

Docteur Philippe About, médecin généraliste, président de l'association MOTS
Pourquoi avoir créé l'association MOTS ?

Les problèmes de santé et de sécurité des médecins et des personnels soignants sont de plus en plus présents dans les médias et dans le débat public. Il y a quelques semaines PARIS MATCH titrait un article « Le ras le bol des médecins ». Effectivement un nombre croissant de professionnels de santé rencontrent des difficultés. Dès l'année dernière, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne - dans sa mission d'entraide professionnelle -, et le service des maladies professionnelles et environnementales du CHU Toulouse Purpan -INSERM 558, qui menaient une réflexion sur ce sujet, ont décidé de créer l'association MOTS (Médecins Organisation Travail Santé). Leur objectif était de lutter, grâce à cette plateforme indépendante, contre l'épuisement et l'isolement de nos confrères.

Quels sont les résultats aujourd'hui ?

A ce jour, 26 médecins ont été reçus par le médecin salarié de l'association, spécialiste en ergonomie et santé du travail. Ils ont bénéficié d'un audit professionnel confidentiel et de propositions de mesures concrètes d'amélioration des conditions de travail ou d'accompagnements spécifiques : psychiatre, soignants, juriste, conseiller en gestion, mais aussi spécialiste de l'informatique ou conseil en réorientation professionnelle, éventuellement dans une autre région. Notre initiative répond donc à un véritable besoin.

Après un an d'activité, quels sont vos projets et vos perspectives ?

Nous échangeons sur ces questions avec les autres régions françaises mais aussi avec les espagnols ou les canadiens par exemple, afin de bénéficier des expériences menées ailleurs. Nous envisageons de conduire un certain nombre d'actions comme la mise en place d'une formation des Psychiatres à soigner les médecins en région Rhône Alpes ou la création d'une antenne de l'association en Languedoc Roussillon, ... Mais avant tout nous voulons que tout médecin confronté à des difficultés de santé, d'addiction, de gestion ou d'organisation, n'hésite pas à demander de l'aide. Il peut en toute confiance s'adresser à MOTS qui lui garantit une confidentialité absolue, s'engageant sur un contrat déontologique, et lui apporte un soutien sans jugement, confraternel.

Nous sommes convaincus que cet accompagnement et cette prise en charge permettent des reprises d'activité plus rapide, une diminution du nombre de défections de médecins, l'assurance d'une meilleure sécurité pour les patients, ... Il s'agit là d'un problème de santé publique qui doit mobiliser la profession et les pouvoirs publics.

> N'hésitez pas à appeler le numéro de téléphone de MOTS :
06 08 28 25 89

RETOUR SUR

Le 15 décembre dernier, à l'initiative du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Région Midi-Pyrénées, s'est tenu, à Toulouse, un colloque sur le thème « **Médecins en 2011 : Mieux être pour mieux soigner** ».

L'ordre des médecins, dans son rôle essentiel d'entraide, a souhaité mener une réflexion et ouvrir le débat sur les difficultés que peuvent rencontrer aujourd'hui les médecins : erreur professionnelle, mauvaise organisation, difficultés financières, violence et insécurité, épuisement professionnel, addiction, maladie, ... Plus de 200 médecins ont participé à cette journée. Après une introduction de JM. Colson du CNOM, « de la confraternité à l'entraide », le colloque a été l'occasion de présenter les initiatives qui se développent en France et à l'étranger et de dégager des solutions et des pistes de travail. Sachant que la santé de la population dépend de celle des soignants qui doivent être bien dans leur peau et dans leur tête, la réflexion doit se poursuivre pour que des solutions efficaces soient rapidement trouvées.

ternité à l'entraide », le colloque a été l'occasion de présenter les initiatives qui se développent en France et à l'étranger et de dégager des solutions et des pistes de travail. Sachant que la santé de la population dépend de celle des soignants qui doivent être bien dans leur peau et dans leur tête, la réflexion doit se poursuivre pour que des solutions efficaces soient rapidement trouvées.

Retrouvez toutes les interventions sur :
<http://www.ordmed31.org/dossiers/article/colloque-medecins-en-2011-mieux>

Bulletin d'information du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne - 9, avenue Jean GONORD 31500 TOULOUSE - Téléphone : 05 62 71 65 50 - Télécopie : 05 61 20 01 11 - mail : haute-garonne@31.medecin.fr • Président : Docteur Jean Thévenot • Comité de rédaction : Docteur Laurent Arlet, Docteur Jean Pierre Elbaz, Docteur Stéphane Grill • Conception : agence mc3 Toulouse

Pour recevoir régulièrement nos informations, communiquez nous votre adresse mail à :
haute-garonne@31.medecin.fr

EDITO
L'avenir de la médecine passe-t-il par les médecins ?

