous puissions avoir les professionnels dont les Français ont besoin pour leur apporter les soins de qualité dans les meilleures conditions possible pour les deux compartiments de cette association naturelle professionnels de santé-usagers.

Merci à chacune et chacun d'entre vous et bonne matinée.

**Perrine TARNEAUD**

M. REVEL, en tant que Directeur de la CNAM, comment traitez-vous la question du bien-être des professionnels, dans les relations que l'Assurance maladie a avec les professionnels de santé ?

## Nicolas REVEL

Je voudrais tout d'abord remercier le Président BOUET de son invitation. C'est une question dont nous avons de plus en plus conscience qu'elle se pose. Elle n'est certes pas nouvelle, mais nous en sommes plus conscients aujourd'hui qu'il y a quelque temps parce que c'est évidemment un phénomène qui concerne depuis quelque temps beaucoup de professions, le monde du travail de manière générale. Vous êtes ; en tant que professionnels de santé ; les premiers témoins de ce phénomène d'une dureté accrue des conditions de travail dans beaucoup de secteurs économiques.

Il y a eu pendant un certain temps une forme de déni que cela pouvait concerner les soignants eux-mêmes, probablement au vu de ceux qui ne sont pas soignants et qui vous voient comme invulnérables, et peut-être même des soignants eux-mêmes qui peuvent parfois être dans une certaine difficulté à admettre leurs propres difficultés.

Il y avait bien sûr déjà des réponses, c'étaient des dispositifs d'écoute et d'accompagnement ne faisant pas face à l'ampleur du phénomène et du besoin de prise en charge et d'accompagnement. Il est nécessaire de renforcer encore l'ensemble des dispositifs parce que le besoin est réel. Je salue donc l'initiative que le Conseil national et l'ensemble des Ordres professionnels portent aujourd'hui.

Votre question au travers de cette invitation est comment pouvons-nous être utiles ? C'est la question que j'ai posée au Président de BOUET lorsque nous nous sommes rencontrés puisque l'Ordre n'avait pas besoin de nous pour constituer la plateforme qu'il souhaitait mettre en place. L'Ordre attendait de nous que nous soyons des partenaires plus globaux tant dans la prévention que la résolution, le cas échéant, des difficultés qui ont été soulignées dans notre champ qui est l'exercice conventionné.

J'essaierai donc de balayer rapidement ces deux champs de la prévention et de la résolution même s'il y a aussi au milieu la détection, qui n'est pas le terme pertinent, mais qui consiste à repérer les professionnels en souffrance parce que nous avons beaucoup de contacts avec les professions de santé de ville pour l'essentiel.

Vous avez parlé de pénibilité et s'agissant de prévention l'Assurance maladie a une responsabilité puisqu'elle gère et pose le cadre dans lequel vous exercez. Nous avons donc une responsabilité d'essayer de contribuer autant que nous le pouvons, dans la limite de ce que sont nos missions, à faire en sorte que vos conditions d'exercice soient les moins lourdes et moins compliquées possibles. Il se peut que cela fasse rire parce que nous sommes, par définition, amenés à poser des règles, les contrôler — fondement de notre mission qui garantit quelque part que nous puissions maintenir un système de solidarité très précieux pour permettre l'accès aux soins à tous.

Il n'en demeure pas moins que lorsque l'on réfléchit à ce que doivent être les priorités d'action, celle de la simplification des conditions d'exercice en est évidemment une. Nous l'évoquons souvent et essayons de lui donner des réalités par des initiatives prises ces dernières années. J'en citerai deux, certes modestes, mais pratiques pour qu'un soignant essaie de passer moins de temps sur des tâches administratives qui ajoutent des heures de travail supplémentaires aux heures de soins.

La première est ce que nous avons engagé et poursuivons dans les prochaines semaines sur le régime des affections de longue durée (ALD). Toute admission et tout renouvellement des plus 10 millions de patients en ALD justifiaient jusqu'à présent un travail administratif spécifique de votre part. Depuis maintenant plus d'un an, nous simplifions les modalités d'entrée dans ce dispositif. Nous avons supprimé le contrôle *a priori* sur beaucoup de pathologies sur lesquelles il nous semblait que ce contrôle n'avait pas beaucoup de sens.

Nous avons simplifié le protocole de soins électronique qui est d'ailleurs utilisé par plus de 60 % des médecins.

Ces prochaines semaines nous simplifierons également le renouvellement des ALD afin que l'Assurance maladie, considérant que ce sont des pathologies au long cours et sans « perspectives » de guérison, procède au renouvellement automatique de l'ALD pour la plupart d'entre elles et pour celles qui n'entrent pas dans cette catégorie nous proposerons au médecin de décider s'il juge ce renouvellement utile ou non.

Nous l'avons présenté en commission paritaire nationale et M. OUSTRIC, représentant de l'Ordre des médecins, a d'ailleurs considéré que c'était une contribution utile.

Sur un sujet plus polémique qu'est le tiers-payant qui concerne aujourd'hui 70 % des consultations faites par des patients en ALD, nous essayons depuis 2 ans, là aussi, de simplifier le plus fortement les risques de rejet qui étaient trop nombreux. Normalement aujourd'hui, tout rejet lié aux droits doit être réduit au strict minimum puisque nous avons posé la règle simple que toute consultation fondée sur les droits lus en carte ne peut plus donner lieu à rejet. Quand on analyse les statistiques, on observe que ces rejets ont drastiquement baissé.

Ce sont des contributions praticopratiques. Ce n'est jamais suffisant. Il y a un sentiment de charge administrative et de lourdeur évidente qui s'est probablement accrue ces dernières années. Quand nous faisons des analyses pour essayer de comprendre d'où vient et qui gère cette lourdeur administrative, la CNAM en sa part, mais on observe que d'autres administrations y contribuent aussi en exercice libéral de ville.

En tout cas, l'Assurance maladie aura à cœur dans les prochains de continuer à agir pour alléger cette charge administrative autant que nous le pouvons parce que dans le même temps nous avons des missions de contrôle sur le juste paiement, sur le juste soin qui nous conduisent aussi à devoir parfois intervenir. Nous devons aussi être attentifs à le faire dans des conditions d'explication de pédagogie et de dialogue qui sont importantes si l'on veut éviter que là où les choses se passent normalement dans 95 % des cas, nous ne soyons pas confrontés à la réaction de soignants qui reçoivent un courrier de l'Assurance maladie le « mettant en cause » sur une pratique professionnelle ou une facturation ayant pour conséquence de créer une réaction disproportionnée. Cet élément de dialogue qui accompagne nos actions est probablement à renforcer et c'est un des sujets sur lesquels je souhaite réfléchir avec les syndicats représentatifs et les Ordres afin de concilier à la fois l'accomplissement de notre mission et un souci de pédagogie d'accompagnement et de dialogue pour que les choses se passent au mieux.

Dans nos contacts, nous repérons des éléments de fragilité auprès de soignants. Souvent, nous ne savons pas quoi faire de cette information et à qui nous adresser, quel est le relais. Là aussi, je n'ai pas la réponse. Aujourd'hui, les relations locales entre le service médical de l'Assurance maladie et les conseils départementaux existent, elles sont inégales, et il y a là aussi probablement des choses à construire et à mieux formaliser.

Je terminerai sur ce qui était probablement une des demandes sous-jacentes, comment contribuer à être un élément de la solution face une situation de détresse ? Nous y sommes prêts, même si tout dépend des situations, et serions très heureux d'être à vos côtés pour identifier des éléments d'apaisement, de prise en compte de situations particulières dès lors que nous pourrions être à l'origine d'un problème ou la source d'une solution.

L'état d'esprit de l'Assurance maladie est de venir en soutien de votre initiative, comme pour d'autres initiatives existant dans le même champ et la même finalité. Nous souhaitons pouvoir être des partenaires disponibles pour vous, Ordres, face à cet enjeu majeur pour nous aussi.

### Perrine TARNEAUD

Je vous remercie, nous reviendrons tout au long de la matinée sur les pistes que vous avez évoquées. Monsieur GALAM vous vous êtes penchés très tôt sur cette question du soin aux soignants, vous êtes en quelque sorte un pionnier. M. REVEL parlait d'un déni ou d'un tabou dans le monde médical. Estimez-vous qu'il y a une prise de conscience et la mise en place d'outils d'accompagnement ?

### Éric GALAM

Le terme de déni est pertinent et désormais caduc puisque, et j'en suis très heureux, nous sommes tous présents aujourd'hui à l'Ordre des médecins accompagné d'autres Ordres et en présence de représentants importants de la profession pour parler et agir.

On est passé d'une ère où parler des difficultés des soignants était mal venu — cela faisait désordre et remettait en cause l'image de superhéros du soignant et ennuyait les autres avec nos problèmes « dits » personnels — à une ère où on accepte qu'on puisse en parler — et je remercie M. REVEL qui souhaite être une part de la solution, mais nous souhaiterions ne pas être aussi une part du problème. Malheureusement, les soignants sont aussi dans le problème.

Je voudrais revenir sur certains éléments. Aujourd'hui, on en parle, mais je dirais presque que l'on en parle trop ou trop mal. C'est devenu un phénomène qui s'approche d'une mode. Des rapports et des rencontres de grande qualité se sont succédé. Concernant le terme de pénibilité, j'ai dû me battre pour l'introduire dans l'encadré sur les spécificités des soignants que j'ai rédigé dans le cadre du rapport HAS sur le burn-out.

J'ai dû beaucoup insister pour convaincre qu'il y avait effectivement une spécificité pour les soignants. Je me réjouis donc qu'il ait été reconnu et accepté. Être soignant est un métier pénible, mais c'est aussi un métier d'humanité et qui nous donne une chance de transformer cette pénibilité en réussite et en humanité.

Nous ne sommes pas là pour pleurer et nous plaindre, mais pour saisir les opportunités qui nous sont données et enfin reconnaître que le soin représente un métier où sont impliqués des patients en souffrance et des soignants humains aussi et que cette humanité n'est pas un problème, mais une chance.

C'est étonnant qu'il nous ait fallu tant d'années pour nous rendre compte que l'état de santé des effecteurs de soins était l'un des critères essentiels de la qualité des soins. La prise en compte du soignant est une évolution heureuse et traduit un changement culturel majeur de la conception de ce qu'est le soin soigner avec les retentissements eux aussi salutaires de l'Ordre des médecins et des différents Ordres qui acceptent de prendre en charge ces différents problèmes.

Une fois que l'on a intégré ce changement, des outils se mettent en place dont on ne peut que se réjouir comme des plateformes — et nous avons créé la première en 2004 par un numéro de téléphone d'aide aux médecins en difficulté — qui devient aujourd'hui un numéro national ouvert à tous les soignants, c'est bien, mais il n'y a pas que cela. Il faut aussi tenir compte de tout ce qu'il y a après l'appel téléphonique et avant l'appel téléphonique et on évoquera notamment la formation et l'état des étudiants en médecine et en soins infirmiers qui souffrent de la même façon que nous. Nous les « vieux », nous aurions tendance à dire « nous aussi nous sommes passés par là, vous n'avez qu'à faire comme nous ». Non, eux passent par là et on va les aider à ce qu'ils ne fassent pas comme nous et peut-être nous aideront-ils à avancer.



La prise en compte du soignant en difficulté est importante, mais il y a aussi la prévention. Il nous faut réintégrer le fait que le soignant fait partie des soins et lui rappeler qu'il a le droit d'être défaillant. Le soignant ne doit pas être parfait, mais perfectible. Il doit être sensible à l'idée qu'il est dans une situation complexe et à risque. Cela s'appelle la gestion des risques qui complète la qualité des soins à laquelle j'associe résolument la sérénité des soignants.

Il faut donc travailler sur le soignant lui-même et ensuite lui donner des outils pour repérer ses propres problèmes et les difficultés qu'il a à soigner les autres et la capacité d'utiliser les outils à sa disposition. Il n'y a pas que du soin, il y a aussi de l'accompagnement organisationnel, comptable, juridique.

Lorsqu'un soignant ne va pas bien, il a besoin d'avoir recours à un autre soignant et c'est le problème du miroir, c'est-à-dire que l'on va se juger l'un l'autre. Le soignant qui soigne va juger le soignant-patient et le soignant qui est soigné va juger le soignant qui le soigne. Entre ces deux positions difficiles à accepter, il y a aussi le soignant intermédiaire, le soignant collègue, le soignant sentinelle qui va être amené à aborder le collègue qui ne va pas bien. C'est très difficile, cela se travaille et c'est aussi un point sur lequel je veux insister. L'aide au confrère se travaille d'abord par rapport au prendre soin de soi. « Prendre soin de ceux qui nous soignent. » Ce n'est pas un slogan si ancien même s'il est devenu « prendre soin de ceux qui soignent », ce qui inclut aussi prendre soin de soi. D'autre part, c'est être capable d'être actif vis-à-vis du collègue qui ne va pas bien, tout d'abord parce qu'il me ressemble et, d'autre part, parce que j'ai besoin de lui parce que s'il est défaillant cela va retentir sur moi.

