

## DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

### Mémoire de fin de DIU

**INSTAURER UNE DÉMARCHE DE PRÉVENTION  
PROFESSIONNELLE DANS LA SANTÉ DE MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES**

*Pour quelles raisons ? (Marc GARCIA) Avec quels outils ?  
(Philippe WÜTHRICH) De quelle manière ? (Patrick  
DUTILLEUL)*

Paris le 18 novembre 2016

Présenté par les Docteurs :

Marc GARCIA

Philippe WÜTHRICH

Patrick DUTILLEUL

Directeurs d'enseignements :

• Professeur Eric GALAM

Paris Diderot

• Professeur Jean-Marc SOULAT

Toulouse-Rangueil

• Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année universitaire 2015-2016

« Les médecins doivent se soigner les uns les autres puisqu'il n'y a personne d'autre pour le faire »

Maurice Thibault,  
médecin généraliste canadien,  
Auteur du traité Le médecin malade (1)

## PRENDRE SOIN DES MEDECINS : POURQUOI ?

### **Introduction :**

Partant du constat que la population médicale était vieillissante, que la démographie médicale baissait, observant une féminisation de la profession actuelle et future ( 70% des étudiants en médecine sont des étudiantes, les femmes médecins limitent volontairement le volume de leur activité professionnelle ) ; constatant un vieillissement de la population générale, nous en déduisons une charge de travail pour les médecins ne pouvant que s'accroître au cours du temps engendrant une fatigue physique et psychologique de plus en plus importante chez nos confrères.

Chaque arrêt d'activité prématuré ou arrêt de travail prolongé d'un médecin aggrave encore cette situation, entraînant des difficultés de prise en charge pour les patients mais aussi une surcharge de travail pour les confrères, qui risquent à leur tour de voir leur santé compromise. Ces éléments montrent donc l'importance de prendre soin des médecins en activité.

De nombreuses études venaient corroborer cette réflexion (1)(2)(3)(4)(5)(6).

Constatant également qu'il n'existait aucune structure proposant un suivi préventif de la santé des médecins nous avons décidé d'étudier la possibilité de créer une telle structure, de la mettre en place et de l'évaluer dans un second temps.

Cette recherche s'est effectuée au moyen de deux thèses d'exercice (8)(9), que j'ai dirigées.

- 1. Thèse de Mme Fanny Grau Coppieters : Etude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc Roussillon soutenue le 14/12/2012 Faculté de Médecine de Montpellier Nîmes.**

### **Méthode :**

Conscient de la difficulté de notre entreprise : Comment proposer un service ou plus exactement un service à nos confrères « bien portant » ?, nous pressentions qu'un médecin n'était pas un patient comme les autres, nous ne voulions pas faire un copier-coller de ce qui existait auparavant du type médecine du travail ou centre d'examen de santé CPAM.

Nous avons donc, interrogé dans un premier temps les médecins sur le plan qualitatif (quand nous interrogeons des phénomènes, des expériences vécues, le ressenti des personnes c'est la méthode qualitative qui s'impose) (7), une fois l'analyse qualitative faite nous avons construit sur cette analyse un questionnaire que nous avons diffusé à l'ensemble des médecins généralistes du Languedoc Roussillon.

### Objectif principal :

Mettre en évidence les critères nécessaires et suffisants à la création d'un service de médecine préventive qui soit utile et acceptable pour les médecins généralistes du Languedoc Roussillon

### Objectif secondaire :

Dessiner le profil du médecin des médecins.

### **Principaux résultats :**

#### Etude qualitative :

3 focus group ont été réalisés de janvier à mai 2012, réunissant 5, 6 puis 7 médecins. Les focus groupes ont été arrêtés lorsque nous avons atteint la saturation des données (aucun phénomène nouveau n'apparaît). Une analyse thématique des verbatim s'en est suivie.

### **Principaux thèmes :**

#### Prise en charge de leur santé :

Certains médecins ont le sentiment de faire ce qu'il faut pour leur santé, d'autres ont conscience de se négliger complètement  
Certains peuvent se considérer comme des patients les plus mal soignés  
Sentiment d'être un patient différent des autres : « *ce que j'impose à mes patients je ne me l'impose pas à moi même...* »  
Difficulté à prendre du recul  
Difficultés à devenir patient : « *on perd toute objectivité quand ça nous concerne* »  
Difficulté à être à la fois médecin et patient : « *on a choisi d'être médecin pas malade...* »

#### Rapport à la maladie :

Déni de la maladie  
Peur de la maladie : « *tu cherches pas, tu trouves pas...* » » *la peur de passer par ou passe nos patients...* »  
Impression de ne pas risquer d'être malade  
Sentiment pour certains d'immortalité : « *on se sent un peu invulnérable* » « *je suis médecin donc je ne serai pas malade* »  
Refus de se prendre en charge pour un problème psychiatrique

#### Le regard du confrère :

Difficulté à se livrer à un tiers qu'on risque de connaître  
Absence de médecin traitant  
Peur de passer pour un médecin hypochondriaque

#### A priori négatif de la médecine préventive ou du travail

### Contenu de la consultation :

Faire un maximum dans un minimum de temps  
Questionnaire en amont  
Prise en charge des pathologies psychiatriques  
Lieu d'échanges  
Explorer l'ergonomie du cabinet  
Possibilité de consultation en urgence

### Résistances à l'utilisation d'un tel service :

Individualisme des médecins libéraux  
Manque de confiance dans un médecin de médecine préventive  
Se livrer uniquement pour de la prévention  
peur d'être mis dans une case  
absence de suivi

### Conditions d'adhésion :

Secret médical  
Pas de notion d'aptitude/inaptitude  
Indépendance des instances (Ordre, CPAM, ARS)

### Le médecin idéal pour mener ces consultations :

Les médecins interrogés sont unanimes et voudraient être pris en charge comme ils prennent en charge leur patients. Leur médecin idéal serait un médecin généraliste d'expérience formé à la médecine préventive.

