

DIU soigner les soignants



Directeur d'enseignement  
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement  
Professeur Éric GALAM

**DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE  
SOIGNER LES SOIGNANTS**

**Mémoire de fin de DIU  
Présenté et soutenu publiquement  
Le 24 novembre 2017  
Par le Docteur Bernard LEFORT**

**L'ENTRAIDE ORDINALE  
DANS LE CDOM DU LOT ET GARONNE.  
ÉTAT DES LIEUX PAR ENQUÊTE RETROSPECTIVE  
sur 2 ans (2015 et 2016).  
PROPOSITIONS POUR UNE  
DYNAMISATION DE LA COMMISSION D'ENTRAIDE.**

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

## INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, élu au niveau du CDOM du Lot et Garonne, j'ai pu noter à travers les nombreux conseils d'administration auxquels j'ai participé, l'importance du nombre de confrères en difficulté dont la connaissance aboutissait au CDOM par des biais divers « officiels » : plaintes, liquidation judiciaire, difficulté avec la justice.

D'autre part, de façon non officielle, nous avions connaissance également d'un grand nombre de confrères en difficulté mais qui ne demandait pas d'aide (pudeur ? confidentialité ? non connaissance de l'entraide du CDOM ?) ou qui refusait l'aide proposée.

Ayant été à un moment membre de la commission d'entraide du CDOM 47 j'ai pu noter que celle-ci était sous employée.

Par ailleurs la participation au DIU « Soigner les Soignants » m'a ouvert une perspective beaucoup plus vaste de l'entraide que celle que je voyais jusqu'à maintenant.

Ce mémoire a pour objectif de faire l'état des lieux de l'entraide au CDOM 47 et de proposer une structuration plus importante afin d'être plus aidant.

Puisse cette humble contribution à la vie du CDOM 47 être un remerciement à tous les confrères du Conseil Départemental du Lot et Garonne avant mon départ à la retraite dans un mois.

# ÉTAT DES LIEUX DU DÉPARTEMENT DU LOT ET GARONNE

Population 01/01/2016 : 333180 habitants

Population active en 2012 (INSEE) 143972 habitants

C'est un département rural, à mi-chemin entre Bordeaux et Toulouse, en difficulté démographique au niveau de la santé. Pour anticiper ces difficultés a été mis en place en 2009 la **CODDEM** (**Commission Médicale Départementale de la Démographie Médicale**) issue d'une réflexion globale menée conjointement par le conseil départemental, la préfecture et l'ARS-DT47 .

**3 territoires de proximité** : AGEN-NÉRAC, MARMANDE-TONNEINS et VILLENEUVE SUR LOT/FUMEL chaque territoire comportant un centre hospitalier réparti sur plusieurs sites.

Les trois territoires de proximité regroupent **15 aires de santé**; sur ces aires ont été créé 9 pôles de santé ; à terme l'ouverture de 23 maisons de santé pluri professionnelles, supports relais de ce dispositif est prévu.

Cette description a pleinement sa place dans ce mémoire car le CDOM a été et est encore pleinement partie prenante de ce dispositif dont le but est de rendre attractif le territoire aux jeunes médecins et de faciliter la tâche et le confort professionnel aux médecins installés.

Il n'en reste pas moins que malgré cela la **démographie médicale** est en baisse constante et quand on associe ce fait au vieillissement continu de cette population rurale il est facilement concevable de voir que peu à peu la situation des médecins installés restant devient rapidement inconfortables et source de burn-out, le départ d'un ou de deux médecins dans un territoire peu doté entraînant par un effet « domino » ou « épidémique » le départ ou le mal-être de ceux qui restent.

## **Densité médicale du Lot et Garonne :**

- de tous les médecins inscrits au tableau de l'ordre pour 2016 : 329,4 pour 100000 habitants (France 421,4 pour 100000 habitants) ce chiffre étant en légère amélioration par rapport à 2015

- de tous les médecins en activité régulière, tous modes d'exercice confondu 259,7 pour 100000 habitants (France 330,7 pour 1000000 habitants)

- des médecins généralistes : 80,3 pour 100000 habitants (France 125,4 pour 100000 habitants)

- des spécialistes médicaux : 107,4 pour 100000 habitants (France : 130,9 pour 100000 habitants)

- des spécialistes chirurgicaux : 24,4 pour 100000 habitants (France 35,6 pour 100000 habitants)
  - activité régulière salariée : 87,6 pour 100000 habitants (France 133,3 pour 100000 habitants)
- (Chiffres tirés de l'atlas de démographie du CNOM 2017)

Les chiffres actuels du CDOM 47 donnent :

Nombre total d'inscrits en 2017 au CDOM 47 : 1130 médecins

Médecins Généralistes : en 2009: 274, en 2014 : 263 et en 2017 : 240.