Tout cela pour dire que nous avons des défis qui s'offrent à nous, d'une part, réussir cette articulation majeure qui est un changement. Un rapport de 2000 aux États-Unis a changé le mode de fonctionnement de la médecine en affirmant «(to err is human)».

L'erreur est humaine. Elle fait partie des soins et il faut la gérer au lieu de faire comme si elle n'existait pas. Aujourd'hui, il est enfin accepté qu'être un médecin, infirmier, sage-femme ou soignant est aussi être humain et c'est une articulation majeure du même niveau. Nous devons réussir cette articulation en étant vigilants vis-à-vis des risques d'instrumentalisation qu'ils soient politiques, financiers ou autres. C'est très important parce que c'est un nouveau marché qui s'ouvre à beaucoup d'acteurs intéressés par ce marché.

Il nous faut aussi réussir l'articulation entre tous les soignants parce que nous sommes tous dans le même bateau solide et fragile à la fois.

Je voudrais enfin parler du DIU «SOIGNER LES SOIGNANTS», que nous avons créé il y a quelques années associant Paris et Toulouse, et qui se donne pour but de professionnaliser ceux qui veulent soigner les collègues et prendre soin d'eux-mêmes. Ce DIU reconnu par l'Ordre des médecins est en train de se développer et s'ouvrira incessamment à tous les soignants.

Il y a bien sûr du contenu dans ce DIU, mais aussi de la réflexivité, c'est-à-dire que l'on demande aux participants de se positionner en se demandant qui ils sont en tant que soignant, quelles sont leurs ressources, quelles sont leurs difficultés, comment se positionnent-ils vis-à-vis des patients, de la santé, de leur outil structurel, etc. ? On leur demande aussi de produire des données par la production d'un mémoire pour faire avancer les choses. Nous sommes donc dans une situation où ce champ de l'humanité en médecine est non seulement accepté, mais aussi développé et je souhaite ardemment que l'on puisse le réussir et réussir avec bonheur cet enjeu qui nous dit que l'on a le droit d'être humain : ce qui est une chance pour nos patients et la collectivité.

## Perrine TARNEAUD

Madame MARRA vous êtes psychiatre spécialisée dans les risques psychosociaux chez les étudiants en médecine et venez d'ailleurs de rendre un rapport aux ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur pour identifier les risques auxquels sont confrontés les étudiants et proposer des solutions, sur quelles pistes insistez-vous dans ce rapport et quelles sont les priorités selon vous ?

## Donata MARRA

Je voudrais tout d'abord remercier l'Ordre des médecins de m'avoir invitée. Le rapport a été rendu public, je serai donc brève. Il s'agit d'un rapport interministériel Enseignement supérieur et Santé justement parce qu'il y avait effectivement un certain nombre de remontées du terrain, de drames — des suicides ont été relatés dans la presse et rappellent de façon dramatique certaines souffrances —, les représentants des étudiants avaient réalisé une enquête et alerté, tout comme celle réalisée chez les jeunes médecins précédemment par le CNOM. Les structures de soutien qui commencent à se développer dans les facultés mettaient l'accent sur des difficultés qui se répétaient. C'est pourquoi les ministres ont souhaité avoir un rapport sur le sujet.

Je dirais qu'il faut d'abord comprendre qu'il n'y a pas une cause qui engendre une souffrance, ce serait trop simple. J'insiste dans le rapport sur l'aspect systémique c'est-à-dire que l'étudiant est en interaction et interdépendance avec à la fois le système de formation dans lequel il étudie et avec ce qui se passe lorsqu'il est sur le terrain de stage, la plupart du temps hospitalier. L'étudiant lui-même peut présenter des particularités, l'enseignant, la manière dont la faculté va organiser les programmes, et le système global de la société qui évolue. Les métiers du soin ont évolué, la société évolue. Tout cela interagit et aboutit à une situation préoccupante.

La priorité du rapport à court terme est d'une part, d'identifier dans chaque institut de formation un circuit court d'accès à des soins psychiatriques pour répondre à l'urgence quand elle se présente. Il ne faut pas perdre son temps à essayer de savoir à qui adresser quelqu'un en souffrance. La deuxième priorité est axée sur la formation, une des recommandations serait un centre national d'appui dont la priorité à court terme serait de former les encadrants, les responsables de formation, les représentants des étudiants. L'important est de mettre en commun des expériences et des expertises et que cela diffuse.

Je ne voudrais pas tout exposer je préférerais le replacer au sein de la discussion globale.

Il faut aussi avoir du temps, du temps d'encadrement. Le compagnonnage est en difficulté dans le système hospitalier par manque du temps.

Il y a aussi des propositions concernant notamment la pédagogie en tant que telle, qui font écho en grande partie la réforme du 2e cycle des études médicales qui va arriver.

## Perrine TARNEAUD

En complément concernant les étudiants en médecine, est-ce que les solutions présentées à l'occasion de ce rapport semblent aller dans le bon sens, quel est votre constat M. BONNET, et quelles pistes privilégiez-vous ?

## Jean-Baptiste BONNET

Je tiens tout d'abord à remercier l'Ordre pour cette invitation. En tant qu'internes en médecine et futurs docteurs nous savons reconnaître la chance que nous avons en termes de relation avec notre Ordre.

Le constat qui a été fait l'a été avec les autres organisations étudiantes en médecine, mais la Fédération qui représente les infirmiers en formation le fait aussi et retrouve les mêmes grands axes. Nous avons mené cette enquête avec l'ANEMF, l'ISNAR, l'ISNCCA et l'ISNI. Globalement, on avait des chiffres sur l'anxiété, la dépression et les tentatives de suicides qui étaient entre 2 à 5 la normale par rapport à la tranche d'âge sur les données étudiées. Je ne m'étendrai pas sur les chiffres, mais le point principal de cette étude a permis de déterminer de façon rigoureuse des chiffres scientifiques publiables et évaluables avec le temps. C'était l'élément central du travail. Nous avons pu alors commencer du côté syndical à émettre une volonté de mettre le sujet sur la table et demander des objectifs.

Le rapport qui a été rendu est positif pour nous et le point primordial est d'enfin passer à une organisation professionnelle de la lutte contre les risques psychosociaux pour les étudiants en santé. L'avantage de ce type de format est que nous pouvons politiquement poser les objectifs et en tant qu'organisation syndicale notre objectif est de revenir à des risques psychosociaux qui soient dans la norme de la tranche d'âge des étudiants en médecine d'ici 5 ans.

En termes de travail, les axes que nous avons déterminés sont au nombre de quatre. Le premier est peut-être l'axe prioritaire qui peut être mis en place dans les facultés et hôpitaux. Il s'agit de détecter et accompagner les étudiants en souffrance ou en échec — et je dis bien en échec parce qu'il ne faut pas oublier que l'échec académique est parfois la première cause ou la première alerte d'un étudiant ou interne qui va mal. C'est l'objet de structures type BIPE créées par le Dr MARRA. C'est pour nous un élément essentiel de base du système. Les internes en médecine avaient déjà monté d'autres structures de type SOS SIHP pour Paris.

Ce sont des éléments essentiels, mais qui ont besoin d'être coordonnés, évalués et poussés scientifiquement et nationalement. Le deuxième élément, comme cela a été dit, est qu'il ne faut pas se voiler la face les études de médecine et la médecine, en général, resteront des environnements stressants. La médecine est contingentée par des notions financières. Il y aura nécessairement toujours des tensions. Le monde de l'hôpital n'est pas un monde facile et la médecine s'occupe, par essence, de la souffrance, de la mort, de personnes en détresse et parfois en état d'agressivité. Il faut nécessairement l'apprendre et peut-être le mettre dans le programme. Les étudiants en médecine et les internes doivent être formés à appréhender cet environnement stressant tant institutionnel qu'en rapport avec le cœur de leur métier. C'est-à-dire comment gérer son premier décès, une famille en détresse et/ou en situation d'agression, comment gérer un rapport hiérarchique à l'hôpital alors que l'on n'a pas été formé sur un mode hiérarchique, comment travailler en équipe, comment respecter les professionnels qui travaillent avec moi ? Ce sont des choses pour lesquelles, il faut évoluer. On a quelques programmes tests. Peut-être faut-il les tester dès le début des études de médecine. C'est pour nous un axe central.

Le troisième axe porte sur la modification de l'environnement extérieur. C'est pour nous d'un point de vue syndical beaucoup plus classique, mais, comme le premier axe, on a des résultats très rapides avec ce système même si c'est du travail de longue haleine puisqu'il faut transformer le système. Pour nous le premier a été le repos de garde. Des grands progrès ont été réalisés ces trois dernières années, même s'il y a encore des endroits où il y a des problèmes. La preuve en est que lorsque l'on prend le problème à bras-le-corps on arrive à réorganiser les services pour faire quelque chose.

D'autre part, il faut réfléchir comment mettre en place les 48 heures de temps de travail déterminé par l'Union européenne. Il ne faut pas nécessairement le faire de manière abrupte partout et c'est pourquoi nous militons pour avoir des plages additionnelles comme dans le système proposé pour les praticiens hospitaliers pour avoir une transition douce qui permette d'adapter les services lentement à ce fonctionnement. Nous pouvons y arriver comme en Angleterre, mais il faut du temps et de la méthode. Après, il y a le caractère étudiant, le caractère en contact avec des formateurs dans un système hiérarchique et comment former les formateurs à la pédagogie qui sont des éléments essentiels pour nous.

Le quatrième axe — et c'est d'autant plus important de le dire dans l'enceinte du Conseil national parce que cela revient beaucoup dans les discussions informelles avec les internes — c'est la question du sens en médecine. Pourquoi fait-on ce métier ? Certains internes disent avoir perdu le sens de leur place en médecine, que finalement ils ne font pas de médecine et plutôt de l'administratif. Il y a plusieurs pistes et peut-être commencer par réaliser un audit de travail médical des internes dans les services. C'est fait en partie de manière administrative sur la médecine libérale, il faudrait aussi cette réflexion sur l'hôpital et se poser la question du travail de chacun. Peut-être que l'on arrivera à la conclusion pour certaines tâches que c'est le travail de l'interne, mais peut-être que pour d'autres il y a des fonctions supports qui ont disparu et qu'il faudrait les remettre. C'est un peu le même sentiment, me semble-t-il, pour les infirmières.

Un autre point de cet axe qui est peut-être tabou, mais il faut le dire, c'est la création de portes de sortie aux études de médecine. Actuellement, un interne en médecine à bac + 9 qui est échec pour X ou Y raison n'a aucune équivalence dans un autre diplôme.

C'est un problème qui n'est pas très compliqué à régler et qui va se confronter à toute une gamme de situations différentes entre celui qui devient inapte, celui qui a perdu la volonté de continuer, etc. C'est un point essentiel et qui est actuellement soulevé par l'Enseignement supérieur, mais j'ai l'impression que c'est relativement tabou pour l'instant dans le milieu.

Enfin, et c'est un travail mené avec les autres organisations syndicales jeunes, c'est la question du sens des études ? Nous avons une formation, mais à quoi sommes-nous finalement formés ? C'est un point important de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales et élément central des différents rapports sur la réforme du 2<sup>d</sup> cycle des études médicales. On est interne de médecine libérale, on est formé à vouloir faire de la médecine libérale, me forme-t-on à faire de la médecine générale ? Je suis interne de dermatologie, on me forme à faire de la dermatologie libérale, mais je ne savais pas que j'avais été formé à faire de dermatologie libérale. Ce sont des questions que nous posent aussi les internes et les externes. C'est un vaste chantier et il n'y a pas de solution miracle, mais aussi un élément central de travail.

### **Perrine TARNEAUD**

On reviendra sur ces points au cours du débat. Si cette question de la souffrance au travail des personnels de l'enseignement émerge aujourd'hui est-ce parce que c'est la fin d'un tabou ou parce que c'est un environnement professionnel qui évolue aussi ?

### **Rachel BOCHER**

Je remercie tout d'abord l'Ordre et son président, le Dr Patrick BOUET, de me donner la parole à cette table ronde. Le constat est clair, connu, médiatisé et partagé. Parmi les professionnels de santé — et on entendra les infirmiers — la souffrance est croissante. Il n'y a pas une semaine où malheureusement les médias ne se fassent l'écho des souffrances des soignants. Cette médiatisation peut être une bonne chose.