### **Deuxième partie :**

#### Etude quantitative :

Population cible : les 3187 médecins généralistes du Languedoc Roussillon  
Population interrogée : 1719 médecins généralistes issus d'un mailing fourni par une association de FMC régionale  
406 questionnaires retournés et exploitables ( 24% ) soit 12% de la population cible.

#### **Principaux résultats :**

87% avaient un médecin traitant ; 73% étaient leur propre médecin traitant, pour 14% le médecin traitant était un ami ou un associé.  
87,6% cotisaient à un organisme de prévoyance

Par le passé 56% auraient utilisé ce service s'il avait existé.  
63% jugeaient utile un tel service

### Principales résistances à l'utilisation d'un tel service :

Peur de se trouver une maladie  
Pudeur de se livrer à un confrère  
 Crainte du non-respect du secret professionnel  
 Difficulté à devenir patient  
 Difficulté à se libérer

### Nécessité d'anonymiser les dossiers

### Indépendance de la structure par rapport aux instances.

### Contenu de la consultation idéale :

Exploration de l'ergonomie du cabinet  
Etre un lieu de paroles  
Dépister et prendre en charge les addictions  
Dépister et prendre en charge le burnout  
Dépister les maladies cardio-vasculaires

### Possibilités d'avoir accès pour des pathologies aiguës

### Leur médecin idéal pour mener ces consultations :

Un médecin généraliste d'expérience formé.

### **Discussion :**

Cette Etude qualitative et quantitative sur un sujet original pour créer une structure qui n'existe pas en France et à l'étranger nous a permis de créer une association afin de proposer à nos confrères des consultations au départ dans un but préventif. Association loi1901 : INTER.MED Date de création : Juin 2015.

Nous avons présenté notre projet au conseil départemental de l'ordre des médecins du Gard. Nous avons reçu un accueil enthousiaste de l'ensemble des conseillers et notamment de son Président le Dr Bruno Kezachian.

Le travail de recherche intéressait les médecins généralistes. Les médecins spécialistes libéraux et hospitaliers siégeant au conseil nous ont demandé d'étendre notre action à l'ensemble des confrères, ce que nous avons volontiers accepté.

Une subvention de 15 000 euros nous a été attribuée sur présentation d'un bilan comptable prévisionnel comprenant l'embauche d'une secrétaire à ¼ temps, un budget communication et un budget pour la création d'un logiciel original créé spécifiquement pour gérer les consultations.

En effet ce logiciel permet de façon très ergonomique d'avoir le dossier patient diviser en 4 cases sur la même page :

Une case pour explorer la partie biomédicale pure, un case psy : Addictions, anxiété, dépression, burnout, une case ergonomie du cabinet et enfin une case vie personnelle ce qui permet au médecin de l'association d'avoir sur une même page l'ensemble des domaines intéressant la vie du confrère.

Nous consultons à la maison médicale de garde maison médicale universitaire située dans l'enceinte du CHU de Nîmes.

Depuis un an et demi que notre association existe et avec le peu de moyen de communication que nous possédons et que nous avons pu mettre en œuvre, nous avons reçu 28 confrères.

5 internes, 4 internes de médecine générale, 1 interne de spécialité  
Un médecin réanimateur libéral  
Un praticien Hospitalier  
21 Médecins généralistes

14 médecins généralistes, 3 internes de médecine générale sont venus dans le cadre de la prévention.

Les 11 autres médecins sont venus consulter pour des problèmes de santé mentale aigus et chroniques.

La plupart de ces patients ont bénéficié de deux à trois consultations et ont été orientés vers des confrères spécialisés.

Deux autres confrères, dont une interne, sont suivi régulièrement par nos soins à raison d'une consultation toutes les deux à trois semaines.

## **2. Thèse de Mme Aurélie Prouvost : Modélisation, organisation et évaluation qualitative de consultations médicales dédiées aux médecins : création et suivi de l'association INTER.MED soutenue le 16 novembre 2016, faculté de médecine Montpellier Nîmes.**

L'ANDEM, Agence Nationale pour le Développement de l'évaluation Médicale, a édité en 1995 un « guide méthodologique d'évaluation des actions de santé publique ».

« L'action de santé publique est définie comme une liste d'opérations à entreprendre, de caractère collectif, en vue de l'amélioration de la santé d'une population. Elle peut être d'ordre épidémiologique, éducatif, préventif. Elle doit être organisée, structurée en termes d'objectifs, d'activités et de ressources, pour répondre à des besoins identifiés dans une société, un milieu, ou une collectivité.

L'action de santé publique peut prendre forme, soit par une ou des actions indépendantes, soit par un ensemble coordonné d'actions. » (10)

Cette définition correspond à l'action de l'association INTER.MED, qui par la mise en place de consultations préventives et de soin dédiées aux médecins, a pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population médicale. On peut donc considérer INTER.MED comme une action de santé publique et le contenu de ce guide semblait donc particulièrement indiqué pour nous guider dans notre démarche d'évaluation.

Notre évaluation est une évaluation dynamique de type « rétroaction » qui modifient l'action au fur et à mesure de son déroulement.

Dans ce travail, treize consultations ont été évaluées de manière qualitative auprès des médecins qui ont consulté INTER.MED et qui sont volontaires pour accepter un entretien semi dirigé avec la thésarde.

Une analyse thématique des verbatim a été effectuée :

### **Principaux résultats :**

Lieu de consultation adapté et bien conçu pour ce genre de consultation : facilement identifiable, peu éloigné, neuf, agréable et neutre.

Accueil chaleureux de la part de la secrétaire, sentiment d'être un peu privilégié.