Il est un euphémisme de dire que chacun de nos exercices professionnels évolue, et le métier de médecin se transforme tant dans son contenu que dans sa définition : il y a aujourd'hui de plus en plus de manières d'exercer la médecine.

Dans les années à venir, tant les contraintes économiques que les problèmes démographiques ou les organisations administratives, vont continuer à modifier de manière profonde l'ensemble des métiers de médecins. Mais porter le titre de médecin veut-il toujours dire être véritablement médecin et ne perdons-nous pas le sens de notre métier en nous éparpillant dans des activités multiples...?

En fait, une seule question est importante : que devient le patient au milieu de ce tourbillon permanent qui transforme l'exercice professionnel des médecins et de l'ensemble des soignants ?

Transfert de compétences, délégation de tâches, création de nouveaux métiers de la santé, développement de la télémédecine, regroupement des unités de soins, création de maison médicale, travail en réseau..., tous ces changements nous passionnent et nous inquiètent à la fois, et peuvent nous faire craindre d'en oublier l'essentiel, le « malade » qui, de patient, devient de plus en plus un usager de soins.

Notre éthique et notre déontologie doivent nous faire garder le patient au centre de nos préoccupations ; la relation médecin-patient est, de nos métiers, l'aspect le plus gratifiant, même si elle est souvent difficile, même parfois décevante ; **la relation médecin-patient** doit rester le point d'ancrage de notre futur exercice.

Si demain une partie des activités du médecin généraliste ou du médecin spécialiste est réalisée par des infirmières, par des sages-femmes ou par une nouvelle catégorie professionnelle que nous ne connaissons pas encore, nous devons, nous médecins, rester **l'interlocuteur principal du patient** et l'organisateur des soins autour de lui.

C'est le sens d'une démarche à la fois médicale, humaine et éthique que l'Ordre essaie aujourd'hui de défendre dans une attitude qui n'est pas celle d'un protectionnisme aveugle ou d'une conservation des acquis, mais celle de l'accompagnement de toutes les innovations médicales, structurelles et organisationnelles : les meilleurs soins possibles seront ainsi délivrés à des patients participatifs par les médecins les mieux formés et exerçant dans les meilleures conditions professionnelles.

Nous essaierons, dans les bulletins à venir comme dans celui-ci, de vous apporter aux uns et aux autres tous les éléments propres à vous aider à **évoluer dans votre pratique** tout en conservant au maximum votre **sérénité professionnelle**.

L'avenir de la médecine passe certes par les médecins, mais en réalité et surtout par les patients, par ce qu'ils nous demanderont et par ce que nous saurons leur apporter !...

Dr Jean Thévenot
 Président CDOM 31


+ INFOS
Amélioration de la sécurité des professionnels de santé :

- 2003 : création de l'Observatoire de la sécurité du Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- 2011: signature du Protocole dit Santé-Sécurité-Justice-Ordres impliquant les sept Ordres de Santé.

AU SOMMAIRE

- De l'éthique à la déontologie médicale
- Déontologie pratique
- Interview
- Retour sur

De l'éthique à la déontologie médicale

Dr P.A. Delpla, MCU-PH de médecine légale, coordonnateur du DIU d'Éthique et de la Santé, Vice-président du CDOM31

L'humanité se construit pas à pas mais la démarche épistémologique nous impose des repères. L'histoire de la médecine ne fait pas exception en la matière. Ainsi est-il communément admis que celle-ci s'enracine au V^{ème} siècle avant Jésus Christ dans la morale hippocratique, elle-même nourrie de l'ébullition intellectuelle, scientifique et artistique du siècle de Périclès et en quelque sorte héritière de la sagesse socratique et de la philosophie de son génial disciple, l'incontournable Platon.

Si donc la médecine s'émancipe – de la religion et du sacré – avec Hippocrate et ses émules de l'école de COS, elle ne prendra réellement son autonomie, en Occident du moins, qu'après une longue transition de plus de vingt siècles, marquée par les empreintes successives et intriquées de la tradition galénique, de la main mise de l'Eglise et de l'obscurantisme qui en découla. Faisant d'abord table rase du passé, la révolution française accouchera avec le premier Empire, du Code Pénal de 1810 qui consacre le secret médical et en fait un principe éthique inaliénable, inscrit désormais sous la bannière plus générale du secret professionnel dans l'article 226-13 de notre Code Pénal actuel.