C'est la fin de l'omerta plus qu'un déni. Les patients souffrent, mais les soignants aussi — praticiens hommes ou femmes — car nous restons des humains. Nous ne sommes ni des dieux ni de héros. Parlons plutôt de colosses par rapport au volume considérable de savoirs que nous avons acquis au fil des années, mais hélas des colosses aux pieds d'argile.

Pour être brève, j'évoquerai le fait d'être médecin et l'exercice spécifique hospitalier avec 4 grands déterminants qui vont conditionner l'évolution voire la révolution au sein de notre métier de la médecine — révolution-évolution à laquelle nous ne sommes pas prêts et formés — et les grands défis qui s'offriront à nous. Et pour conclure, la place d'un intersyndicat - INPH que je préside - qui accompagne, informe, écoute et prévient tout type de conflit. Nous recevons des courriels tous les jours auxquels nous essayons de répondre dans les 48 heures car il s'agit souvent de situation urgente.

La médecine moderne est aujourd'hui un métier complexe marqué du sceau de la technologie de pointe, mais de la technologie administrative et marquée surtout par les coûts exponentiels. Cela ne doit en aucun cas masquer l'ancrage humain de notre métier de médecin et des pratiques soignantes. Il ne faut pas oublier que ce métier de médecin est choisi la plupart du temps par passion et conviction. Être médecin n'est pas tout à fait un métier comme les autres car comme tous les professionnels de santé nous sommes confrontés à la mort et à la souffrance. Nous restons des hommes et des femmes vulnérables. Il faut d'ailleurs accepter de reconnaître les blessures qui sont parfois à l'origine de notre vocation et reconnaître qu'il n'y a plus ce clivage entre médecin et patient, entre le médecin celui qui écoute qui sait et le patient qui voudrait ne pas se soumettre totalement aux injonctions du médecin.

Quant à l'exercice spécifique hospitalier, il y a eu au moins 7 réformes en 20 ans et non des moindres qui ont fait évoluer le rôle, la place et le pouvoir du médecin avec quatre thèmes déterminants :

1. Les patients, j'en ai déjà parlé, il s'agit du rééquilibrage des pouvoirs notamment face à la circulation de l'information et même la prise de décision.
2. La transition épidémiologique et l'explosion des maladies chroniques qui fait que nous ne sommes plus dans le curatif, le *cure*, mais davantage sur le *care* ce qui implique un engagement personnel au long terme avec le patient avec une relation au long cours qui est parfois épuisante et éprouvante. Cette explosion de maladies chroniques va de pair avec l'explosion des demandes sociales souvent conjuguées à des contraintes médicoéconomiques qui générera inévitablement des charges supplémentaires qui sont non seulement psychiques, mais anxio-gènes. Tout cela avec des équipes à l'hôpital parfois en sous-effectif ou en turn-over important sur lesquelles les praticiens hospitaliers ne peuvent suffisamment s'appuyer comme ils le souhaiteraient.
3. La modification du profil des professionnels. Je n'y reviens pas, on parle beaucoup d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle qui se profile depuis quelques années chez les médecins, mais davantage sur la recherche d'une reconnaissance accrue des professionnels de santé. Une reconnaissance de leurs compétences au sein d'un collectif soignant qui, aujourd'hui, est en perte d'identité, voire en perte de repères parce que nous sommes soumis à des institutions qui sont contraintes à des logiques comptables et qui sont parfois éloignées des pratiques de soin ou des valeurs du service public hospitalier. Mais aussi par rapport au profil des professionnels, en effet la demande des professionnels est d'accéder à des passerelles professionnelles ou à des parcours plus souples avec une porosité dans la carrière.

4. L'évolution des savoirs et des technologies, toujours en croissance et qui expose le praticien hospitalier à deux risques majeurs, d'une part, la submersion des données et des savoirs toujours plus nombreux et, d'autre part, la surenchère des savoirs avec le risque d'une dévalorisation d'une mésestime de soi.

Ces déterminants conduisent à quelques défis qui, non pris en compte, vont générer souffrances, conflits, voire harcèlements :

1. Bâtir un collectif soignant pluriprofessionnel décloisonné qui va générer une identité professionnelle en miroir et une stabilité professionnelle est indispensable ;
2. Associer humanité et médecine de haute technicité paraît indispensable pour conserver une pratique de soins humaniste conforme au Serment d'Hippocrate ; D'autant qu'aujourd'hui nous sommes régulièrement confrontés à des virages ambulatoires et à des virages territoriaux ;
3. Passer de cet hôpital hospitalocentrique à des territoires est une bonne chose, mais cela génère des risques, celui d'un anonymat dans un GHT gigantesque, parfois impersonnel où la qualité des soins reste un défi majeur à construire avec les patients, mais où les institutions sont soumises à des impératifs financiers majeurs.
4. Le management qui a été mis à mal ces dernières années et qui reste central au niveau des équipes soignantes, médicales, paramédicales, mais aussi entre médecins et directeurs. Cette question génère de nombreux conflits depuis la loi HPST, et que la loi TOURAINE n'a que partiellement modifiés.

Ces conflits qu'ils soient à l'hôpital, entre médecins, entre médecins et directeurs, qu'ils soient générés par des impératifs financiers ou par une gouvernance maladroite doivent être rapidement réglés. Il faut éviter l'enkystement durable et ne pas rester seul.

C'est pourquoi nous répondons très vite. Il faut répondre et être présent dans le soutien et l'assistance, et trouver rapidement une conciliation au niveau local, de l'établissement au niveau régional ou national, au niveau des différentes instances existantes, la CME, la commission paritaire régionale, le CNG, notre intersyndicat et aujourd'hui il y a un médiateur national, Édouard COUTY qui gère cette situation.

L'INPH est là pour informer le praticien, l'aider dans sa formation, proposer des solutions simples et possibles, lui permettre soutien et assistance. Je pense aussi qu'il faut savoir, indépendamment de notre savoir-faire qui est l'acquisition des compétences pour exercer le métier de médecin, développer le savoir-être, c'est-à-dire des qualités personnelles pour poursuivre une réflexion constante sur soi, ses pratiques de soins, sur le système de santé qui doit rester centré sur lui-même.

#### **Perrine TARNEAUD**

Le constat des infirmiers n'est pas différent, j'imagine ?

#### **Patrick CHAMBOREDON**

Je remercie le Président BOUET de nous avoir invités et je crois que c'est la première fois qu'un infirmier vient parler dans l'enceinte de l'Ordre des médecins et il faut saluer cette volonté d'ouverture et de réalité du binôme médecin-infirmier sans lequel l'hôpital qui va mal, irait encore plus mal.

Ce débat est très symbolique et cette volonté d'ouverture, au-delà de la simple volonté des infirmiers, s'est manifestée parce que d'autres Ordres sont présents aujourd'hui. Cette solidarité entre soignants doit se faire au travers de la solidarité interordre car nous sommes tous là pour une mission régalienne confiée par le législateur qui est finalement le service uniquement aux usagers puisque tout ce que nous faisons au quotidien et dans nos Ordres respectifs est uniquement dans ce but.

L'Ordre des infirmiers ne peut que s'associer au constat fait par tous les prestigieux intervenants à la table et le déplorer. Même si ce n'est pas un discours politiquement correct, ce n'est pas reluisant. Les infirmiers sont peut-être touchés depuis plus longtemps que d'autres professions et je voudrais rappeler que nous ne parlons que pour la France, mais au Québec il y a 6 mois une infirmière s'est répandue sur les réseaux sociaux et a fait vaciller le système de santé québécois. Si les représentations professionnelles, les syndicats, ne prennent pas ce problème à bras-le-corps, on risque d'avoir la même problématique où le ministre est obligé de sortir de sa réserve, de créer des plans spéciaux, de prendre des plans d'urgence et des mesures drastiques parce que cela aura mené à un cataclysme quasi national pour le système de santé.

Il ne faut pas mésestimer la puissance des réseaux sociaux, les infirmiers sont des gens très connectés comme les médecins et les internes et les affaires sont très souvent médiatisées. Je veux rappeler qu'en 2017, 8 infirmiers se sont suicidés, pour la plupart des suites d'accidents du travail. On voit donc bien qu'il y a causalité avec les conditions de travail. Il est un peu gênant pour l'Ordre de rester les bras croisés et dire qu'il n'y a plus qu'à faire des communiqués de presse compassionnels, s'attrister et passer quelques appels.

Il faut maintenant passer à un autre stade et qu'on mette cette deuxième mission qu'est l'Ordre au service des usagers plutôt vers nos mandants puisque cette mission d'entraide est consubstantielle aux différents textes de nos différents Ordres. Il fallait passer à ce stade et j'ai été invité à Avignon avec tous les autres opérateurs pour poser la première pierre de cet édifice que tous les Ordres et représentants professionnels vont bâtir ensemble au service de nos mandants.

Un soignant ne peut bien soigner que s'il est bien dans sa peau et comme souvent, c'est toujours les cordonniers les plus mal chaussés, infirmiers comme médecins refusent de voir la réalité en face et s'y prennent souvent trop tard.

Je tiens à souligner tout le travail réalisé par M. MORALI, sous l'impulsion de M. BOUET, parce qu'avoir pensé un tel dispositif, et surtout y associer tout le monde, a d'autant plus de sens que c'est au service de l'ensemble de la population soignante. C'est quelque chose de vraiment très important.

Je veux revenir sur les infirmiers nous rencontrons les mêmes problématiques. Nous sommes encore au quotidien, les étudiants comme les professionnels, encore plus près que les médecins et nous n'en tirons ni gloire ni profit, mais toute cette souffrance, maladie et contexte de mort que nous voyons au quotidien et que nous vivons au plus près n'est pas neutre. Ce n'est pas neutre non plus de choisir cette profession, comme on l'a dit.

Il fallait donc absolument faire quelque chose pour les soignants parce qu'on est dans la situation d'une profession qui jusqu'à présent ne s'exprimait jamais. Or, l'Ordre a lancé une enquête la semaine dernière et a obtenu 20 000 réponses en 6 jours. L'expression de ce mal-être qui a donné des chiffres que l'on connaissait, mais que l'on a objectivés, était demandée et beaucoup nous ont dit que cela n'avait jamais été fait jusqu'à présent et qu'il fallait absolument s'en préoccuper.

Bien sûr la souffrance des soignants est multifactorielle et pas uniquement liée aux conditions des relations avec l'utilisateur, à cette souffrance au quotidien. Qui mieux que l'Ordre pourrait prendre ce problème à bras-le-corps ? L'Ordre de médecins comme tous les autres Ordres a un réseau de proximité au travers des régions et des départements.

Nous sommes des professionnels qui nous occupons de nos professionnels qui avons des réponses praticopratiques avec éventuellement des besoins financiers qu'il faudra dégager et mettre en œuvre parce que cela peut malgré tout permettre dans un premier temps de répondre à une urgence.

Au-delà, comme l'a indiqué M. GALAM, le fait de former les soignants nous permettra aussi d'avoir un réseau. Ouvrir cette formation aux autres professionnels est fondamental parce que nous devons prendre soin entre nous de nous parce que personne ne le fera pour nous. On arrive à cette situation aujourd'hui parce que les choses n'ont pas été dites, faites ou pensées avant et d'associer les infirmiers à ce sujet à la suite de notre demande à laquelle le Président BOUET a accédé, nous permettra d'entrer aussi à l'université pour nous former sur ces sujets.

Les infirmiers sont complètement partie prenante à ce constat.

### **Perrine TARNEAUD**

Nous avons entendu la nécessité urgente de mettre en place des outils de prévention, de détection et d'accompagnement. Monsieur MORALI vous allez nous présenter le dispositif national de prise en charge qui vise à fédérer tous les Ordres professionnels.

### **Jacques MORALI**

Bonjour à tous et merci d'être présents aujourd'hui et surtout tous les Ordres de santé qui se sont joints à nous pour organiser et construire ensemble cette solidarité pour les soignants.

Nous sommes partis d'un premier constat. Il y a un peu plus d'un an nous avons réalisé une enquête sur la santé des médecins dont il est ressorti que ces derniers n'avaient pas de médecins traitants autres qu'eux-mêmes, seulement un tiers avait un médecin autre qu'eux-mêmes, mais la moitié avait été en ALD et avaient donc un médecin traitant à ce titre.

La Commission nationale d'Entraide s'est très vite rendu compte que les cas complexes arrivaient à un stade malheureusement trop tardif avec une complexité des problèmes et difficultés qui s'étaient accumulés au fil du temps avec parfois l'impossibilité d'y apporter une solution. Pour preuve, nous avons mis en place des examens de prévention dans les centres d'examen de santé de la Sécurité sociale notamment en Bretagne et à Paris et nous nous sommes rendu compte que les médecins qui se présentaient à ces examens, et qui auraient dû être de la prévention primaire, y venaient pour des diagnostics qu'ils avaient un peu imaginés, mais qu'ils n'avaient pas faits à des stades tardifs de pathologie, souvent au-delà de toutes ressources thérapeutiques. Il est dramatique de voir que les médecins, qui sont au cœur du soin, n'utilisent pas pour eux ce qui serait bon pour eux comme ils le font pour leurs patients.