Durée de la consultation adaptée : temps nécessaire pour se mettre dans la peau du patient, temps nécessaire pour être en confiance, temps nécessaire pour aborder les problèmes psy.

La totalité des médecins ont été rassurés quant à la confidentialité de la consultation.

Un médecin a émis un doute sur l'indépendance de la structure par rapport à l'ordre des médecins car les deux médecins de l'association sont conseillers ordinaires.

Un médecin était mécontent de connaître un médecin de l'association avec lequel il n'avait pas d'atome crochu.

Pour les autres le fait de connaître le médecin ne posait pas de problème majeur.

L'ensemble des médecins interrogés se sont sentis à l'aise au cours de la consultation et ont été satisfaits de son contenu et du professionnalisme des médecins consultants qui ont su créer un climat de confiance, trouver la bonne place durant l'entretien en soulignant leur grande capacité d'écoute.

Il semblait très utile à plusieurs médecins que le médecin de l'association puisse prescrire dans le cadre de la consultation. L'objectivité du médecin confirme la pertinence de la prescription. La prescription par un autre médecin motive à la réalisation des examens.

Le contenu de la consultation était donc adapté à la demande du médecin

Un contenu qui se rapproche de celui d'une consultation de médecine générale, mais adaptée aux médecins.

Une prise en charge globale.

Un autre médecin a noté que cette organisation de la consultation était judicieuse car elle permettait d'évoquer en premier lieu des informations médicales objectives peu chargées émotionnellement, pour arriver, une fois une relation de confiance instaurée, à des sujets plus personnels.

Enfin, deux médecins ont souligné que lors de cette consultation, le médecin était impliqué dans les décisions de prise en charge.

Dans le cadre du démarrage de l'association et des premières consultations, aucun examen complémentaire n'a été réalisé sur place.

La majorité des médecins souhaitaient que des examens complémentaires soient prescrits en fonction des éléments retrouvés lors de la consultation

Pour tous les médecins ayant consulté, la dimension psychologique a été évoquée au cours de la consultation. Pour la plupart il s'agissait seulement d'un dépistage, pour certains il s'agissait d'une vraie prise en charge.

Au-delà de la dimension psychologique à proprement parler, plusieurs médecins ont apprécié de pouvoir simplement discuter de sujets variés qui leur posaient question.

La vie professionnelle des médecins a également été évoquée lors des consultations. Les médecins ont ressenti que ce sujet avait une place importante au sein de la consultation.

Certains médecins ont remarqué et apprécié que la dimension personnelle et familiale soit aussi prise en compte dans la consultation.

Plusieurs médecins ont souligné que la création d'INTER.MED venait pallier un manque dans la prise en charge des médecins.

Certains médecins ont évoqué le sentiment de bien-être, de soin de leur personne que leur avait procuré la consultation.

Plusieurs médecins qui n'exprimaient pas de souci de santé particulier, ont évoqué l'intérêt de la démarche préventive, qui leur a apporté plus de bénéfice qu'ils ne l'auraient supposé a priori étant donné leur bon état de santé.

Certains médecins ont noté l'intérêt de la dimension somatique de la consultation pour laquelle ils n'avaient pas pris le temps de consulter ou de se prescrire eux-mêmes des examens complémentaires.

Plusieurs médecins ont exprimé qu'ils avaient apprécié d'avoir cette possibilité de discuter avec un confrère, de partager sur des sujets variés. Cette discussion avait été pour eux une opportunité intéressante de bénéficier de conseil ou de prendre du recul sur des situations.

Certains médecins ont aussi relevé la pertinence de l'analyse des conditions de travail au cours de la consultation pour plusieurs raisons :

- En dehors des consultations INER.MED, ils n'avaient jamais eu l'occasion d'aborder ce sujet avec un confrère.

- Un médecin remplaçant a souligné que c'est un sujet difficile à évoquer avec les médecins remplacés car cela peut-être une forme de critique de leur manière de travailler.

La majorité des médecins ont relevé qu'ils avaient trouvé particulièrement intéressant de bénéficier du regard d'une personne extérieure sur leur état de santé et leurs comportements de santé. En effet, ce regard extérieur était porteur d'une objectivité qu'ils ne pouvaient porter sur eux-mêmes.

Un médecin remarquait que cette objectivité donnait de la valeur aux paroles et aux prescriptions du médecin de l'association

Les trois médecins qui ont consulté pour une aide à la gestion d'un problème précis ont été satisfaits de la prise en charge proposée par le médecin de l'association.

La grande majorité des médecins interrogés serait intéressée de renouveler une consultation auprès de l'association INTER.MED

Des médecins ont noté qu'il était important de pouvoir consulter de manière intercurrente en cas de souci.

Beaucoup de médecins ont insisté sur l'importance d'inciter à venir consulter.

L'ensemble des médecins interrogés (13/13) conseillerait à leurs confrères de s'adresser à l'association pour la prise en charge de leur santé.

Accentuer la communication.

### **Discussion :**

Les médecins ayant consulté dans le cadre de l'association INTER.MED sont satisfaits.

Il semble que l'approche centrée sur la personne médecin par un confrère ayant la même pratique dans un lieu dédié ait toute sa pertinence.

Une approche progressive, après un temps nécessaire à l'établissement d'une « alliance thérapeutique » avant l'abord de problèmes plus personnels est appréciée.

Néanmoins il devient urgent de recruter un médecin d'expérience moins impliqué notamment à l'ordre des médecins afin de rassurer complètement sur l'indépendance de l'association.

Il devient nécessaire de développer une communication efficace pour développer nos consultations.

## Conclusion :

Notre but étant de consulter dans le cadre préventif nous constatons que nous consultons trop souvent quand la pathologie est là.