En 1825, année de la parution en français de l'ouvrage du philosophe utilitariste anglais Jeremy BENTHAM¹, se profilait déjà ce qui allait devenir la déontologie médicale, même s'il fallut attendre la seconde guerre mondiale pour que l'Ordre des Médecins vît le jour et 1946 pour que fût promulgué le premier Code de Déontologie, décret en Conseil d'Etat signé du premier ministre, dont notre code actuel est la 4^e version, parue en 1995. La déontologie s'entend étymologiquement comme un discours sur les devoirs, servant de références aux instances juridictionnelles de l'Ordre des Médecins mais d'abord et avant tout de guide aux médecins dans leur pratique quotidienne, au service des patients.

Ainsi, d'abord constituée au niveau interpersonnel de ce que l'on peut appeler « pacte de soins », l'éthique médicale se

place, finalement, sous des normes qui l'élèvent au rang d'une déontologie. En se référant, dans la tradition spinozienne, à la distinction des ordres, le philosophe contemporain André Comte-Sponville situe la déontologie à l'interface du droit et de la morale ; elle correspond, selon lui, à l'immixtion du premier, l'ordre juridico-politique, dans le second, celui précisément de l'éthique.

Elaboré par les médecins eux-mêmes – représentés en l'occurrence par l'Ordre National des Médecins (C.N.O.M.) – sous le contrôle étroit du Conseil d'Etat et du gouvernement, chargés de vérifier sa conformité avec les lois et autres textes régissant la société où exercent les médecins, le Code de Déontologie Médicale (C.D.M.) précise ainsi les dispositions réglementaires concernant l'exercice professionnel, elles-mêmes subordonnées à la constitution et aux lois qui lui sont supérieures mais en même temps nécessairement compatibles avec d'autres décrets ou textes de moindre portée tels que les arrêtés.

Au-delà de l'exigence Hippocratique² de confidentialité et de probité (articles 3 et 4 du C.D.M.) les obligations d'information « loyale, claire et appropriée » et de recueil d'un consentement « libre et éclairé » aux soins (articles 37 et 38 du C.D.M.) – désormais considérées comme des droits fondamentaux des malades (cf loi « Kouchner » du 4 mars 2002) – sont désormais au centre de la relation médecin-patient, dans un souci de plus en plus prégnant du respect de l'autonomie de la personne, venant primer en quelque sorte le traditionnel

principe de bienfaisance ou de non malfaisance (« primum non nocere ») longtemps privilégié par une médecine paternaliste aujourd'hui révolue.

Parallèlement, l'exercice médical est devenu de plus en plus technique et repose désormais sur un savoir exponentiel auquel le praticien doit pourtant se référer – d'où l'importance de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles – s'il veut continuer à délivrer des « soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science ... » (article 32 du C.D.M.).

L'acte thérapeutique relève d'abord des sciences biologiques et médicales – les savoirs – avant d'être guidé par le savoir-faire du praticien et de trouver toute sa force symbolique et sa portée relationnelle dans le savoir être de ce dernier, donnant à l'art médical ses réelles lettres de noblesse.

Mais si les avancées récentes de l'art sont dues au progrès scientifique – dont le mobile premier n'est pas la compassion ou la sollicitude (alléger la souffrance) mais la curiosité et la maîtrise (connaître mieux l'organisme humain) – le péril est alors que le centre de gravité de la logique médicale se déplace du savoir-faire et du savoir-être vers le savoir, du soin de la personne, en empathie avec elle, vers la gestion plus ou moins raisonnée de l'objet de laboratoire, en quelque sorte déshumanisé. Le second écueil n'est plus à un dévoiement du « colloque singulier » (l'expression est de Georges Duhamel,

1935) mais à sa nécessaire inscription dans un cadre collectif, celui d'une société à laquelle les médecins – et les patients dans une moindre mesure – ont des comptes à rendre. Car si la souffrance est privée, tout comme la demande de soins et le désir de guérison, les maladies sont aussi des affaires publiques. En tant que phénomène statistique, elles conditionnent le niveau de santé d'une population entière et intéressent les pouvoirs publics, ne serait-ce que par leur impact économique et leur coût financier. Ainsi abordée, la « santé publique » devient affaire politique et citoyenne, sous-tendue par une autre exigence éthique, celle de partager les risques, au nom de la solidarité.

Pour revenir au médecin, le voici donc confronté – au risque d'être parfois écartelé – à deux requêtes, potentiellement conflictuelles, que le C.D.M. lui-même juxtapose, dans un ordre qui n'est sans doute pas indifférent, dans son article 2³ qui inaugure le titre I des « devoirs généraux des médecins » et symboliquement le code lui-même.