Ce constat nous a amenés à penser une autre organisation de l'entraide et de la solidarité. Le président BOUET m'a confié cette charge il y a 2 ans. Des pistes avaient déjà été lancées, entre autres créer un observatoire de la santé des médecins. Un observatoire objectif était un peu compliqué puisqu'il fallait sortir le panier de soins des médecins des données de santé ce que nous n'avons pas pu faire. Nous avons donc choisi de réaliser une enquête avec 5 cohortes de médecins les plus représentatifs et nous nous sommes aperçus qu'une majorité de ces médecins n'allaient pas bien, étaient en épuisement professionnel selon la grille d'évaluation de Maslach. Ces médecins en épuisement professionnel n'osaient même pas s'arrêter quand ils n'allaient pas bien, non pas pour des raisons financières, comme on peut le penser, mais pour les hospitaliers parce que cela désorganise le travail et pour les libéraux parce qu'ils ne trouvent pas de remplaçant.

Il fallait donc faire quelque chose et organiser autrement notre solidarité.



Nous avons bien sûr commencé à penser la solidarité pour les médecins qui a pu ensuite être proposée aux autres ordres pour entrer dans ce système.

Habituellement, le médecin appelait soit la commission d'entraide départementale soit une association d'entraide qui existe depuis une dizaine d'années. Nous nous sommes très vite rendu compte qu'il faudra l'accompagner dans sa démarche. L'idée d'une plateforme téléphonique d'appel a commencé à germer, un numéro unique, une porte d'entrée unique pour ces soignants en difficulté.

Nous avons donc mis en place cette plateforme téléphonique où des psychologues répondent au téléphone selon trois types de cas :

1. La simple écoute ou simple information et le psychologue remplit alors tout son rôle en écoutant le soignant ou le dirigeant vers l'information adéquate. Par exemple si c'est juridique vers le Conseil de l'Ordre, vers une association d'entraide si problème santé ;
2. L'urgence vitale, le soignant qui veut se suicider et nous faisons comme la plateforme de M. GALAM, l'AAPMS qui faisait cela depuis 10 ans et était en contact direct avec les Samu, on appelle le Samu et intervient en urgence ;
3. Enfin, la situation qui nécessite un accompagnement et un suivi du professionnel de santé qui ne va pas bien. Il y a la première écoute avec le psychologue, mais il fallait derrière des cellules d'appui. Il y avait deux possibilités à utiliser pour les médecins : le conseil départemental qui est l'échelon de proximité et premier interlocuteur de l'entraide et de la solidarité puisqu'il a en son sein une commission d'entraide totalement étanche — et j'insiste l'entraide et la solidarité doivent être totalement étanches du reste de l'activité de l'Ordre,

il n'y a aucune transmission au disciplinaire ce qui inquiète les confrères — et des associations d'entraide se sont créés dans les régions depuis une dizaine d'années, les Ordres ayant senti cette difficulté des confrères qui allaient de moins en moins bien. Il en reste 8 (MOTS pour l'Aquitaine et une grande partie de la France, ARENE pour l'Est de la France, ASRA pour la région lyonnaise, l'ER-MB pour la Bretagne et Poitou-Charentes et IMHOTEP en Normandie qui nous rejoindra cet après-midi au sein de cette fédération d'entraide).

Il y avait une multitude d'associations d'entraide en appui et nous avons pensé qu'il fallait les fédérer, il n'était pas question de laisser une disparité nationale et surtout des territoires sans aucune intervention d'association possible.

C'est donc fait, les associations vont se fédérer dans un PASS, Programme d'Aide et de Solidarités aux Soignants. Nous nous sommes inspirés du Programme d'aide aux médecins au Québec. Cette fédération d'association viendra en appui du conseil départemental.

C'est important d'avoir des associations pour prendre en charge les confrères avec des aides, médecins et accompagnateurs, mais qu'il fallait aussi des établissements de soins pour prendre en charge l'hospitalisation de nos soignants. Nous avons donc imaginé une charte d'unités de soins dédiés aux soignants.

C'est également fait, les unités de soins dédiées se sont réunies et il y en a 5 pour l'instant et nous espérons en avoir d'autres pour mailler tout le territoire. Ces unités de soins prennent en charge les soignants de façon spécifique et ont un cahier des charges très strictes puisqu'elles ont obligation d'accepter en hospitalisation le soignant dans les 72 heures. C'est important de le souligner parce qu'il n'est pas facile d'avoir des lits libres dans ces unités de soins.

Il fallait aussi imaginer la suite après l'hospitalisation, il n'était pas question de laisser le soignant sortir de l'établissement et se retrouver seul. Nous allons donc mettre en place un suivi après ces hospitalisations, probablement avec un retour vers les médecins accompagnateurs des associations d'entraide.

Le Conseil national est bien sûr en appui derrière avec sa mission d'entraide. Je rappelle que c'est une mission très ancienne inscrite dans le Serment d'Hippocrate qui indique « *je partagerai mes subsides avec mes confrères et leur famille en difficulté* ».

Le Conseil national est bien sûr en appui derrière avec sa mission d'entraide. Je rappelle que c'est une mission très ancienne inscrite dans le Serment d'Hippocrate qui indique « *je partagerai mes subsides avec mes confrères et leur famille en difficulté* ».

Cette solidarité a donc toujours existé chez les soignants. L'ordonnance de 45 l'a précisé, tout comme le Code de la santé publique et le Code de déontologie, mais les textes ne faisaient pas référence à la nécessité du soignant de prendre soin de sa santé. C'est chose faite. En effet, le serment de Genève prêté dans presque tous les pays du monde vient d'introduire l'article « *Je veillerai à ma propre santé et à mon bien-être pour apporter des soins irréprochables à mes patients* ». Cela paraissait tellement évident, mais il a fallu attendre 2018 pour que ce soit inscrit.

Le Conseil national a bien sûr signé des partenariats non seulement avec les unités de soins dédiées, les associations, mais aussi avec les ceux qui travaillent au bien-être de nos confrères que sont le CNG pour les hospitaliers, la CARMF pour les médecins libéraux et nous avons bien sûr des relations privilégiées avec l'AFEM qui s'occupe de nos conjoints et enfants.

L'idée était de prendre en charge globalement les difficultés de nos confrères, de la formation à la retraite et voire au-delà, après le décès. Tout cela n'était possible que si on s'intéressait à tous les déterminants de la santé des soignants qu'ils soient individuels, environnementaux, que ce soit leur mode de vie avec les addictions et le parcours de soins qui nécessitent que chaque soignant ait son médecin-traitant pour le prendre en charge et qu'il ne soit plus son propre médecin-traitant.

Voilà comment nous avons pensé cette organisation avec cette plateforme téléphonique qui n'est pas une fin en soi, mais qu'une porte d'entrée, il faut suffisamment de personnes derrière pour s'occuper de nos confrères en difficulté.

#### **Perrine TARNEAUD**

Je vous propose de passer aux premières réactions de la salle pour faire vivre ce débat.

#### **Jean-Pierre PONT, médecin et Député du Pas-de-Calais**

Je vous remercie de m'avoir invité. Je suis médecin installé depuis le 1<sup>er</sup> avril 1979, mais après 5 ans d'internat à l'hôpital de Lens. On a parlé de la santé du médecin non pas par rapport aux bactéries ou aux virus, mais sur d'autres sujets de préoccupation de la vie quotidienne et de paperasserie. M. REVEL, par la simplification de l'ALD, est très bien, mais elle pourrait être encore plus simplifiée. Par exemple, on pourrait laisser un diabétique jusqu'à sa fin de vie en ALD et éviter de renouveler et il doit y avoir d'autres cas de simplification.

Vous avez parlé du tiers-payant vis-à-vis de la Caisse, c'est simple, il n'y a pas de paperasserie à faire, mais ce que craignent beaucoup de médecins c'est le tiers-payant généralisé avec toutes les mutuelles.

Nous avons aussi nos SNIR et ce n'est pas comme pour les hôtels plus on a d'étoiles mieux c'est. Avoir ces rapports avec notre profil, voir nos arrêts de travail, etc.... Vous avez la facilité d'avoir l'informatique, mais nous nous avons malade par malade. Quand vos représentants viennent me voir, je dis toujours que lorsque l'on a un cancéreux on ne lui dit pas qu'il a 60 % de chance de survie. Vos profils sont bien, mais ce n'est qu'une statistique et qui ne correspond pas, pour moi, à notre activité. C'est quelque chose qui nous est personnel c'est-à-dire la relation malade-médecin.

Notre exercice a beaucoup changé, chercher un remplaçant est aussi parfois traumatisant comme les déserts médicaux. Dans ma commune deux médecins vont partir à la retraite sans successeur. Moi-même j'en cherche, mais n'en trouve pas et ai conservé deux jours d'activité. On risque dans les années à venir d'avoir cette pénurie qui a la conséquence pour ceux qui restent de devoir accepter ou refuser d'autres malades.

L'attitude du patient a aussi complètement changé. Quand ils viennent vous voir ou demande une visite, ils ont le diagnostic et le traitement et si l'on n'est pas d'accord avec ce qu'ils ont vu sur internet, il faut faire une deuxième consultation pour les persuader.

Enfin, il y a la bioéthique et notre questionnement sur l'éthique et sur les deux extrêmes de la vie. D'abord notre position sur les différents types de grossesse et, aussi et surtout, sur la fin de vie — j'avais d'ailleurs adressé une lettre au Président BOUET à la suite d'un dépôt de projet de loi sur le suicide assisté. Il y a donc toutes ces questions éthiques sur l'euthanasie, la fin de vie et le suicide assisté. On nous apprend à soigner, mais on n'a pas de cours pour apprendre à accompagner nos malades jusqu'à leur fin de vie et c'est relativement traumatisant, la mort de nos patients nous touche toujours.

## Nicolas REVEL

Je voudrais préciser concernant les renouvellements de l'ALD parce que je n'ai pas été suffisamment explicite, qu'effectivement si on prend le cas du patient en ALD pour un diabète, dès la fin avril, comme pour 19 autres pathologies, ces ALD seront automatiquement renouvelées par le service médical. Il n'y a que pour celles pour lesquelles nous considérons que la décision doit être reprise par le médecin que nous indiquerons à l'avance au médecin qu'il devra dans 2 ou 3 mois prendre la décision de proposer un renouvellement d'ALD qui est ensuite soumis au service médical. Je n'ai pas le chiffre en tête, mais en nombre de situations on sera dans une simplification réelle parce qu'il y a malheureusement beaucoup de pathologies sur lesquelles on ne se pose plus vraiment de questions ainsi qu'au-delà d'un certain âge nous considérerons que quelle que soit la pathologie en ALD, nous la renouvellerons.

Quant au tiers-payant, nous l'avons rendu encore plus simple. Il y a encore 2 ans quand un patient n'avait pas de médecin-traitant et consultait un médecin généraliste ou d'une autre spécialité pas en accès direct, il y avait un refus de tiers-payant au motif que le patient était hors parcours. Nous avons supprimé ce motif.

Enfin, le dernier point que j'ai brièvement évoqué concernant les arrêts de travail est un sujet difficile. Vous avez raison de dire que chaque patient est différent et qu'il peut y avoir des situations d'exercice qui ne sont pas comparables à une moyenne régionale. Je l'entends et nous avons d'ailleurs dès lors à cœur de regarder ce qu'est la part des patients en ALD dans la patientèle, mais aussi ce qu'est la pratique de confrères qui exercent dans des localités et communes donc dans des environnements socioéconomiques dits analogues.

Faisant tout cela, nous observons parfois qu'il y a non pas un rapport de 1 à 1,2 mais de 1 à 2 ou à 3 dans le nombre d'arrêts de travail par patient. Cela ne veut pas dire que ce soit anormal en soi, mais cela traduit aussi des difficultés que peuvent avoir des médecins par rapport à une exigence d'une patientèle à un moment donné. Comment y réagissons-nous ? Il est vrai que nous amenons des profils statistiques qui heurtent et suscitent parfois l'incompréhension, même si sur d'autres profils de pratiques professionnelles on observe que les médecins sont intéressés de savoir comment ils se situent par rapport aux confrères, parce que le phénomène d'isolement joue beaucoup.