Notre questionnement du début est toujours présent : comment développer une culture de prévention chez les médecins ?

Pour que les médecins « bien portants » viennent consulter et surtout reviennent.

Pour avoir une culture de la prévention et du « prendre soin de soi » il faut commencer tôt et dès la formation initiale.

De ma place d'universitaire en médecine générale j'ai constaté une réelle souffrance chez les internes. Il n'est pas rare à la fin des cours aux internes ou lors des GEPT (groupe d'échanges de pratiques tutorés) que cette souffrance s'exprime.

De nombreuses études, notamment au travers de thèses d'exercices, viennent renforcer cette réflexion (13)(14)(15).

La consommation d'alcool chez les internes est 2 à 5 fois supérieure à celle d'une population de jeunes du même âge, 36,8% ont pensé arrêter leurs études (12).

Le conseil national de l'ordre des médecins a mené une enquête auprès de 7858 internes et retrouve un état de santé préoccupant (bulletin national de l'ordre des médecins sept/oct 2016.)

Les solutions proposées aujourd'hui, tutorat, médecine préventive universitaire, médecine du travail, sensibilisation des équipes pédagogiques, ne semblent pas suffisantes et organisées pour répondre aux attentes des internes.

Dans leur travail de thèse d'exercice M.Boutellier et D Cordonnier (11) mettent en évidence un certain nombre de déterminants de la souffrance des internes dont les principaux sont les suivants :

Découverte de la « *non toute puissance du médecin* », difficulté à accepter l'échec.

Manque de confiance en soi.

Absence d'un moyen de « *décharge émotionnelle* »

Nécessité de débriefer.

Le poids de l'erreur médicale.

Trouver sa place à chaque nouveau stage nécessité de « *reprover ses compétences* »

Difficulté dans la relation médecin patient

Confrontation aux situations difficiles (fin de vie, décès d'enfants, suicide d'un patient...) « *se blinder en restant empathique* »

Manque de reconnaissance, des séniors, de la société, des proches.

Les internes se trouvent dans l'impossibilité d'exprimer leur souffrance et en ressentent de l'injustice.

Les contraintes organisationnelles sont mises en évidence, les horaires à rallonge, l'éloignement géographique, changement de stage tous les 6 mois, sentiment de repartir à zéro tous les 6 mois, absence de remplaçant si arrêt de travail.

Contraintes institutionnelles : « *voir un maximum de malades, les soigner en moins de temps possible avec le moins d'effets secondaires avec le moins d'argent possible* »

Conception des stages : encadrement parfois non disponible ou non coopérant avec, parfois, des exigences avec une discordance entre les attentes du sénior et les compétences de l'interne qui est encore un apprenant : « *comment tu ne sais pas ça ... c'est inadmissible* »

Les internes déplorent une absence de suivi personnalisé au cours de leur cursus et le manque de soutien.

Sentiment d'études tunnel où les reconversions sont difficiles à envisager.

Transition brutale de l'externat à l'internat : « *Passage de rien à tout* »

Impact sur la vie privée : Addiction, le changement de stage tous les six mois est vécu comme un déracinement répétitif, ne pas sortir ou ne pas rentrer le week-end pour bosser, problème dans le couple.

Fort de ce constat en tant qu'enseignant au département de médecine générale de la faculté de Montpellier Nîmes, j'ai pris en charge l'organisation d'une journée entière, en juin 2017, pour l'ensembles des internes du DES médecine générale dont le thème sera : « Prendre soin de soi » au cours de cette journée optionnelle les internes s'inscriront à divers ateliers (relaxation, activité physique, méditation, gestion du stress, gestion des conflits, sentiment d'être prêt à exercer...) Une à deux plénières courtes plus conceptualisantes sont en cours de conception et compléterons cette journée.

63,8% des internes n'ont pas rencontré de médecin dans le cadre de la médecine du travail ou universitaire au cours des deux dernières années (enquête CNOM sept/oct 2016), présenter notre association INTER.MED à chaque rentrée universitaire à l'ensembles des internes, dont les consultations sont assurées par des médecins qui sont aussi des enseignants au fait de leurs préoccupations, nous semblent indispensable.

La mise en place d'un port folio tutoré à la rentrée 2016 va dans le sens d'un suivi personnalisé au cours du DES de médecine générale.

Avoir comme axe de recherche et de pédagogie, l'approche centrée patient, au département de médecine générale de Montpellier Nîmes va dans le sens du développement d'une compétence nécessaire et qui semble faire défaut aux internes interrogés dans les différentes études et être un des facteurs de prévention de l'épuisement des apprenants.

En octobre 2016, à la fin d'un cours que j'animais avec deux confrères enseignants, en amphitheâtre (160 étudiants de DFASM2 ex 5<sup>e</sup> année) sur la place des soins primaires dans le système de soins, comme à l'accoutumée un certain nombre d'étudiants se sont attardés avec nous pour échanger des réflexions à propos de ce cours. Au décours de cette conversation informelle, un des enseignants a soulevé le fait qu'il lui semblait regrettable que un certain nombre d'étudiants était, au cours de cet enseignement, plus à travailler sur leur tablette qu'à écouter activement l'enseignement.

C'est alors qu'un étudiante c'est effondrée en larmes en nous disant entre autre : « *vous ne pouvez pas comprendre la pression qu'on subit avec l'ECN, c'est une compétition entre nous* » « *dans les services on nous met la pression : ah bon tu ne sais pas ça, tu es nulle..* »

Un autre étudiant a surenchéri : « *dans les services on passe après l'ash...* »

Je pourrai rapporter encore de nombreux témoignage allant dans le sens d'une souffrance également des externes.

Un travail de thèse avec une étudiante, que je dirige, sur le ressenti de la place de l'étudiant en médecine de second cycle dans les services du CHU est en cours.