Au niveau des spécialistes d'organe en 2017 : 520 inscrits

Par ce rapide parcours des tableaux de la cartographie interactive de la démographie médicale du CNOM nous voyons bien que le département est en sous-effectif de médecins entraînant de fait une surchauffe au niveau de leur travail .

## LE CDOM DU LOT ET GARONNE

Le CDOM du 47 comporte :

Un **conseil d'administration** composé de :

- 18 titulaires
- 13 suppléants
- Le Conseil d'Administration se réunit environ 7 à 10 fois par an

Un **bureau** de 7 membres (président, deux vice-présidents, un trésorier et une trésorière adjointe une secrétaire générale et une secrétaire adjointe, une secrétaire administrative).  
Le bureau se réunit tous les jeudi après-midi

Il existe différentes commissions (8) dont la **commission d'Entraide**, commission qui comprend :

- Un président
- Cinq membres
- Le président et un membre font partis du bureau du CDOM

# METHODE DE TRAVAIL

Mon objectif a été d'abord de présenter le projet de ce mémoire au président du CDOM (DR DURENQUE) et au président de la commission d'entraide (DR GINESTET). Ceux-ci m'ont écouté, donné leur accord pour mon travail ainsi que quelques orientations pour ce mémoire.

Puis j'ai interrogé la secrétaire du CDOM madame Laurence MAGNAVAL-PÉREZ qui reçoit tous les appels et est en quelque sorte la plaque tournante de l'entraide.

Par la suite j'ai interrogé le DR GINESTET pour entendre sa perception de l'entraide et la manière de fonctionner du groupe d'entraide au sein du CDOM.

Je n'ai pas cherché à interroger les différents membres de la commission d'entraide puisque, comme nous le verrons plus loin, celle-ci ne se réunit pas.

Mon objectif était de m'appuyer sur les données des deux dernières années recensées (2015 et 2016) de façon à pouvoir comparer les résultats avec les deux autres mémoires présentés cette année sur le même thème dans le cadre des départements du FINISTÈRE et du VAR.

## L'ENTRAIDE ORDINALE TELLE QUE LE CONÇOIT LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE \*

« La philosophie de l'entraide ordinale consiste à accompagner tous les médecins (libéraux, hospitaliers ou salariés) en difficulté et leur famille ».

L'entraide ordinale est inscrite dans le code de la santé publique (L4121-1 et 2) et dans le code de déontologie (article 56).

Le cadre de l'intervention s'est longtemps limité aux dimensions compassionnelles et financières.

Le CNOM incite actuellement à faire évoluer l'entraide vers une prise en charge globale de tous les déterminants : aide matérielle, aide professionnelle, aide morale et psychologique ; accompagnement d'une reconversion suite à une maladie, une insuffisance professionnelle (centre interprofessionnel de bilans de compétences)

Le CNOM insiste sur la notion de confrère de proximité qui repère un confrère en souffrance et qui peut le signaler au CDOM (président/confidentialité).

Le CNOM envisage des pistes de réflexions pour les perspectives de cette commission :

- Proposer un accompagnement plus global par le biais d'un programme d'assistance complet (confraternel, financier, médical et social)
- Informer et faire de la prévention en amont (étudiants, jeunes médecins en cours d'installation (inscription ++))
- Formation des responsables de l'entraide départementale
- Étendre l'entraide ordinale aux étudiants
- Créer un observatoire de la santé des médecins en activité
- Fédérer et soutenir les acteurs sur tout le territoire pour un accès à l'entraide équitable (associations locales +++)

# AU CDOM 47

## FONCTIONNEMENT

### DE LA COMMISSION D'ENTRAIDE

#### UNE REMARQUE

J'ai été étonné du peu de dossiers suivis en 2015/2016 à savoir seulement trois dossiers « aboutis ». En fait en reprenant le mémoire (2016) de Dr COURTALHAC et Dr CORDONNIER sur le département de l'OISE (810 000 habitants par rapport aux 330 000 du Lot et Garonne) les chiffres sont les mêmes puisqu'elles ne rapportent « que » trois dossiers. Une question se pose : pourquoi si peu de dossiers « aboutis » alors que nous connaissons beaucoup plus de cas ?