Avant, parce que le Code de la sécurité sociale nous le permettait, nous avions pour pratique de déclencher des procédures, on appelle cela des mises sous objectif. Depuis maintenant 2 ans, il n'y a plus de déclenchement d'une moindre procédure sans qu'il y ait eu préalablement un dialogue conduit par un représentant de la Caisse primaire et un représentant du service médical. Il peut être anxiogène, mais il est fondamental parce qu'il met un temps d'échanges en première intention. Certes les échanges peuvent être de qualité diverse, mais cela renvoie aussi à la diversité des personnes autant les médecins que les représentants de l'Assurance maladie.

En tout cas j'ai souhaité ce temps-là et comme je l'ai dit, on peut toujours faire mieux. Il y a même des départements où dans le cadre des commissions paritaires locales il a été décidé que ces entretiens se tiendraient avec deux représentants de la section professionnelle et c'est très bien. Je pense que nous avons encore besoin de trouver des modalités.

Pour terminer parce que je ne l'ai pas indiqué, le phénomène dont nous parlons se pose de façon différente à l'hôpital et en ville.

À l'hôpital, le travail est fondamentalement d'équipe et les facteurs de difficulté et pénibilité ou vulnérabilité renvoie à une situation professionnelle spécifique aux établissements. Je suis frappé qu'en ville, s'y ajoute ce facteur de l'isolement. Quand ce dernier se conjugue avec une charge professionnelle très lourde avec une patientèle nombreuse et une quasi-disparition des fonctions de support administratif auprès du médecin, on peut avoir des situations d'épuisement professionnel de tout âge d'ailleurs. Je crois qu'il y a dans les chantiers de transformation, sur lesquels tout le monde souhaite s'engager, une vraie nécessité à pouvoir progresser dans un exercice plus collectif parce qu'on rompt un isolement professionnel et on se redonne les moyens de pouvoir s'appuyer sur des ressources administratives, des supports comme on dit, qui permettent de recentrer le soignant sur son activité première qui est celle du soin et qui doit être privilégiée.

Je tiens à m'excuser car je vais devoir vous quitter.

### **Perrine TARNEAUD**

Qu'en est-il de la question sur la bioéthique, on n'est jamais armé pour affronter la fin de vie ?

### **Patrick BOUET**

Non, et comme l'indiquait M. BONNET, on se rend aujourd'hui compte que la diversité et le polymorphisme de ce qu'est amené à affronter le professionnel, ses pratiques et les personnes auxquelles il va devoir apporter son aide, étirent en permanence sa résilience à son environnement, sa difficulté à assumer la totalité d'un parcours. On voit bien que plus les questions sont caricaturales et caricaturées dans la société et plus la souffrance individuelle du professionnel augmente.

Aujourd'hui au-delà de sa pratique en tant qu'expert, le professionnel est aussi confronté à une pratique en tant que citoyen et une expertise en tant qu'acteur de référence et que la procréation médicalement assistée comme la fin de vie sont des questionnements et la bioéthique, ou l'éthique tout court, sont des valeurs qui doivent faire partie intégrante de ce qui sera l'acquisition d'une compétence professionnelle. M. BONNET sait à quel point nous sommes demandeurs qu'au-delà de la certification de connaissances, on ait un processus de formation qui amène à une certification de compétences acquises qui doivent être accompagnées tout au long de la vie.

Finalement, le maître mot est accompagner des parcours individuels qui naissent le jour où on franchit les portes de l'université ou de l'institut de formation pour les professions de santé jusqu'au jour malheureux où l'on quitte la vie. C'est le maître mot aujourd'hui de ce qui nous réunit tous, c'est l'accompagnement d'un parcours individuel parce qu'il y a des problèmes de nature généraux, collectifs, mais il y a aussi pour chaque homme et chaque femme qui effectue une de ces missions — 1 300 000, nous ne sommes pas un petit nombre et si on y ajoutait les aidants familiaux et professionnels, nous serions 5 ou 6 millions — autant de parcours individuels à accompagner. La difficulté est là, transformer cette incertitude collective, dont nous faisons aujourd'hui le bilan, en une capacité d'action individuelle.

### Jean-Baptiste BONNET

Effectivement sur les notions d'éthique générale, il y a un problème de formation, mais il faut que la société en ait conscience quand elle pose de nouvelles règles. Nous avons récemment été confrontés, pour les spécialités réanimatoires et greffeuses, au Maastricht 3 qui pose de nouvelles règles de prélèvement d'organes et qui a été considéré comme traumatisant par les internes.

Quand on établit ce type de règle, il faut pouvoir accompagner la formation des soignants pour « encaisser » cette nouvelle réalité éthique et si un jour on part vers l'euthanasie, il faudra que l'on ait une formation très pertinente et pointue vis-à-vis des professionnels en formation, mais aussi des professionnels en cours parce que cela changera notre regard aux choses.

C'est absolument essentiel et c'est pourquoi j'appuie les propositions du Dr BOUET et de l'Ordre sur la certification et la recertification. La formation universitaire ne doit pas être une formation de connaissances et ne doit pas s'arrêter à la sortie du diplôme et de la thèse parce que nous avons des études en tuyaux d'orgue et à la fin du tuyau, c'est l'air de l'église... Il faut que nous puissions aussi être accompagnés dans la suite et tout au long du parcours professionnel.

### Donata MARRA

J'insisterai aussi sur certains thèmes qui font écho à notre rapport, comme la confidentialité qui est plus qu'essentielle et commence effectivement dès l'entrée en médecine comme dans les autres formations aussi. Je renvoie à ce qui se passe sur la gestion des données des patients. Nombre de personnes que j'ai auditionnées ont indiqué qu'à l'heure actuelle nous sommes dans nos métiers très inégaux vis à vis des autres: « *mon chef de service, si je fais un bilan dans mon hôpital, peut savoir ce qui se passe pour moi et ma famille* ». J'ai même entendu des représentants dire qu'ils ne se rendraient jamais aux urgences de leur hôpital, malheureusement il y a des moments où l'on n'a pas toujours le choix et on se retrouve dans un service d'urgences que l'on n'a pas choisies.

Il y a quelque chose qui se met en place dès l'entrée dans les études. Dans la littérature on appelle cela la *blackmark* et très souvent on y met derrière les problèmes psychologiques et psychiatriques alors que pas du tout : dans la structure dont je m'occupe, il faut se battre pour que des étudiants qui ont des maladies somatiques acceptent de faire la démarche au niveau du service de relai- santé-handicap ou de la médecine préventive parce que même si on leur dit que c'est confidentiel et que la faculté ne le saura pas, ils disent qu'un dossier est ouvert et « *que devient ce dossier ?* » ou « *de toute façon la scolarité mettra le doigt sur le fait que je suis un étudiant avec aménagement* ».

Cela commence donc dès la formation.

Il y a aussi le fait de ne pas prendre un arrêt de travail. Aussi incroyable que cela puisse paraître. Les internes le savent, notamment dans les cellules d'écoute, mais cela va au-delà parce que lorsqu'ils sont externes ils disent « *mais si je suis en arrêt, cela va retentir sur les autres* ».

Il y a effectivement des spécificités aux différentes étapes de la formation, y compris dans la formation continue, mais il y a aussi une continuité. Il faut être conscient de ces spécificités, les connaître pour avoir des interventions efficaces. D'où l'idée de donner les moyens par les compétences transdisciplinaires, ce qu'on appelle *l'empowerment*, c'est-à-dire augmenter les capacités de chacun à développer des capacités de communication, savoir ce qui est difficile pour soi, etc.

**Jérémie SECHER**, *Président du SMPS*

Je suis directeur de 4 hôpitaux dans le sud de la France et Président du syndicat des directeurs, cadres administratifs techniques et soignants, ce qui peut faire beaucoup de défauts pour un seul homme que j'essaie d'atténuer en coanimant avec Mme BOCHER et

le Dr Philippe DENORMANDIE un groupe qui associe des soignants, des usagers et des hauts fonctionnaires sur l'avenir de l'hôpital public.

Vous avez évoqué la question du management, il me semblait important d'y revenir en vous remerciant tout d'abord de votre invitation et en soulignant qu'il y a de nombreux points de convergence entre nous sur les sujets évoqués. Notamment sur cet enjeu de la solidarité entre soignants qui est l'enjeu du prendre soin. J'ajouterais peut-être d'ailleurs la dimension de prendre soin de ceux qui animent les collectifs, qui prennent soin, et je pense particulièrement aux cadres soignants qui sont aujourd'hui dans des situations complexes dans les établissements de santé.

Cela renvoie aussi à la dimension du vivre ensemble au sein des équipes et des établissements qui sont des lieux de soins, mais aussi des lieux de formation et au bout du bout des lieux de vie professionnelle puisque tout à chacun passe un temps considérable en établissement de santé que ce soit au moment de la formation ou plus tard dans l'activité professionnelle.

Cela renvoie aussi à la notion de vivre ensemble au sein des territoires même si je ne développerai pas cette dimension.

La question que vous posez nous paraît très importante. Je pense que le diagnostic est largement partagé et je crois que les réponses sont complexes. Je ne reviendrai pas sur la question de la simplification des outils à laquelle je souscris et sur les notions de proximité et de complémentarité sur lesquels il faut probablement appuyer nos réflexions et les dispositifs qui s'ensuivent.

Je voudrais parler des questions de pratique professionnelle et avoir le sentiment des intervenants sur ces questions notamment en établissements de santé.

Je pense que l'hôpital public, à la fois lieu de soins et d'activité professionnelle et de formation, a longtemps vécu sur la bonne volonté des professionnels qui travaillent en son sein et pour certaines raisons cette période est probablement révolue. Certains le regretteront, d'autres pas, il ne m'appartient pas d'en juger par contre je voudrais revenir sur certaines dimensions qui ont été abordées.

La question de donner du temps est évidemment centrale et renvoie bien souvent aux enjeux de financement et de moyens. C'est probablement une réalité, d'autres que moi en parleraient mieux. À titre personnel, je voulais vous interroger sur la question du donner du temps, mais du temps en commun. Aujourd'hui, si on se réfère aux sondages on se rend compte que lorsqu'on interroge les soignants et les professionnels médicaux au sein des établissements de santé sur les préoccupations du quotidien, finalement ces préoccupations ne sont pas convergentes. Cela pose la question de notre capacité à se donner du temps ensemble et à améliorer nos organisations de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Quant à la question de la prévention des difficultés et de manière plus précise la prévention des risques psychosociaux, on ne peut que souscrire à cette dimension probablement parce que dans les établissements on arrive à un constat je crois partagé que les *process* l'ont emporté ces dernières années sur ce que Mme BOCHER appelle l'humain et sur ce que je qualifierais de temps clinique, temps soignant autour des patients et des résidents. Une fois dit cela quand on interroge les membres de la mission COUTY, on voit bien que lorsque les conflits surviennent ils concernent, dans 90 % des situations, des conflits entre professionnels qui s'institutionnalisent par la suite et qui deviennent des conflits au sein de l'établissement, voire avec l'établissement ou les directions.

Cela renvoie à une dimension qui ne consiste pas à dire que les conflits sont de nature professionnelle, mais que les réponses sont probablement systémiques et renvoient à nos pratiques professionnelles, d'accompagnement et de fidélisation, de formation des formateurs, mais aussi de formation du management et j'aimerais savoir quel est l'accueil des représentants des formations médicales de l'idée de proposer aux professionnels de santé des formations professionnalisantes dans le champ du management parce qu'à l'échelle des établissements c'est un enjeu important ?

### Rachel BOCHER

Nous travaillons ensemble avec M. SECHER, nous avons donc des réflexions communes. Tout d'abord, ce n'est pas parce qu'on est à l'hôpital, qu'on travaille en équipe ou qu'on travaille en commun. L'isolement existe aussi on l'a remarqué par rapport aux difficultés des praticiens qui, lorsqu'ils nous contactent, et à notre grande surprise n'en parlent ni avec leurs collègues ni à leur chef de service, au chef de pôle ou au président de CME, mais parce qu'ils ne connaissent pas le fonctionnement de l'hôpital.

Quand je parlais d'une spécificité du métier de médecin hospitalier, il y a un problème de formation. Il faut aussi savoir comment fonctionne un hôpital. Il est important de prévoir des formations à être médecin des hôpitaux.

Il y a après aussi la question du management. Il faut effectivement du temps, mais du temps en commun car la solitude apportera une fragilisation supplémentaire.

Il faut promouvoir la formation de ce qu'est un hôpital, comment il fonctionne, quel est le système de hiérarchie — parce qu'il n'y en a pas entre médecins hospitaliers, il n'y a qu'une autorité fonctionnelle, donc comment cela fonctionne par rapport aux autres médecins, chefs de service, chef de pôle, président de CME et directeur d'établissement — et aussi le management parce que cela ne s'improvise pas.

En tant Président d'un syndicat je l'ai appris sur le terrain, mais être chef de service ou chef de pôle cela s'apprend.

Il y a des petits trucs, quand on est psychiatre cela est facilité parce qu'on a appris la dynamique de groupe, mais tout le monde ne passe pas par là.