Ainsi pour conclure notre travail :

La littérature, les études que nous avons menées nous conforte dans notre démarche de médecine préventive tournée vers nos confrères.

Une attention toute particulière doit être tournée vers les internes en médecine et probablement vers l'ensemble des étudiants en médecine pour prendre en charge leur souffrance et participer à la lutte contre les déterminants de stress.

Pour nous permettre de pérenniser et développer notre action il devient urgent de trouver des financements.

Nous entamerons des démarches auprès du Conseil National de l'Ordre des médecins, les URPS d'Occitanie et auprès de l'ARS.

## Bibliographie :

1. THIBAUT M. Traité d'anthropologie. Le médecin malade. 1985.
2. KUNTZ A. La santé des médecins libéraux en Haute-Normandie: analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2011
3. LEOPOLD Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des médecins. 2003
4. GALAM E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. [Internet]. Ile de France: Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France; 2007 juin. Disponible sur:  
[https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/R\\_BurnOut\\_0707.pdf](https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/R_BurnOut_0707.pdf)
5. ROUSSEAU S. Photographie de l'état de santé et du suivi médical des médecins généralistes de l'Hérault [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Faculté de médecine; 2012.
6. CARMF. La CARMF en 2015 [Internet]. Disponible sur:  
[http://www.carmf.fr/doc/documents/la\\_carmf/la-carmf-en-2015.pdf](http://www.carmf.fr/doc/documents/la_carmf/la-carmf-en-2015.pdf)
7. PAILLE P, MUCCHIELLI A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Troisième édition. Editions Armand Colin; 2013. (Collection U).
8. GRAU COPPIETERS F. Etude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc Roussillon . [Montpellier Nîmes,France] : Faculté de médecine;2012
9. PROUVOST A . Modélisation, organisation et évaluation qualitative de consultations médicales dédiées aux médecins : création et suivi de l'association INTER.MED soutenue le 16 novembre 2016, faculté de médecine [Montpellier Nîmes, France]:Faculté de médecine;2016
10. ANDEM - Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. Evaluation d'une action de santé publique : recommandations.
11. M Boutellier et D Cordonnier Chiron. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes.[Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Faculté de Médecine ; 2013
12. ERNST M. Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. [Thèse d'exercice]. Strasbourg, France : Université de Strasbourg; 2009.
13. BARBARIN B. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes en médecine générale. Exercer. 2012(101):72-78.
14. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training : a cross- sectional study. Br. J. Gen. Pract. 1 mars 2013;63(608):217-224.
15. Séjourné A, Denis-Delpierre N, Boudoukha A-H. Souffrances psychologiques chez les internes : vulnérabilités et préconisations. [Thèse d'exercice]. Nantes, France; 2012.

Introduction :

Ce travail vient à la suite de la réflexion amorcée plus haut sur la pertinence d'une action préventive en santé des soignants.

Des études et observations régulières montrent que le professionnel de santé ne présente pas toujours un état de santé lui permettant de s'occuper de la santé du patient de manière efficace et professionnelle.

Notre expérience de conseiller de l'Ordre départemental des Médecins nous a fait découvrir des situations dramatiques dans lesquelles pouvaient se retrouver des médecins en exercice.

Cette expérience nous a conduit à mettre en place avec le Docteur Marc GARCIA une consultation dite de médecine préventive à l'intention des médecins dans un premier temps (cf première partie du mémoire sur l'association Inter.Med).

Cette consultation a fait l'objet d'un travail préparatoire comme expliqué plus haut. Ce travail s'appuyait sur l'étude menée par Fanny GRAU-COPPIETERS (4).

Cette consultation a débuté il y a plus d'une année.

L'évaluation de cette mise en place a fait l'objet d'une thèse (Aurélié Prouvost) (6) qui a été soutenue le 16 novembre 2016 à Montpellier.

Une première constatation est que cette consultation a concerné autant des médecins en bonne santé que des médecins présentant un ennui de santé à ce moment-là.

Certes il s'agit plutôt d'un retour d'expérience.

Mais on voit là une première difficulté dans la démarche de prévention que nous avons entreprise.

Le terme est impropre puisqu'il s'agit en réalité d'une démarche éducative qui vise, dans notre étude, à promouvoir la santé des soignants et des médecins en particulier.

Brigitte SANDRIN-BERTHON (1) explique ainsi la démarche éducative:

"Aider un patient à prendre soin de lui-même ne repose pas que sur des objectifs pédagogiques et des activités d'apprentissage. (...) Le terme de **bilan éducatif partagé** correspond mieux au travail que les soignants ont à entreprendre avec les patients dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique : il s'agit, à chaque rencontre, d'évaluer avec le patient où il en est, puis de convenir de ce qui pourrait éventuellement l'aider à mieux prendre soin de lui."

En continuant la réflexion, cela repose, toujours selon Brigitte Sandrin-Berthon, sur le diagnostic éducatif qui est la première étape de la démarche d'éducation. Il permet ainsi:

- d'appréhender différents aspects de la **personnalité** du patient,
- d'identifier ses **besoins**,
- d'évaluer ses **potentialités**,
- de prendre en compte ses **demandes**  
dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé

Il est vrai que ce diagnostic éducatif est le plus souvent utilisé dans une démarche d'éducation thérapeutique du patient.

Mais rien n'empêche de l'appliquer à notre démarche.

Si l'on reprend le travail de Fanny GRAU-COPPIETERS (4), nous avons identifié les besoins et pris en compte les demandes du patient, en l'occurrence les médecins généralistes de son étude. C'est ainsi que s'est créée cette consultation.

Avec cette consultation nous proposons au médecin d'appréhender les différents aspects de sa personnalité et d'évaluer (ou plus précisément de l'aider à auto-évaluer) ses potentialités.