#### COMMENT FONCTIONNE L'ENTRAIDE DANS LE LOT ET GARONNE

Signalement : Il semble que la demande n'est jamais faite par le médecin lui-même en difficulté : c'est un proche de la famille, un confrère de proximité qui appelle pour signaler. Ce signalement se fait soit par téléphone, soit par courrier postal ou par mail directement au conseil de l'ordre.

Soit la réponse est très simple à donner, ponctuelle et ne nécessitant pas de suivi ultérieur et la secrétaire le fait.

Soit la demande est transmise au président de l'entraide pour étude. Cette étude peut donner lieu à un complément d'informations, notamment sur l'état financier du médecin (avis d'imposition) puis sur l'établissement du dossier d'entraide du CNOM.

Au delà de la demande directe au CDOM, la commission d'entraide peut avoir connaissance de façon indirecte de soucis d'un confrère :

- par la presse (accident de la circulation)
- par la rumeur (téléphone anonyme, ON dit que)
- par la justice (saisie de dossier, cessation de paiement)
- par une demande de remplacement prolongé
- etc.

Il n'y a pas de « cahier d'appel de l'entraide » où pourrait être consigné tous les appels concernant ce domaine , avec la date d'appel, le motif, la suite donnée dans l'immédiat et un suivi à plus long terme si nécessaire.

Au CDOM du Lot et Garonne il semble que la commission d'entraide ne soit pas sollicitée et toutes les réflexions autour des cas transmis sont faites dans le cadre du bureau (ou siège d'ailleurs le président et un des membres de la commission ) ; cet état de fait peut être expliqué de plusieurs façons : le bureau se réunissant une fois par semaine la réponse faite

directement par celui-ci est beaucoup plus rapide et ne nécessite pas d'autres réunions parfois difficiles à mettre en place (déplacement des participants dans un contexte d'emploi du temps très tendu et parfois d'éloignement géographique important).

Il faut noter que le 47 est un petit département au niveau démographie, que « tout le monde se connaît » et que les décisions concernant l'entraide sont souvent prises simplement et de manière informelle après échanges en bureau du CDOM. Si le médecin est reçu il l'est toujours par deux conseillers ordinaires à la fois.

Puis toute décision prise est présentée en CA pour validation.

Il faut noter que les informations circulent bien entre le CDOM et les autres organismes d'entraide à savoir la CARMF, le groupe PASTEUR MUTUALITÉ et l'AFEM notamment.

La question toujours débattue est celle-ci : faut-il intervenir en interrogeant directement le confrère au niveau d'une aide possible (notion d'abordage avec un caractère intrusif) ou bien faut-il laisser venir la demande d'aide ?

#### Etude des trois cas relevés

- 1) Demande écrite de la part de la veuve d'un médecin généraliste décédé en 2009. Cette personne se trouve dans une situation financière catastrophique : elle a été la secrétaire médicale de son mari, non déclarée et non rémunérée par lui. A son décès elle n'a pas de revenu, pas de diplôme, pas d'emploi et a deux enfants encore à charge ; en 2016 ses revenus mensuels sont de 1097,37 euro et ses charges mensuelles sont de 1093,14 : sa demande est une aide financière. Dossier d'entraide du CNOM établi.
- 2) L'épouse d'un médecin ancien salarié de la CPAM et actuellement en invalidité demande une aide financière pour son mari: né en 1955 ce médecin a été opéré plusieurs fois d'un adénocarcinome colorectal ; ces interventions à répétitions ont été la cause d'un absentéisme important et d'une désorganisation du service de la CPAM où il travaille : il a donc été l'objet d'un licenciement le 14/06/2012 (pour absences répétées et prolongées).  
Du fait de l'aggravation de son état récemment le patient a été placé en invalidité deuxième catégorie entraînant de fait une chute importante des revenus (il attend sa retraite au titre de l'invalidité le 01/10/2017).  
Ce dossier qui court depuis 2013 a été l'objet de nombreuses demandes d'aides financières, d'exonération de cotisation ordinale.  
Ont été sollicités la CARMF, l'AFEM les fonds d'action sociale de la mutuelle, de la CPAM et du CNOM  
La dernière demande est une aide aux paiements du loyer. La réponse a été une aide directe de paiement des loyers à l'organisme de location par le biais de fonds donnés du CNOM au CDOM par la commission nationale d'entraide.
- 3) Le dernier dossier est une demande d'aide de la part des deux filles d'un confrère médecin généraliste né en 1946 et malade depuis 1999 (SEP et cancer prostate).