Toutefois, je ne suis pas d'accord sur un point, les médecins restent très engagés, mais dans un temps imparti, c'est-à-dire que les jeunes, comme je le vois au syndicat, sont engagés, mais sur un temps imparti, ce n'est plus 24h/24. Les 48 heures et le repos de garde sont importants à mettre en œuvre. Il faut préserver une vie personnelle à côté d'une vie professionnelle. Je crois que c'est ainsi que l'on a de meilleurs praticiens.

### Éric GALAM

La question du management est très pertinente et je l'associerais à la question de la relation et de la réflexivité. Ce sont des choses qui peuvent paraître tellement évidentes que l'on peut considérer qu'elles ne s'apprennent pas. Or, elles s'apprennent et font partie de la vie, mais sont considérées comme implicites. Pour devenir soignant, on apprend le cœur du métier que sont les maladies, mais ces connaissances sont mises en œuvre par et pour des personnes et s'inscrivent dans des situations et c'est ce que l'on a appelé la compétence. Elles s'inscrivent aussi dans des identités — on a parlé de savoir-être — c'est-à-dire le fait d'endosser sa position de soignant et d'ailleurs aussi celle de patient si nécessaire. Or, tout ce qui concerne la compétence et la position est considéré comme acquis d'office ou s'apprenant sur le tas. Ce n'est pas du tout vrai. Le premier mouvement est donc de reconnaître, d'une part, que cela existe et, d'autre part, de se donner du temps pour le travailler.

Par exemple, pour les étudiants, il s'agit de savoir si ce temps de travailler sur le savoir-être du soignant entre dans le cadre des 48 heures réglementaires de travail hebdomadaire ou pas ? S'il vient en plus, c'est non seulement du temps plus ou moins volé ou gratuitement donné mais aussi du temps clandestin, plus ou moins illégitime. Or, il nous faut affirmer que ce temps fait partie de l'activité professionnelle et donc des 48 heures.

Pour devenir soignant, on a développé depuis une vingtaine d'années la notion de curriculum caché, implicite (*hidden curriculum*), qui représente toutes les choses qu'on apprend sans qu'on nous les ait enseignées, ces choses évidentes dont on ne parle pas, qu'il est malvenu d'évoquer en commun parce qu'elles sont censées être personnelles. Je partage l'avis de M. BOUET sur le parcours individuel, c'est une notion très importante. Et, lorsque dans mon parcours individuel, je me rends compte que mon parcours individuel et mes difficultés personnelles sont quelque part les mêmes que celles du collègue, cela devient alors une individualité reliée au collectif. On a dit qu'il pouvait y avoir de l'isolement à l'hôpital et il y a aussi de l'équipe en ambulatoire, même si on est seul dans nos décisions. Les généralistes ont la chance d'avoir maintenant des internes de médecine générale qui viennent dans leur cabinet, ils travaillent avec l'hôpital, etc.

Ce curriculum caché, c'est l'implication : dans quelle mesure j'accepte d'être impliqué dans mon métier ? À la juste mesure ni trop ni pas assez. C'est aussi l'émotion : comment j'accepte d'être impacté ni trop ni pas assez par la mort de mes patients, les difficultés auxquelles ils sont confrontés, etc. C'est encore l'erreur : comment j'accepte d'être impliqué à la juste mesure par rapport aux difficultés qui sont les miennes et aux erreurs que je suis amené à faire parce que je me suis trompé ou que je suis inséré dans un système collectif qui fait que je ne suis pas seul décisionnaire dans une chaîne de soins ?



C'est enfin la hiérarchie : comment je me positionne vis-à-vis de la hiérarchie, des rivalités, des problèmes de gestion ou d'exploitation sous prétexte que l'autre est malade et que je dois prendre sur moi. Il est vrai que l'on est un peu des super-héros, mais nous sommes aussi des êtres humains et il nous faut le revendiquer. Le dernier registre du *hidden curriculum* relève des valeurs : qu'est-ce qu'un bon médecin, qu'est-ce qui peut être discuté, reconnu, comment je me positionne vis-à-vis de mes valeurs vis-à-vis des patients et que j'accepte de dire que les choses ne sont pas parfaites ?

J'ai parlé des différents rapports qui ont été publiés et le rapport de l'IGAS publié il y a quelques années comportait deux axes très importants : 1) prendre en compte le risque psychosocial du soignant qui existe qui est un être humain et 2) développer la médiation avec le rapport COUTY, etc. Donc, le management et la relation.

Finalement, en tout cas en médecine générale, on développe des formations au management, la vie professionnelle. Le professionnalisme ne vient pas en plus, c'est l'éthique, la déontologie, la gestion du temps, le prendre soin de soi, la formation continue, etc. D'autre part, on développe la notion de réflexivité c'est-à-dire la compétence à réfléchir aux difficultés auxquelles je suis confronté, comment je les gère, quels enseignements j'en tire, cela fait partie... L'autre point qui vient compléter la réflexivité, c'est la mise en commun c'est-à-dire l'échange. Je peux parler avec les collègues des difficultés qui sont les miennes parce que ce n'est pas que de la psychologie, cela fait partie du métier de mettre en commun les difficultés individuelles auxquelles on est confronté.

Enfin, je voudrais interpeller notre collègue député, nous avons parlé tout à l'heure du déni et il faut effectivement travailler là-dessus. Il y a récemment eu des propositions de loi pour faire reconnaître l'épuisement professionnel comme maladie professionnelle, ce n'est pas passé, peu importe.

Je milite pour que l'on parte du postulat qu'il y a une vraie spécificité pour les professionnels de santé. Si tant est qu'un jour on arrive à reconnaître une pathologie professionnelle, elle doit concerner avant tout les soignants et pas nécessairement tout le monde. Je pense qu'il y a une réalité des difficultés du professionnel de santé qui font qu'il est confronté à la mort, la hiérarchie, la contrainte sociale, etc. et cette spécificité mérite qu'on donne aussi une reconnaissance professionnelle de cette pénibilité dont nous avons parlé qui s'associe à des éléments concrets. Je pense qu'il faut revenir sur la problématique de l'épuisement professionnel spécifique aux professionnels de santé.

La question du champ des cadres de santé est importante parce qu'ils sont très impliqués et ont une fonction très importante. Ils ne sont pas soignants, mais font partie du soin. Mon encadrement fait partie intégrante de la façon dont je travaille. On a besoin des cadres de santé, de la Sécurité sociale, des Institutions. Il nous faut travailler sur notre cœur de métier dans son contexte, avec des collègues, avec des patients qui restent au centre de nos soins, mais qui doivent intégrer le fait que nous pouvons être fragiles et délicats attestant ainsi que nous ne sommes pas des machines et c'est une chance pour nous comme pour eux.

**Isabelle GAUTIER**, Présidente de l'*AFFM (Association française des Femmes médecins)*

Je suis très attristée d'entendre qu'autant de gens souffrent. Je me pose beaucoup de questions : où sont les bien portants ? Pourquoi a-t-on perdu le plaisir au travail ? Où est la joie de vivre ? Quel sens donne-t-on à son métier ? Comment est-on passé du déni à l'inflation médiatique de la souffrance ? Quelle est la part du mimétisme à une société douloureuse et l'œuvre de la désillusion ou de la perte d'un idéal ?

Il faut faire attention à l'image de fragilité que l'on renvoie aux médias et aux patients parce que dans une meute c'est souvent le plus fragile qui se fait bouffer.

L'Observatoire de la sécurité a bien montré que les médecins étaient de plus en plus agressés, en particulier les femmes et plus on sera vulnérable, plus on se fera agresser.

### **Patrick BOUET**

Ce n'est pas parce qu'on parle et met est évidence un problème qu'on en conclut que l'ensemble de la profession est en situation difficile. Il ne faut pas faire d'amalgame et nous ne l'avons jamais fait.

Nous considérons aujourd'hui qu'il ne faut pas au titre de ce que nous avons une profession de « superhéros » nier qu'il y ait des personnes en difficulté, mais cela ne signifie pas pour autant que nous considérons que l'ensemble des professionnels de santé est sinistré.

Il n'a jamais été question dans le discours des Ordres de généraliser cette situation. Mais ne pas y porter notre attention, c'est quelque part accompagner un flux aujourd'hui qui va grandissant qui est le problème d'identification positive à une fonction et à une mission. Il est de notre responsabilité aujourd'hui que de rester dans l'identification positive à l'ensemble de nos métiers et de nos missions.

Nous ne sommes pas dans la sinistrose, mais le fait de reconnaître que nous ne sommes pas différents des autres et que nous pouvons connaître des souffrances professionnelles et des difficultés dans l'identification de missions de nos métiers. C'est aussi un constat de lucidité dont les institutions ordinaires doivent impérativement être garantes.

### **Jean-Baptiste BONNET**

Pour vous faire plaisir, notre slogan actuel à l'ISNI est *Nous avons le droit d'être heureux en médecine.*

### **Patrick CHAMBOREDON**

Effectivement, nous avons déploré 8 suicides l'an passé, c'est peu à l'échelle de 600 000 soignants, mais c'est déjà trop. C'est pourquoi nous nous mobilisons, mais je tiens à relativiser, nous ne stigmatisons pas l'ensemble des 600 000 infirmiers de France.

Nous ne pouvons pas rester inactifs en laissant les choses se déliter. Nous essayons d'avoir des formations et de montrer que l'Ordre s'en occupe.

### **Donata MARRA**

Pour les étudiants, il faut se garder et veiller à ne pas passer d'un moment où on ne voyait pas du tout le problème à un moment où on psychiatriserait ou psychologiserait à outrance la souffrance et de penser que d'un côté il y aurait les faibles et de l'autre les forts. On peut tous rencontrer, les médecins et les soignants, des difficultés, plus ou moins chroniques, plus ou moins importantes, il faut l'analyser de façon pragmatique et concrète.

### **Jacques MORALI**

Dans l'enquête que nous avons réalisée sur la santé des médecins, heureusement la majorité se pense en bonne santé. Ceux qui se disent en épuisement représentent 13 %. Nous faisons des constats depuis longtemps, il faut arrêter et aujourd'hui passer à l'action et c'est ce qui nous mobilise aujourd'hui tous les soignants ensemble.

**Michel EVREUX**, *Président ASRA (association d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes-Auvergne)*

Je veux donner l'expérience de notre réseau aux internes. Depuis 5 ans, chaque année nous faisons une communication à la faculté aux internes de 5<sup>e</sup> année et aux étudiants qui arrivent en 2<sup>e</sup> année pour leur expliquer la souffrance et l'aide que l'on peut leur apporter.

D'un point de vue pratique, ce sont surtout les internes qui nous appellent pour les mêmes raisons :

- Surtout l'isolement dans leur service où ils sont seuls dès leur première semaine d'interne on leur fait faire des gardes de nuit, les week-ends où ils sont peu entourés ;
- Et l'isolement familial dû à l'éloignement de leur famille lié à l'ECN, parfois même associé à des problèmes financiers et affectifs personnels.

En revanche, on n'a pratiquement pas d'externes parce qu'ils sont très structurés et organisés par les syndicats, entre autres, qui agissent en amont par des réunions de médecine du travail ou des psychologues.

C'est aussi valable pour tous nos confrères, une bonne prévention ne peut se faire que par une bonne communication et la communication pêche entre nous.

### Jean-Baptiste BONNET

Je partage cette intervention. Quand j'ai commencé à m'investir au niveau associatif, je suis devenu Président du syndicat des internes de Languedoc Roussillon et une de mes premières missions était de gérer le suicide d'une interne qui venait de Paris qui n'avait jamais pris son poste puisqu'elle était entre la 6<sup>e</sup> année et la 1<sup>re</sup> année d'internat et faisait son stage de faisant fonction d'interne entre les deux dans un stage pas spécifiquement considéré comme difficile, mais complètement lâchée seule face à des décisions difficiles. C'est finalement une histoire que l'on retrouve de façon régulière, ce n'est pas toujours un environnement difficile, mais un isolement.

C'est pour nous un élément de travail essentiel sur les agréments des stages et l'accompagnement des étudiants, des internes et notamment sur les premiers mois d'internat. Il faut absolument que les internes soient accompagnés et encadrés. C'est, pour nous, la base de toute formation.

En ce qui concerne le réseau, je suis d'accord, on a vu se réduire la structure que représentait à l'époque l'internat, qui était une structure très importante, et aujourd'hui aussi avec le fait de certains jugements sociaux qui bloquent un certain débat autour de ces lieux de vie en commun. Pour nous, il est absolument essentiel, et chez les étudiants en médecine aussi, de remettre sur la table et dans les institutions qui nous accueillent, la notion de lieu de vie et de lieu de garde. Tant qu'on balayera cette question des lieux de vie et lieu de garde, on n'arrivera pas à retrouver la structuration qui pouvait exister il y a encore 15 ans ou 20 ans et qui existe encore chez les étudiants en médecine parce qu'ils sont tous dans la même faculté.