Des médecins sont venus car ils recherchaient un lieu de parole et d'écoute. D'autres sont venus par connaissance et pour jouer le jeu.

On a constaté aussi une demande émanant d'internes en difficulté ou non qui par le bouche à oreille, ont sollicité une consultation. Il faut dire que cette demande arrivait dans un contexte de situations dramatiques vécues par des internes dont les médias s'étaient faits l'écho.

En résumé, il y a eu des consultations que l'on peut qualifier de préventive et d'autres qui concernaient un problème de soins.

La consultation telle qu'elle est pratiquée semble bien correspondre à un besoin émanant des médecins ou internes.

La difficulté actuelle semble donc non pas la consultation elle-même mais l'intérêt des médecins pour ce genre de consultation.

Sur le plan de la communication, la mise en place de cette consultation a été faite auprès des médecins par voie électronique.

Cette information a été relayée par la presse et la télévision locales.

Elle est faite également lors de l'inscription d'un confrère au tableau de l'Ordre. Au cours de cet entretien il est remis au médecin une fiche informative sur l'association.

Une relance téléphonique personnalisée a permis d'intéresser quelques médecins. Mais cette méthode est très chronophage.

En résumé la consultation proprement dite paraît correspondre à une demande et un besoin des médecins.

Aurélié PROUVOST (6) a fait sa thèse sur le sujet :

« Une analyse de la littérature a permis d'établir un cahier des charges exprimant les attentes des médecins sur leur prise en charge. Les consultations ont répondu à la grande majorité des critères du cahier des charges, que ce soit en terme d'organisation, de contenu ou concernant le médecin-soignant. Ceci confirme la pertinence de la prise en charge proposée. L'efficacité de l'association semble également prometteuse au vu des commentaires très positifs des médecins-patients que ce soit dans des démarches de soin ou de prévention. ... En conclusion le concept développé par INTER.MED semble donc pertinent et efficace, utile et acceptable pour les médecins. L'objectif est maintenant de développer l'activité de l'association. »

Mais si le besoin et la demande ne se faisaient pas sentir ?

En effet l'entrée dans le cercle vertueux de la démarche éducative et du changement de comportement ne va pas de soi.

D'autant que le médecin ne s'estime pas en si mauvaise santé.

La thèse de Fanny WECKERLE (8) en donne une illustration :

« Les moyennes des scores montrent que la qualité de vie des médecins est bonne, d'après les médecins et d'après les conjoints, dans tous les domaines quel que soit l'âge du conjoint, sauf pour les scores moyens de douleur des médecins qui sont plus élevés d'après les conjoints de 45- 54ans. »

A partir de ce constat synthétique, il a été mené une réflexion sur la manière de mieux sensibiliser les médecins à leur santé.

L'idée a été de mettre en place une autre forme de communication aux médecins en restant toujours dans le même positionnement.

Ce que l'on peut résumer de la manière suivante :

Comment promouvoir la santé au sein d'une communauté médicale qui n'éprouve pas la nécessité de prendre soin de la sienne ?

Hypothèse :

On sait qu'en matière de promotion de la santé, l'un des objectifs à atteindre est d'impliquer le patient dans la démarche entreprise.

Dans son exercice quotidien le médecin généraliste est soumis à toutes sortes de pressions plus ou moins bien gérées : surcharge de travail, demandes de la part des patients, gestion du temps, demandes et tracasseries médico-administratives, ... Et sans parler des situations dramatiques que le médecin est appelé à traiter.

Les demandes sont donc très diverses et les réponses apportées sont plus ou moins bien adaptées tout simplement selon l'état dans lequel se trouve le médecin.

Ce sont des situations quotidiennes qui apparaissent somme toute assez banales et qui en se répétant pourraient conduire à un épuisement professionnel.

Serge MARQUIS (5), médecin du travail au Québec, explique dans son dernier livre que chaque matin la tendance naturelle est, après une période veille, de relancer la machine, comme on relance un ordinateur : relever ses messages, se tenir au courant, ...

Et tel un hamster qui rentre dans sa roue, nous faisons tourner celle de notre travail.

Le Docteur Marquis nous encourage aussi à prendre de la distance par rapport à notre « hamster intérieur », à développer notre capacité à être « présent » à soi et aux autres et à créer. Donc avoir tout un projet de vie.

Le milieu de travail est donc un facteur de stress déterminant.

Et le médecin généraliste en est un exemple, d'autant plus « pressant » que son travail est essentiellement mental et peu physique.

Et tout cela sans compter les situations de harcèlement moral que l'on pourrait subir.

A travers un récit autobiographique de harcèlement au travail, Annabelle BOISSIER (2) en fait une analyse ethnographique (cf annexe 2) qui permet de suivre la survenue de cet épuisement et d'en mesurer les répercussions.

Elle décrit ce phénomène du harcèlement avec la distance nécessaire et montre comment il s'installe insidieusement. L'analogie peut être faite avec les médecins qui vivent un syndrome d'épuisement professionnel : l'intéressé est le plus souvent la dernière personne à s'en rendre compte.

L'auteure explique aussi que l'écriture de son livre a eu pour elle une vertu thérapeutique. Le fait de pouvoir parler de son vécu au travail a été salvateur pour elle.

Nous ne pouvons pas tous écrire mais nous pouvons tous parler.

Et sans remettre tout en question il est aussi possible d'apporter une aide qui permette cette prise de distance.

Il existe par exemple des méthodes de gestion du stress, des exercices de relaxation faciles à mettre en œuvre et demandant un temps d'apprentissage réduit (cf deuxième partie du mémoire où Philippe Wüthrich expose ces méthodes).

Nous avons donc émis l'hypothèse que proposer à des médecins de participer à une réunion d'information/formation serait un moyen de les sensibiliser à prendre en compte leur propre santé et permettrait ainsi de diffuser un message de prévention.