Ce confrère a arrêté de travailler en 1999 et est actuellement retraité ; sa retraite est très basse car il a été longtemps en invalidité et il lui manque beaucoup de trimestres de cotisation.

Il a donc deux filles encore jeunes et qui demandent par l'intermédiaire de l'AFEM une bourse d'aide pour leurs études (l'une fait des études d'ostéopathie et l'autre de droit).

Par l'intermédiaire du CNOM ces filles ont participé au prix LABALETTE et l'une d'entre elle a reçu 4000 euro, à charge pour elle de partager avec sa sœur.

Pour ces trois dossiers il a été demandé de remplir le dossier de demande d'aide financière du CNOM, puis de l'envoyer à la commission d'entraide du CNOM qui statuera.

Dans le cadre de l'entraide il existe également de nombreux **dossiers de demande d'exemption partielle ou totale de cotisation ordinale** :

Sur 2015 et 2016 j'en ai relevé autour d'une vingtaine (soit 10 par an)

- Souvent du fait de retraités qui ont de moins en moins de revenus : il leur est proposé alors d'être radié de l'ordre de façon à ne plus avoir de cotisations à payer.

- Egalement du fait de la baisse temporaire courte ou longue des revenus : (maladie, arrêt pour « congé parental », petite activité médicale avec très peu de revenus : l'étude se fait au cas par cas par le CA selon le dossier fourni et notamment avis d'imposition du foyer fiscal et non pas de la personne).

- Fréquemment également du fait d'une année de travail non complète associée à une demande de payer « prorata temporis » ... qui est la plupart du temps refusée.

## COMMENTAIRES

Points positifs :

La commission d'entraide du CDOM agit rapidement et souplement aux demandes qui lui sont faites, réponses souvent faites de personne à personne ou à l'issue de réunions hebdomadaires du bureau (et non pas de la commission). Elle répond aux demandes faites et le fait du mieux possible.

Le président de la commission a de nombreux engagements dans le cadre de l'entraide (trésorier du CDOM, administrateur au groupe pasteur mutualité, administrateur de la CARMF) ce qui peut donner une vue d'ensemble des solutions possibles et facilite leur mise en œuvre par une bonne connaissance du carnet d'adresses et facilite la circulation des informations.

Le CDOM reste maître des financements attribués par le CNOM et ne les délivre au demandeur qu'au vu des factures présentées ou directement aux organismes (loyers notamment)

Points négatifs :

- Il n'y a pas de réelle vie de la commission d'entraide (pas de réunion du groupe) ceci pouvant être du aux conditions ci-dessus (lourdeur de réunions régulières pour peu de demandes finalement, les membres de la commission habitant loin les uns des autres et AGEN est excentré dans le département) mais peut-être qu'une solution de réunion soit en visioconférence informatique soit juste avant un CA pourrait être envisagée)
- autre raison que nous allons envisager plus loin : donner à la commission d'entraide un champ d'action beaucoup plus vaste nécessitant des rencontres régulières.
- Cette commission n'est pas autonome dans le cadre du fonctionnement du CDOM en effet le président de la commission est le trésorier du CDOM, les décisions sont prises en bureau plutôt qu'en commission ; la commission d'entraide n'a pas de budget propre : tout ceci peut entraver une réelle réflexion quant à la résolution du fond du problème. Si le CDOM attribuait chaque année un budget propre à la commission d'entraide ceci pourrait entraîner une plus grande souplesse d'action avec le risque soit de sous utiliser le budget soit de le dépasser (mais alors le budget du CNOM pourrait entrer en jeu).
- La discussion en commission est plus lourde mais plus riche et valorisante que les décisions prises seul ou en bureau ; elle pourrait être plus motivante pour les membres de la commission.

Tout ceci permettrait un meilleur jeu des institutions.