**Thierry GODEAU**, *Président de CME à La Rochelle et Président de la Conférence des présidents de CMECH*

Je partage l'avis de Patrick BOUET sur le fait qu'il ne faut pas généraliser les problèmes, il n'y en a pas tant que cela, mais il y en a de plus en plus. Il faut donc être vigilant et faire de la prévention.

Je voulais faire part d'une enquête que nous avons réalisée montrant qu'il y a un vrai souci de formation au management comme cela a été dit. On n'a dans nos établissements (les centres hospitaliers et pas les CHU parce que leur problématique est un peu différente) que 16 % qui proposent des formations à leurs chefs de service et 37 % des établissements qui proposent des formations à leurs chefs de pôle. Dans 80 % des cas, il n'y a pas de politique institutionnelle de formation au management.

Il y a donc un vrai souci parce que du fait des pressions diverses et variées dans nos établissements, de la démographie médicale, on a de moins en moins de volontaires au management et aussi parce que ce temps n'est pas reconnu.

On a également montré aussi que le temps de Président de CME dans les établissements était important, mais souvent mal valorisé par les établissements. Souvent les chefs de service ou de pôle font cela en plus de leur activité clinique, ils ne sont formés et ils y vont donc à reculons et ne savent pas gérer les problèmes. Quand il y a une difficulté on a souvent du mal à en parler, les affaires traînent et se cristallisent et quand elles sortent on est au bord de la catastrophe. Heureusement, c'est assez peu fréquent, mais il y a véritablement urgence à travailler aux difficultés professionnelles des médecins (la perte de sens, la perte de reconnaissance, le manque d'emprise sur les décisions de santé).

Il est clair que le travail d'équipe, le management, la transparence des organisations et de la gouvernance dans les établissements de santé est un problème majeur dont il faut s'occuper si on ne veut pas que les problèmes relativement peu fréquents aujourd'hui deviennent très fréquents demain.

### **Rachel BOCHER**

Je voudrais insister sur la confidentialité. Elle est majeure pour qu'on puisse aider les médecins. Je suis gênée de la façon dont on parle de la souffrance des soignants, on en parle mal ou il y a un déballage qui n'aide pas forcément celui qui souffre.

Je partage l'avis du Président BOUET, nous avons beaucoup de demandes de personnes en difficulté, mais ce n'est pas toute la profession, il y a beaucoup de médecins heureux. J'insiste parce que ce n'est pas un métier qu'on choisit par hasard, il y a parfois certaines blessures qui cherchent compensation dans des métiers de superhéros. C'est pourquoi les médecins n'ont pas jamais dit « non » pendant des années à des charges de travail incommensurables.

Quant à la formation, elle est indispensable au niveau des notions de responsabilité. Il y a un idéal de médecin et après sur le terrain on se demande comment faire.

Je me souviens, moi aussi, de mon premier stage et j'étais totalement seule. Après, cela dépend sur qui on s'appuie et c'est pourquoi l'équipe soignante est aussi très importante pour qu'on puisse apprendre ou mettre en exercice son Art.

Il paraît incontournable que les fonctions de responsabilité de chef de service, de pôle, ou Président de CME soient évaluées comme des fonctions supplémentaires. Je pense que toutes ces fonctions de responsabilité doivent être rémunérées en plus de la formation parce que c'est un plus qu'on apporte à la communauté médicale pour que l'hôpital fonctionne bien.

Je pense que ce qui devient plus difficile aujourd'hui, c'est que l'on n'a ni le temps ni la formation ni la rémunération, je crois que toute fonction de responsabilité nécessite la reconnaissance des compétences et de la responsabilité.

### **Catherine CORNIBERT, Docteur en pharmacie**

Je dirige les actions à la communication de l'association aux soins aux professionnels en santé depuis plus de 2 ans. Ce constat nous le faisons depuis 2 ans avec effectivement 50 % qui ne savent pas à qui s'adresser en cas de burn-out et 50 % qui pensent que leur souffrance psychologique pourrait impacter leur qualité de soins au point de mettre en danger les patients.

À partir ce constat on a mis en place une plateforme nationale d'écoute ouverte à tous les soignants 7j/7 24h/24 parce qu'on avait constaté que deux tiers des soignants ne souhaitaient pas appeler leur structure ordinaire de peur d'être jugés. Malheureusement, le succès a été au rendez-vous puisque nous avons eu plus de 2 000 appels en un an 30 % d'infirmiers, des aides-soignants, des sages-femmes, des pharmaciens, toutes les professions de santé. 80 % des appelants sont des femmes.

Le ministère nous a d'ailleurs demandé d'ouvrir la plateforme aux professionnels en santé et pas uniquement aux professionnels de santé.

Nous avons mis derrière d'autres actions en place en plus de cette plateforme. On a beaucoup travaillé avec les anesthésistes réanimateurs et notamment le collège français des anesthésistes réanimateurs et je veux rendre hommage à Max-André DOPPIA qui a travaillé 20 ans dans ce domaine. Ils ont transféré leur plateforme vers la nôtre qui travaille aussi avec la plateforme des médecins et je lance un appel au Dr BOUET qui a dit en introduction que nous sommes tous partenaires de la pénibilité. Nous vous offrons donc aujourd'hui notre partenariat et j'espère qu'il sera entendu non seulement sur la plateforme, mais toutes les actions que nous mettons en place puisque nous avons une vingtaine de formations partout en France proposées à tous les soignants pour les repérer et accompagner tous les soignants vulnérables.

### **Perrine TARNEAUD**

Entendez-vous cet appel ?

### **Patrick BOUET**

J'eusse aimé que le mien soit entendu il y a 2 ans et demi ce qui nous aurait évité d'avoir celui-ci aujourd'hui. Il est certain que nous ne sommes pas dans un système concurrentiel comme j'ai eu l'occasion de le dire à Éric HENRY à plusieurs reprises ainsi qu'à l'ensemble de nos interlocuteurs. Nous voulons construire un mécanisme d'accompagnement de parcours dont nous puissions garantir la confidentialité, la pérennité, l'indépendance financière et la capacité à agir sur l'ensemble du territoire.

Il n'y a pas d'exclusivité ni d'élimination d'aucun acteur, mais se rassembler dans des valeurs et une charte commune. C'est ce que nous avons fait avec la Fédération des associations de territoire et la charte des établissements.

C'est-à-dire que dès lors que nous nous reconnaissons dans toutes ces valeurs communes, tous les acteurs ont bien sûr intérêt à agir ensemble.

La porte n'ayant jamais été fermée, elle reste ouverte. Si l'ensemble des Ordres ont aujourd'hui choisi de se positionner comme étant garants de certains éléments c'est bien dans la garantie de l'indépendance, de la confidentialité et de la pérennité. Lorsque l'Ordre des médecins s'engage en affectant une partie importante de la cotisation des médecins pour agir dans ce sens, c'est bien parce qu'il veut garantir l'indépendance de ce mécanisme. Pour le reste, nous n'avons pas d'état d'âme tous les acteurs et toutes les structures sont les bienvenus dans un système identifié et validé par tous.

### **Fatima BARGUI, Responsable de l'entraide en Seine-Saint-Denis**

Je suis médecin généraliste installée depuis 1997 et médecin formateur. Nous observons un glissement de tâches indéniable sur les médecins libéraux et cela risque de ne pas s'arranger avec la COG 2018-2022 entre le DMP, la e-prescription, le virage ambulatoire, etc.

Le numérique et Internet ont indéniablement opéré un changement sociétal et de paradigme du colloque singulier. Il est clair que la majorité souffre que les patients, qui n'ont aucune compétence, notent les médecins et les insultent au travers de Google. Cela génère une agressivité, voire de l'insécurité, quand on met sur Google qu'un médecin est raciste sur un territoire où il reçoit des populations diverses et variées, on peut imaginer qu'il puisse être agressé à son cabinet où il est souvent isolé.

Par ailleurs, la pression sur le médecin est diverse et notamment la responsabilité, la judiciarisation, mais aussi la pression financière et je rappelle qu'il y a 90 jours de carence lorsqu'un médecin s'arrête alors qu'il est parfois responsable de famille.

Enfin, il y a le temps, c'est très important pour tous les médecins qu'ils soient hospitaliers ou libéraux. Du temps pour la formation, la plupart des médecins désertent les formations DPC, PAP, et je le constate moi-même puisque nous annulons souvent les formations prévues et même notre formation en tant que formateur. Du temps aussi pour assurer notre mission de compagnonnage auprès de nos jeunes confrères dont on a la responsabilité.

**Catherine ANTOUN**, *Praticien hospitalier en anesthésie réanimation à l'hôpital de Longjumeau*

J'ai été très intéressée par ce débat et ferais le bilan de 25 ans d'activité hospitalière. J'avais choisi cette carrière par rapport à l'esprit d'équipe et j'ai constaté dans une enquête récente d'un syndicat que c'était toujours une des raisons majeures pour lesquelles les jeunes choisissaient la carrière hospitalière.

Ce que l'on vit ces dernières années à l'hôpital, c'est une pression économique phénoménale. Résultat, on a maintenant assez souvent l'impression d'une obligation de moyen qui n'est plus remplie, ce qui est très douloureux pour un médecin. Par contre l'obligation de résultat économique nous est imposée et cela a été un vrai bouleversement dans les équilibres à l'hôpital.

Dans ce contexte, il devient très difficile de prendre garde aux confrères, aux personnels, aux personnels soignants ou aux internes.

On parle de formation au management, mais je ne pense pas que ce n'est pas ce dont ont besoin les médecins. Nous avons besoin de temps. Pour être humain à l'hôpital, il faut du temps. J'ai conscience que cela a un coût, mais c'est important de le rappeler.

**Yves BADETTI**, *Médecin à Sainte-Marie de La Réunion*

J'ai fait partie des premiers à suivre la formation *Soigner les soignants* en 2015-2016 et je voudrais remercier les personnes qui directement ou indirectement ont permis que je sois présent aujourd'hui. Nous ne sommes pas différents des autres. Effectivement lorsque mon père est venu pour son dernier poste à Paris, il a ouvert une porte d'un couloir et a trouvé le cadavre de quelqu'un qui s'était pendu. C'était il y a 80 ans. Je fais le même métier que mon grand-père qui a été malade toute sa vie. Il a été opéré pour la première fois à 19 ans et est mort à 75 ans de la maladie pour laquelle il a été opéré à 19. Cela ne l'a pas empêché de travailler et que 60 ans plus tard son petit-fils reçoive l'une de ses patientes qui m'a pris la main et m'a dit, ne me connaissant pas, que je ressemblais au médecin qu'elle avait connu petite. Je veux dire qu'il ne faut pas oublier que nous avons un métier extraordinaire capable de produire un effet phénoménal.

Les étudiants de maintenant sont bien meilleurs grâce au fait qu'ils ont des stages en ville et sans doute une formation bien meilleure. Nous avons un rang à tenir et nous sommes parfois amenés à faire des choses dont nous n'avons pas besoin. L'exemple nous vient de professions autres que les nôtres, comme les infirmiers.

**Jean THEVENOT**, *Président du conseil départemental de Haute-Garonne et Président de l'association MOTS*

Je voudrais faire une remarque sur deux notions qui sont revenues à plusieurs reprises dans la discussion : la confidentialité et le professionnalisme.

La confidentialité est capitale. Qui parmi nous voudrait que tous connaissent ses talons d'Achille ? Même lorsque l'un d'entre nous les révèle, cela crée du trouble qui fait rire et perturbe certains.

La confidentialité est le seul moyen pour certains soignants d'avancer vers l'accompagnement et la prise en charge de leurs difficultés. Le professionnalisme est un élément important. Nous connaissons tous dans nos services et entourages professionnels des confrères qui sont en difficulté. Rien n'est pire que de les aider d'une mauvaise manière et tel un éléphant dans un magasin de porcelaine de les aborder d'une manière qui n'est pas la bonne. Je milite avec MM. GALAM et MORALI pour que les soignants, ou ceux qui sont en charge d'accompagner les soignants dans leurs difficultés, répondent à des critères de formation et de qualité. Nous ne sommes pas dans l'amicale des soignants ou une démarche d'amitié, mais dans une démarche professionnelle et prendre en charge des soignants, que ce soit un étudiant, un médecin installé, un hospitalier un public ou un infirmier ou aide-soignant, c'est un métier qui s'apprend comme tout métier et ce professionnalisme est capital. Il nous faut être garant de ce professionnalisme et je remercie l'Ordre des médecins d'être entré dans cette démarche.