Participer à une réunion de groupe serait un moyen de mettre des médecins en confiance en leur proposant un modèle qu'ils connaissent, tout au moins pour ceux qui font de la formation continue en groupe. Proposer une dynamique à des médecins volontaires bien entendu, qui leur permette d'aborder un changement de comportement par rapport à leur santé.

Autre élément que nous avons voulu intégrer dans notre démarche, c'est la sollicitation que nous avons eue de la part des internes. Sensibiliser à une démarche préventive des médecins en formation avant leur « installation » nous semblait opportun. Le retour que nous avons à l'occasion de Groupes d'Echange de Pratiques Tutorés (GEPT) montre que les Internes en Médecine Générale ne sont pas exempts des pressions rencontrées dans le monde de la Santé.

Méthode :

Pour répondre à la question initiale, nous avons construit une soirée de formation sur le thème de la gestion du stress.

Compte-tenu de notre expérience avec l'association Inter.Med, nous avons choisi de faire une réunion test auprès de médecins généralistes maitres de stage en conviant également l'interne en stage chez eux.

Nous touchions ainsi deux populations qui nous avait sollicités.

Et il nous semblait en effet intéressant d'associer les générations afin d'enrichir les échanges et aussi de sensibiliser les plus jeunes à l'importance de leur propre santé.

Nous avons défini ainsi des objectifs suivants :

- expérimenter des méthodes de gestion du stress
- sensibiliser des médecins installés ou en formation à la prise en compte de leur santé.

La soirée a été conçue de la manière suivante :

Introduction :

soirée-test dans le cadre de l'action d'Inter.Med. 10 mn

Présentation en binôme :

Un binôme est constitué d'un médecin et d'un interne. Nous avons pris soin de ne pas mettre ensemble un MSU et un IMG.

Après un temps d'échange chacun présente l'autre. Il a été demandé d'axer la présentation de la personne, sur les attentes en matière de santé et/ou ce que le médecin ou l'interne mettait en place pour sa santé.

Tour de table. 30 mn

Expérimentation d'un premier exercice : l'expert conduit l'atelier. 30mn

Expérimentation d'un deuxième exercice : l'expert conduit l'atelier. 30 mn

Conclusion : tour de table sur le vécu et les perspectives. 20 mn

Résultats :

La soirée-test a été réalisée le mardi 27 septembre dernier.

Une vingtaine de maitres de stage avaient été sollicités, eux et leurs internes.

8 étaient présents et seulement 4 Internes en Médecine Générale.

La présentation en binôme a été appréciée par les participants. Le tour de table a permis à chacune et à chacun d'exposer des difficultés dues à l'exercice professionnel.

Le premier atelier a permis d'expérimenter un exercice de relaxation classique de type Jacobson. L'exercice a été complet. Cela demande presque une demi-heure et peut se concevoir en fin de journée d'où le terme de « relaxation-récupération ». Ce qui est intéressant dans cet exercice c'est qu'il peut être, en n'en faisant qu'une partie, utilisé à chaque moment de stress reconnu dans la journée ce qui diminue globalement le stress accumulé dans la journée.

Le deuxième exercice était plus orienté méditation. Il est rapide appelé « espace de respiration » apprentissage 9 à 10 minutes , réalisation pour soi en 3 à 4 minutes

Si certains connaissaient déjà des exercices de relaxation, tous ont apprécié la réalisation de ces exercices pendant la soirée.

Mais c'est surtout la discussion libre en fin de soirée qui a apporté des informations.

D'abord avoir un lieu de parole pour exprimer son ressenti par rapport à son activité professionnelle est jugé utile par les participants et indispensable aussi pour certains.

D'autres signalent l'importance de reconnaître la succession des « petits » stress quotidiens et y remédier. Un cabinet de groupe (3 personnes) a ainsi instauré une soirée une fois par semaine pour faire une sorte de « nettoyage » professionnel. C'est l'occasion pour eux de faire des exercices de relaxation.

Les participants « médecins installés » ont demandé à ce qu'il y ait une suite à cette soirée.

Mais aussi un constat étonnant : les internes présents ne se sentaient pas vraiment concernés, d'après leurs dires, par la mise en place de mesures dites préventives. Ils s'estimaient assez bien protégés contre le stress par leur mode de vie personnel (par exemple : moments de détente entre amis). Ils se sentent aussi assez déterminés à un mettre en place un exercice professionnel qui les préservera. Ressenti ou réalité qu'il conviendrait peut-être de suivre ?

Réflexion qui nous a surpris, en tant qu'instigateur d'Inter.Med et qui mérite d'être entendue. Cela traduit-il que la notion d'une santé infaillible s'installe très tôt dans la vie professionnelle d'un soignant ? C'est une question à suivre.

Conclusion :

On peut retenir qu'une complémentarité peut ou doit être développée entre la réunion de groupes et la consultation individuelle proposée par Inter.Med de manière à inciter le soignant à regarder sa santé personnelle.

En effet dans un premier temps, l'approche en groupe de sa santé est un moyen d'un abord plus facile et plus incitatif pour des médecins en exercice (comparaison avec le modèle de la formation continue).

Toutefois la prise de parole en groupe pourrait être vécue comme un frein éventuel à l'expression personnelle mais cela n'a pas été le cas notre réunion-test.

Cela nous conduit à reconnaître que l'implication personnelle est nécessairement différente dans l'intimité d'une consultation dédiée de celle qui est vécue au sein d'une dynamique de groupe.

Cela représente deux aspects à associer d'une démarche de promotion de la santé.

Perspectives pour Inter.Med:

Une première possibilité est de continuer à développer ce type de réunion afin de toucher plus de médecins et de continuer ainsi à promouvoir la santé des soignants.