## PROPOSITIONS

Pour commencer nous devons prendre conscience qu'un pan important du travail des conseils départementaux est méconnu par nos confrères ; en effet le conseil de l'ordre est surtout perçu de deux manières :

- soit le père fouettard (chambres disciplinaires) qui est là pour remettre dans le droit chemin les médecins déviants (plaintes => conciliation => blâmes ? suspension d'exercice ?)
- soit le perceuteur des cotisations qui de toute façon « sont trop chères » et qui « vont dans la poche des conseillers ordinaires » ou « qui font marcher des usines à gaz qui ne servent à rien » ...

Bien sur je force un peu le trait ... !!!!

Il me semble que mettre plus en avant la fonction d'accompagnement des médecins dans un environnement juridique et sociétal de plus en plus complexe et la fonction de secours au confrère ou à sa famille en difficulté (entraide) permettrait de

redonner une aura de bienveillance à l'Ordre. Un important **travail de communication** au niveau du terrain doit être mis en œuvre.

## En ce qui concerne la commission d'entraide voilà ce que nous pouvons proposer

Élargir le champ de compétence de la commission d'entraide qui actuellement ne travaille qu'en prévention tertiaire : le CDOM n'est averti que lorsque la catastrophe est arrivée, sur le mode : « au secours je n'en peux plus ! »

Nos propositions vont se faire sur le mode de :

1. prévention primaire : quand tout va bien que faire pour que cela continue ?
2. prévention secondaire : quand des signes avant-coureurs apparaissent que mettre en place pour que cela ne vire pas à la catastrophe ?
3. prévention tertiaire : quand la catastrophe est arrivée que faire pour aider la personne en difficulté ?

### PREVENTION PRIMAIRE

Auprès des étudiants : sur le LOT ET GARONNE sont présents dans le cadre du troisième cycle soit au niveau des centres hospitaliers soit au niveau des stages chez le praticien plusieurs dizaines d'étudiants : ces étudiants nous pouvons les rencontrer au niveau des 3 internats du 47, soit au niveau des rencontres organisées par la CODDEM au conseil départemental ou des rencontres organisées par les mairies.

Quels messages passer : les conseillers ordinaires doivent aller à la rencontre des étudiants ce que la commission jeunes médecins a déjà entamé depuis 2 ans sur le 47 :

- présentation de ce qu'est le CDOM, ce que sont ses missions et l'intérêt que peuvent avoir les jeunes médecins à fréquenter l'Ordre
- prendre le pouls de la santé des étudiants (ces dernières années plusieurs drames sont survenus dans le 47 : dépressions, suicide, problèmes de santé grave, erreurs d'orientation) et les engager à venir en parler à un médecin du CDOM ou à la secrétaire (Cellule d'écoute).

Auprès des nouveaux inscrits : lors de l'inscription le même discours peut être tenu avec remise d'un document sur les missions du conseil de l'ordre et un document sur l'entraide et la possibilité d'être écouté.

Pour ces deux catégories insister en tant qu'information sur la nécessité absolue d'avoir une assurance complémentaire facultative « indemnités journalières » au moins à 15 jours (rappel : la CARMF, assurance obligatoire, est active au bout de 90 jours d'arrêt de travail). Ce moment doit être aussi un moment privilégié pour relayer la campagne faite auprès des anesthésistes réanimateurs : « Dis doc t'as ton doc ? »\*\* et insister pour que le médecin ait un autre médecin traitant désigné à la caisse d'assurance maladie que « soi-même ».

Informez de l'existence d'autotests sur le site de la CFAR (anesthésistes réanimateurs) : tests individuels de la commission SMART, et peut être proposer de les faire une fois par an ou tous les deux ans (à l'instar du test hémocult ou de la mammographie).

## **PREVENTION SECONDAIRE**

A quel moment pourrions nous intervenir :

La commission d'entraide pourrait intervenir dès qu'un des marqueurs du risque suicidaire d'un confrère arrive à sa connaissance à savoir : addictions (alcool, et psychotropes), le divorce, les difficultés financières, les contentieux ordinaires, administratifs ou judiciaires, la maladie physique ou mentale (\*\*\*)

Sur le CDOM 47 voici quelques situations qui se sont présentées :

Lors d'un dépôt de plainte : accentuer ce qui est déjà fait avec un projet d'accompagnement bienveillant dans une démarche qui, une fois la plainte déposée, devient inéluctable.