Beaucoup de soignants en difficulté ne se révelent pas. Nous avons dans notre entourage des soignants dont on se dit qu'ils auraient bien besoin d'aide, mais nous n'avons pas aujourd'hui l'outil qui incite nos confrères à se faire soigner. Je m'adresse aux Présidents des Ordres pour savoir quand modifierons-nous le Code de déontologie notamment l'article 56 pour les médecins afin d'entrer dans une ingérence confraternelle déontologique qui fasse que chaque soignant ait l'obligation déontologique d'aller vers ces confrères en difficulté ? Certes, c'est écrit dans les commentaires de l'article 56, mais ce serait encore mieux que ce soit inscrit dans l'article 56 lui-même, non pas dans une démarche de contrainte, mais dans une démarche de soutien.

Aller vers un soignant pour l'aider, cela veut dire qu'en contrepartie le soignant qui est aidé puisse aussi l'être sur le plan financier, de l'accompagnement professionnel, c'est-à-dire qu'il y ait un engagement à l'aider à résoudre l'ensemble de ses problèmes.

Aujourd'hui, nous avons réussi à créer un groupe qui intègre les assureurs, des Ordres, des professionnels de santé, le CNG, la CAR-MF. Ce groupe pourrait créer des outils permettant à un professionnel de s'arrêter pour être soigné. Quand l'instituerons-nous comme une obligation déontologique de notre part d'aller aider autant l'infirmière en difficulté que la sage-femme ou le médecin ?

**Olivier DEVRON**, *Président de la FHP-Psychiatrie*

Je réfléchis depuis 3 ou 4 ans aux unités dédiées et je tiens à remercier le Conseil national de l'Ordre des médecins et tous les participants qui ont réfléchi à la façon dont on avait à s'occuper des soignants au sens large du terme. Je salue la présence d'Emmanuel GRANIER de la clinique Belle Rive qui travaille depuis 10 ans sur cette problématique seul dans son coin.

Qu'est-ce que la prise en charge du soignant ? C'est aussi s'occuper de leur souffrance psychique ou en addictologie, mais aussi leur donner des pistes pour que le « pendant » puisse servir à « l'après », je parle de l'orientation, la disponibilité pour organiser les soins après, la connaissance des réseaux. Je crois que cette période depuis 6 mois est importante dans la reconnaissance des réseaux et des acteurs qui s'occupent de façon spécifique du soin aux soignants.

C'est une avancée, c'est-à-dire qu'il y a des personnes qui sont dédiées qui se forment d'une façon particulière.

On va pouvoir aussi progressivement nous évaluer dans nos soins — je pense que c'est très important — et améliorer la qualité de nos soins en permanence et je crois que les réseaux d'unités dédiées comme il peut s'en créer actuellement et le partage de connaissances, d'informations et de réunions professionnelles pour soigner ces soignants, représente une réelle avancée de la prise en charge au sens large.

En ce sens, je crois que le message est assez positif. Lorsqu'on commence à s'organiser pour une pathologie ou une problématique, cela donne quand même de l'espoir pour les étudiants en formation et améliorer les formations parce que dit évaluation dit faire des remontées à ceux qui forment des soignants.

On a eu un message un peu pessimiste ou difficile, mais l'organisation qui se met en place est très positive.

### **Perrine TARNEAUD**

On a beaucoup parlé de formation, d'esprit d'équipe, de la pression économique, je propose de conclure ensemble.

### **Patrick CHAMBOREDON**

Je remercie M. THEVENOT de son intervention et cela devrait effectivement être une demande personnelle individuelle de chaque soignant vers chaque soignant, mais l'Ordre s'empare de ce sujet et montre qu'il est conscient de ces problématiques et va permettre de libérer la parole des soignants sous couvert d'anonymat ce qui est indispensable.

Cela rejoint une autre mission de l'Ordre qui est d'assurer le bon ordre des soignants avec la démographie face aux besoins de santé. Je suis très inquiet parce que l'enquête menée ces dernières semaines auprès des adhérents à l'Ordre montre qu'il y a plus de 30 % des infirmiers qui sont prêts à abandonner leur profession si on ne s'occupe pas d'eux.

Cela veut dire qu'il y aura bientôt une raréfaction des soignants si nous ne nous mobilisons pas et n'envoyons pas un signal fort. L'Ordre ne peut pas rester inactif et c'est plutôt une note d'optimisme puisque nous identifions le problème, nous le prenons à bras-le-corps et nous allons mettre les moyens financiers de formation et c'est plutôt positif.

### **Rachel BOCHER**

En conclusion, je voudrais faire passer le message qu'il ne faut céder ni au découragement ni à la fatalité ni à l'indifférence et surtout pas à l'orgueil. Quand on est médecin, on est entre idéal, utopie, déception, découragement et je citerais Mark Twain « *Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait* ».

### **Éric GALAM**

Pour résumer, je reprendrai 4 points. Le soin est un métier de poids, quand on porte quelque chose sur les épaules, il faut le porter de façon adaptée parce que cela peut soit vous écraser, soit vous donner du poids, de la légitimité, du respect, de la dignité.

Comme il s'agit d'un métier de poids qui touche à des choses essentielles à la fois très concrètes et très métaphysiques (la vie, la mort, etc.), on a besoin d'un soutien social, c'est-à-dire de ressentir non pas que nous sommes des notables, mais des gens qui font quelque chose de délicat et que la société nous en sait gré et nous accompagne pour cela. Malgré, cela nous ne sommes finalement que des gens comme les autres. Nous nous étonnons de devoir rappeler le droit à la confidentialité pour un soignant alors ce qui est évident pour n'importe quel patient. Au bout du compte nous ne sommes jamais que des personnes comme les autres et c'est une chance.



Le Président M. BOUET a parlé de lucidité. Non seulement il faut être lucide vis-à-vis de ses problèmes, mais c'est une opportunité qui nous autorise à assumer, habiter notre métier de soignant avec dignité et sans honte. Il nous faut donc nous autoriser à questionner le métier de soignants qui le mérite largement.

Enfin, je citerais Hillel qui a dit que « *Si je ne suis pas pour moi, qui le sera ? Et si pas maintenant, quand ? Et si je ne suis que pour moi, qui suis-je ?* »

Je remercie M. BOUET, le Conseil national de l'Ordre des médecins et tous les participants de travailler sur la capacité à prendre soin de soi et des collègues et à réussir dans quelque chose de dynamique. Au fond, les difficultés sont des occasions de progresser dans la vie et nous ne pouvons que nous en réjouir.

### **Donata MARRA**

En ce qui concerne les étudiants, je crois que l'une des premières luttes contre les risques psychosociaux est de personnaliser les parcours, on parlait d'orientation que ce soit dans la formation initiale ou continue, c'est le fait de se réapproprier son métier et de savoir où l'on va. On a parlé de professionnalisme, ce qui renvoie sur l'idée de donner les moyens aux jeunes d'identifier les comportements inadaptés. Le professionnalisme c'est aussi avoir des comportements exemplaires et il faut que les étudiants y soient sensibilisés dès le premier cycle.

Le bien-être bien sûr est un champ d'investissement et de développement avec des risques de marchandisation. Il faut veiller à ce que cela ne soit pas marchandisé.

Enfin, je martèlerai aussi la confidentialité des soutiens qui est essentielle à tout niveau de formation qu'on soit étudiant ou senior.

### **Jean-Baptiste BONNET**

Effectivement, la confidentialité ne faisait pas partie de mon propos tellement cela paraissait évident et la pierre angulaire de toute conception de prise en charge d'un étudiant en difficulté. Je conclurais sur note d'espoir qui est qu'aujourd'hui il a quand même une prise de conscience collective, une organisation de la lutte sur sujet et ce que nous avons appelé un problème de santé publique avec une population définie.

À partir de maintenant, il faudra trouver les thérapeutiques et les évaluer. Nous avons une organisation qui me semble pertinente aujourd'hui pour commencer à avoir des résultats qui seront bien sûr à surveiller.

Il y a effectivement des réponses très concrètes à donner au problème et je rejoindrai les paroles données par l'ANEMF qui dit très justement qu'il faudra aussi prendre en compte l'ensemble de nos décisions que nous avons autour du monde de la santé et autour du monde des étudiants et des praticiens. Ce n'est qu'en faisant cela que nous arriverons à un état d'esprit plus qu'un état de fait.

Enfin, notre slogan et seul but — en dehors de l'objectif politique de revenir à des statistiques qui soient les mêmes que celle de la tranche d'âge des étudiants en santé — est que nous avons envie et le droit d'être heureux dans nos études de médecine.

### **Jacques MORALI**

J'ai un rêve, le rêve que tous les soignants prennent soin de leur santé et de leur bien-être comme c'est écrit dans le Serment de Genève et que cette phrase soit commune à tous les Ordres de santé et pas qu'aux médecins. C'est essentiel pour retrouver le bonheur dans ce métier.

Nous avons de beaux chantiers devant nous :

- La prévention, chantier commun à tous les soignants car elle n'existe pas aujourd'hui ;
- La médecine du travail qui est malheureusement désertée par les soignants ;
- Amener les gens vers une prévention primaire plutôt qu'une prévention tertiaire ;
- Nous avons un vrai travail en commun avec tous les Ordres sur les reconversions et les passerelles dans le domaine de la santé ou en dehors ;
- La prévoyance.

Léonard de Vinci disait « *Ne pas prévoir, c'est déjà gémir* ». Je suis persuadé que nous serons plus efficaces si nous prévoyons.

### **Perrine TARNEAUD**

On est parti d'un constat dramatique pour arriver à une conclusion positive.

### **Patrick BOUET**

C'est un constat tout court. Il est dramatique pour ceux qui ont à le vivre et à le supporter, mais collectivement c'est plutôt un immense défi, une ambition immense qu'il faut transformer en ce sens pour dire que nous sommes peut-être aujourd'hui à l'aube d'un temps nouveau qui est que nous prenons tous conscients que nous pouvons agir ensemble.

C'est finalement la découverte que nous pouvons agir tous ensemble au travers de nos professions différentes. La présidente des sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues — et je l'espère bientôt les pharmaciens — c'est-à-dire 7 Ordres professionnels se disent qu'ils ne doivent pas regarder cela par le bout de leur profession, mais bien par l'ensemble du mécanisme d'organisation du système de santé et y apporter une réponse collective.

La contrainte n'existe que lorsqu'on a créé les outils et l'environnement. Avant de poser la problématique de la contrainte, ce que nous souhaitons tous c'est créer l'espace qui fait que tout ce qui constitue des initiatives spécifiques se rassemble dans une volonté commune. Regarder l'ensemble des professions, du moment où l'on entre dans la formation au moment où l'on l'exécute voire au moment où nous la quittons pour des raisons diverses, montre que cette ambition doit regarder tous les champs d'activité de cette profession et tous les âges d'activité de cette profession.

Vous l'avez senti, il n'y a pas de compétition entre nous, mais une volonté d'agir ensemble et de construire les réponses qui permettront cet accompagnement. C'est peut-être là aussi ce qui est nouveau dans ce champ. Il y a eu la période des leaders d'opinion où tous ceux qui depuis 20 ou 25 ans ont créé, ont pris des dimensions, ont voulu apporter des réponses. Aujourd'hui, le constat nous est commun, il faut rassembler tout cela en un réel système d'accompagnement de parcours individuels, collectifs, d'équipe pour nous permettre d'agir au plus près de tout ce qui fait nos métiers.

Je retiendrais en conclusion que nous ouvrons probablement aujourd'hui le champ d'un espoir important. En même temps, nous devons bien peser le fait que nous ne devons pas décevoir. Bien sûr que toute action que nous pourrions mener, nous la mènerons résolument en tant qu'Institutions ordinales, mais elle devra s'appuyer sur tous les autres acteurs qui représentent notre profession parce qu'il n'y a pas que les Ordres et leurs organisations pour créer les conditions d'environnement qui permettront que dans la souffrance ou la pénibilité de notre métier il y ait des réponses. Nous devons travailler avec les structures représentatives, les présidents d'université et doyens, avec les assureurs solidaires et complémentaires pour apporter une réponse collective.

Rien ne serait pire que de décevoir. Nous ne devons pas décevoir dans le passage d'un stade d'expérience d'un stade de proximité à une ambition de système général de prise en charge. C'est ainsi que je veux conclure. Portons tous ensemble vous aussi, Monsieur le Député en tant qu'acteur politique, cette immense responsabilité d'agir sur l'environnement et sur les professionnels pour garantir l'exercice d'un système de santé performant.

Nous allons conclure avec ce moment extraordinaire où les Présidents des Ordres signent ensemble cette réunion des acteurs ordinaires. Nous n'allons pas scander des outils prosélytes, mais, au contraire, mettre en œuvre un outil commun au service de tous.