L'accent est certes mis sur la personne, mais la pratique quotidienne de la médecine, notamment en milieu hospitalier, se trouve soumise à des critères, à des restrictions, à des contrôles, à des impératifs, qui ont leur lieu de production dans les bureaux de l'administration de la santé. Pour celle-ci, l'individu est le fragment de la population. Il ne peut en être autrement, dans la mesure où le destin de chaque organisme humain intéresse, d'une manière ou d'une autre, celui de la communauté toute entière. Chaque accident de santé individuel constitue un risque pour la population entière. Une politique de santé a pour première impulsion de décider de quelle manière ce risque peut et doit être partagé. De ce côté, aussi, par conséquent, le fléau de la balance peut incliner du côté du concept et de la pratique de la santé publique, aux dépens du souci des personnes singulières, insubstituables, irremplaçables. C'est faire œuvre de justice, de « rendre justice » au concept premier de sollicitude pour la souffrance, ultime vis-à-vis de l'acte médical. « Si l'éthique des sciences de

la vie et de la santé vise à préserver la personne humaine dans sa dignité, mais également dans le sens transcendant de son existence, encore est-il indispensable qu'elle maintienne vive et constante l'exigence de relation, de rencontre avec l'autre. Un rapport de priorité, d'intériorité, d'intimité qui s'exprime en termes de responsabilité partagée ».⁴

¹ Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'art et science, dans lequel on peut lire : « l'éthique a reçu le nom plus expressif de déontologie ».

² « Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime ... » (Serment d'Hippocrate, dit de Montpellier, adopté par le C.N.O.M. le 25 juin 1976)

³ « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ... ».

⁴ E. Hirsch, Médecine et éthique : le devoir d'humanité - Paris : Cerf, 1990 : 11-25

DÉONTOLOGIE PRATIQUE

Dr Stéphane GRILL

Vous suivez depuis plusieurs années Mr et Mme T ainsi que leur fils L... âgé de 8 ans. La mère se présente à votre consultation pour vous demander un certificat médical. En effet elle demande le divorce. « Vous nous connaissez depuis longtemps et vous savez que mon fils L... doit rester avec sa mère ! »

> Ce qu'il ne faut pas faire :

- Le médecin ne doit pas rédiger de document pour l'un des conjoints concernant l'autre conjoint ou la vie du couple : « *Je soussigné, certifie que Monsieur (ou Madame) X souffre de* », « *Je soussigné, certifie suivre régulièrement Mr et Mme X...* ».
- Dans les situations de divorce, le médecin ne doit pas prendre parti pour l'un ou l'autre. Il ne doit pas notamment se prononcer sur le droit de garde ou de visite des enfants qui relèvent de l'appréciation médicale exclusive du juge : « *Je soussigné, certifie que l'enfant X ne doit pas se rendre chez son père (ou sa mère)...* »
- Il doit se garder d'attribuer au conflit conjugal la responsabilité de troubles constatés, physiques ou psychologiques : « *Je soussigné, certifie que Monsieur (ou Madame) X présente un état dépressif réactionnel aux violences physiques ou psychologiques résultant de son conflit conjugal* ».

« Docteur, mon avocat me demande un certificat médical »

> Ce qu'il peut faire :

- En cas de conflit, le médecin doit prodiguer ses conseils sans jamais prendre un parti quelconque.
- La rédaction d'un certificat dans cette situation n'est pas urgente. Le médecin peut prendre un temps de réflexion, et prendre avis notamment auprès des instances ordinales.
- Le médecin peut remettre à la demande de la mère un certificat médical concernant son état de santé ou celui de son enfant sans imprudence dans le contenu qui pourrait être sujet à une interprétation tendancieuse.
- Dans cette situation, des allégations formulées par un des conjoints de maltraitance par l'autre conjoint sur l'enfant doivent évidemment être prises en compte mais avec prudence. Il convient de mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger l'enfant et, en fonction des éléments constatés, faire un signalement dans les formes préconisées par les textes. Pour mémoire, un signalement est directement adressé aux autorités compétentes sans exemplaire destiné à la victime supposée ou à son représentant légal.

En savoir plus

Références :
(<http://www.ordmed31.org>) :

- Article 51 du Code de Déontologie Médicale - Immixtion dans les affaires de familles.
- Article 25 du Code de Déontologie Médicale - Certificat de complaisance.
- Article 5 du Code de Déontologie Médicale - Indépendance professionnelle.
- Article 76 du Code de Déontologie Médicale - Délivrance des certificats.
- Rédaction d'un signalement.