Expliquer ce qui va se passer, remettre un dépliant descriptif sur ce que va être le cheminement de cette plainte (l'arrêt éventuel lors de la conciliation, et si la conciliation n'aboutit pas, le rôle du CDOM et celui de la chambre disciplinaire du CROM)

Si la plainte est déposée dans le cadre d'une erreur médicale grave, étudier avec le confrère le pourquoi de cette erreur et la façon d'y remédier (« *pédagogie par l'erreur* »).

Lors d'une demande d'exemption de garde : raison de la demande (maladie, âge, surcharge de travail)

Lors d'une demande d'exonération totale ou partielle de la cotisation : proposer une rencontre avec un membre de la commission d'entraide pour étudier le fond du problème et proposer des solutions. (Cellule d'écoute)

Lors d'un arrêt de travail prolongé pour maladie Si une telle situation est connue par le conseil de l'ordre (demande de remplacement ?)

C'est surtout au niveau de cette prévention secondaire qu'il conviendrait d'avoir le courage d'aborder le confrère en difficulté pour lui signaler la possibilité d'aides qu'il ne sollicite pas et de la même façon qu'en prévention primaire l'inciter à s'auto évaluer avec les tests disponibles sur le site CFAR.ORG et avoir la pratique de la main tendue.

Il est bien entendu souhaitable que la circulation des informations se fasse au niveau du CDOM et que la commission d'entraide soit averti systématiquement de l'existence de telles situations.

## **PREVENTION TERTIAIRE**

C'est à ce moment là malheureusement que le CDOM est appelé le plus souvent à l'aide, quand le confrère ne peut plus faire autrement et parfois à son corps défendant. C'est dans ce cadre là qu'est employée également la commission d'entraide du CNOM quant à sa possibilité d'aide financière. D'autre part de plus en plus de structures d'écoute et d'aide existent dont la liste non exhaustive est donnée dans le numéro de novembre 2015 de la revue MEDECINE : « dispositifs français d'aide aux soignants, liste non exhaustive »\*\*\*\* : à

charge aux membres de la commission d'entraide de bien connaître ses structures et de bien les utiliser (rôle de la formation). Il semble également qu'il y ait une nécessité de remise à niveau annuelle tant le secteur est en mouvance actuellement.

## Au niveau du fonctionnement de la commission d'entraide

Quels sont **les outils** que nous pourrions utiliser ?

Prévoir un FLYER :

Présentation de la commission d'entraide,

Situer sa mission par rapport aux autres missions du CDOM (et notamment élargir son champ d'action qui pour l'instant paraît uniquement se situer dans le domaine de l'aide financière)

Dans quels cas cette commission peut apporter de l'aide

Comment la joindre et l'activer

Ce flyer pourrait être distribué dans toutes les rencontres de prévention primaire et secondaire

Prévoir un cahier d'appel et de suivi (informatique ?) qui permet de connaître tous les appels qui ont eu lieu, la suite qui a été donnée, le suivi qui doit être fait. La notion de traçabilité est très actuelle et dans notre cas gagnerait à être appliquée. Ce cahier pourrait enregistrer tout ce qui est connu par les canaux officiels mais aussi par une connaissance non officielle, (journaux, bouche à oreille, connaissance de voisinage etc. ) de façon à pouvoir mettre en œuvre si la commission le décide une « politique d'abordage ».

Mettre en place une activité réelle de la commission d'entraide avec réunions régulières (soit en visioconférence ou bien juste avant la réunion en CA comme le font d'autres commissions) le but étant de mettre en place une réelle activité de prévention primaire et secondaire, une étude du cahier d'appel et de suivi. Il me semble que cette activité réelle de cette commission aiderait le CDOM, par un travail d'équipe, à se démarquer à moyen terme de l'image un peu caricaturale faite ci-dessus : « répressive et financière (encaissement de la cotisation) ».

La commission pourrait également se donner comme objectif de s'enrichir d'une démarche plus large qu'une démarche uniquement d'aide financière mais aussi de soutien moral et psychologique, d'aide aux démarches et soutien administratif en prenant appui sur un carnet d'adresse et orienter les confrères vers les services compétents : ceci pourrait donner lieu à la création d'une **cellule d'écoute** soit présente au CDOM (sur RV ?) soit téléphonique ; cette cellule d'écoute pourrait également avoir pour objectif d'aller systématiquement à la rencontre des confrères en difficulté dont la situation arrive à la connaissance du CDOM par le bouche à oreille ou bien la lecture des journaux (maladie avec arrêt d'activité, accidents de la voie publique, suicide, dépendances etc. ) politique de la main tendue tout en reconnaissant la difficulté peut être propre aux médecins d'avoir à demander de l'aide et surtout la crainte du non respect d'une confidentialité totale.

De nombreuses initiatives d'entraides de médecins existent en dehors de l'ordre (national ou départemental) sur le mode associatif (Exemple : AAPML, APSS, ARENE, ASRA, ASSPC, ERMB, MOTS, plateforme SPS, AFEM etc.) ou en lien avec les caisses des médecins (exemple : CARMF, groupe pasteur mutualité) La commission d'entraide devrait avoir une bonne connaissance des ces dispositifs d'aide aux soignants de façon à optimiser son action.

Pour tout cela une formation paraît souhaitable et à travers l'expérience que je viens d'avoir dans le cadre de ce DIU, je ne peux que souhaiter la participation des confrères de la commission à ce DIU ; j'ai bien pris note également le souhait de créer au sein du CNOM une formation à l'entraide plus légère, sur une seule journée et la création d'un numéro national d'appel pour l'entraide. Enfin souvent ces associations proposent des journées de formation continue.

#### CONCLUSION

Dans l'étude que je viens de faire au niveau de la commission d'entraide du CDOM du Lot et Garonne, il m'apparaît que globalement l'entraide fonctionne bien car le département est petit, « tout le monde se connaît » et l'équipe d'entraide efficace se concentre sur un petit nombre de personne.

Mais il faut devenir beaucoup plus ambitieux en structurant la commission et en l'autonomisant, en la faisant réellement vivre, en ouvrant ses objectifs sur la prévention primaire et secondaire et la création d'une cellule d'écoute. Pour cela (comme pour les autres secteurs de travail du CDOM) il paraît nécessaire de se former régulièrement car le domaine est particulièrement évolutif ces dernières années.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

Serment d'Hippocrate

Code de la santé publique : articles L. 4121-1 et 4121-2

Code déontologie médicale : article 56 et son commentaire

LEBRAT Jean Revue « MÉDECINS » : bulletin de l'ordre national des médecins N° 17 mai-juin 2011 pages 14/15 : « Qu'est ce que l'entraide ordinale »

MORALI Jacques Revue MÉDECINS : bulletin de l'ordre national des médecins N° 46 nov-dec 2016 page 28/29 : « L'entraide ordinale »

MIR Patrick SOIGNER SANS PÉRIR : préserver la santé des soignants in Le CONCOURS MÉDICAL TOME 138 n°10 décembre 2016 « Syndrome d'épuisement professionnel » page 808 à 810

HAS mars 2017 Le repérage et la prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out »

\* Bulletin de l'ordre national des médecins n°46 nov-dec 2016 p 28

\*\* Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs « Dis Doc t'as ton Doc » CFAR.ORG

\*\*\* GALAM Éric : MEDECINE : vol 13 n° 7 septembre 2017 : Prendre soin de ceux qui nous soignent : une stratégie nationale et un investissement dans la durée .

\*\*\*\* « MEDECINE» VOLUME 11 N°9 novembre 2015 pages 385-444 : « Soigner les Soignants »

## RESUMÉ

A partir du constat de l'activité en 2015/2016 de la commission d'entraide du CDOM du Lot et Garonne et des orientations données par le CNOM quant à cette commission d'entraide fin 2016, l'auteur établit un plan de dynamisation en deux parties de cette commission:

Tout d'abord élaborer un plan de prévention primaire (abord des internes en résidences dans le 47 et des nouveaux inscrits) et secondaire (au moment de la connaissance de confrères en situations à risque tels que décrits dans le risque suicidaire) pour ne pas se contenter de la prévention tertiaire qui est actuellement quasiment la seule prise en compte.

D'autre part donner de nouveaux rôles à la commission d'entraide :

- création d'un outil de communication tel qu'un « flyer » d'information,
- création d'un cahier d'appel et de suivi
- faire vivre cette commission par des réunions régulières pour mettre en place les préventions primaires (en lien avec la commission jeunes médecins) et secondaires,
- créer une cellule d'écoute soit présentielle soit par téléphone pour les médecins qui en ont besoin.

Pour tout cela une formation paraît nécessaire soit dans le cadre du DIU, soit par le CNOM soit pas des journées de formation proposées dans les cadres associatifs