Dans cette perspective, j'ai eu la possibilité d'accompagner une interne dans son travail de thèse sur le bien être santé vu par le médecin et vu par sa ou son conjoint (Fanny WECKERLE, Thèse Octobre 2016, Montpellier)

Cette étudiante a fait une enquête de type quantitatif à l'aide de l'auto-questionnaire de Dukes, test de qualité de vie validé (cf Annexe 1), enquête qui a permis de montrer qu'il n'y avait pas de différence d'appréciation entre le médecin et son entourage quant à sa qualité de vie en santé. Certes l'enquête est limitée mais donne déjà une tendance qu'il faudrait préciser.

D'où l'idée d'intégrer ce questionnaire dans la consultation proposée par Inter.Med : en préambule à la consultation le médecin ferait son autoévaluation qui pourrait être ensuite analysée avec lui.

Perspective personnelle :

Une possibilité m'est offerte personnellement d'élargir la diffusion de la promotion de sa santé personnelle à d'autres soignants.

En effet je viens de prendre un poste de médecin-coordonnateur en EHPAD et l'équipe soignante est en demande d'un soutien par rapport aux situations rencontrées.

C'est une occasion d'expérimenter ce qui a été apporté pendant le DIU, concernant le travail d'équipe. La démarche participative (3) que j'ai découverte semble particulièrement indiquée dans ma nouvelle fonction, d'autant que l'IDEC (Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice) qui est en charge des ressources humaines de l'équipe soignante, y est favorable.

Mettre en pratique la reconnaissance du travail effectué par les membres de l'équipe, le respect de la parole partagée, la responsabilité donnée à chacun et à chacun

Inscrire une démarche préventive dans une dimension collective :  
voilà un défi personnel qui me donne l'occasion d'appliquer simplement l'apport de ce DIU.

## Bibliographie :

- 1- SANDRIN-BERTHON Brigitte, (2010), [Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ?](#) *Médecine des maladies Métaboliques*, 4(1):387-43.
- 2- BOISSIER Annabelle, (2016), « L'intimité d'un conflit : Récit Ethno-biographique d'un harcèlement moral » Editions L'Harmattan Logiques Sociales 2016, ISBN : 978-2-343-10138-5
- 3- COLLOMBAT Joël, « Pour un travail soigné dans une démarche participative » Editions Denat
- 4- GRAU COPPIETERS Fanny, (2012), « Etude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du LR » Thèse Montpellier-Nîmes
- 5- MARQUIS Serge, (2016), « On est foutu, on pense trop. Comment se libérer de Pensouillard le hamster » Editions Points
- 6- PROUVOST Aurélie, (2016), « Modélisation, organisation et évaluation qualitative de consultations médicales dédiées aux médecins : création et suivi de l'association Inter.Med » Thèse Montpellier-Nîmes
- 7- ROGERS Carl Ransom: « L'approche centrée sur la personne » Editions Randin  
« Les groupes de rencontre » InterÉditions
- 8- WECKERLE Fanny, (2016), « Etude quantitative comparative de l'évaluation de la qualité de vie des médecins généralistes du Gard et de la Lozère : évaluation par le médecin versus évaluation par son conjoint » Thèse Montpellier-Nîmes

ANNEXE : Questionnaire de Duke

**.. QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE (ECHELLE DE DUKE)**

**1 - Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

☐<sub>1</sub> Excellente      ☐<sub>2</sub> Très bonne      ☐<sub>3</sub> Bonne      ☐<sub>4</sub> Médiocre      ☐<sub>5</sub> Mauvaise

**Les questions suivantes cherchent à décrire votre santé telle que vous la ressentez :**

	Oui, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non, ce n'est pas mon cas
<b>2-</b> Je me trouve bien comme je suis	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>3-</b> Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>4-</b> Au fond, je suis bien portant	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>5-</b> Je me décourage trop facilement	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>6-</b> J'ai du mal à me concentrer	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>7-</b> Je suis contente(e) de ma vie de famille	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>8-</b> Je suis à l'aise avec les autres	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>

**AUJOURD'HUI**

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
<b>9-</b> Vous auriez du mal à monter un étage	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>10-</b> Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>

**AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS**

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
<b>11-</b> Vous avez eu des problèmes de sommeil	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>12-</b> Vous avez eu des douleurs quelque part	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>13-</b> Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>14-</b> Vous avez été triste et déprimé(e)	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>15-</b> Vous avez été tendu(e) et nerveux (se)	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>16-</b> Vous avez rencontré des parents ou des amis (conversation, visite...)	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>
<b>17-</b> Vous avez eu des activités de groupe (réunions, activités religieuses, association, etc...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées, etc...)	☐ <sub>1</sub>	☐ <sub>2</sub>	☐ <sub>3</sub>

## AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS

	Pas du tout	Oui, 1 à 4 jours	Oui, 5 à 7 jours
18- Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident...)	e 1	e 2	e 3

### ANNEXE 2 :

#### Quelques définitions :

L'anthropologie est la branche des sciences qui étudie l'être humain sous tous ses aspects, à la fois physiques (anatomiques, morphologiques, physiologiques, évolutifs, etc.) et culturels (socio-religieux, psychologiques, géographiques, etc.). Elle tend à définir l'humanité en faisant une synthèse des différentes sciences humaines et naturelles.

L'ethnologie (ou anthropologie sociale et culturelle) est une science humaine qui relève de l'anthropologie et qui est connexe à la sociologie, et dont l'objet est l'étude comparative et explicative de l'ensemble des caractères sociaux et culturels des groupes humains d'ethnie « les plus manifestes comme les moins avou[é]s »

L'ethnographie est la science de l'anthropologie dont l'objet est l'étude descriptive et analytique, sur le terrain, des mœurs et des coutumes de populations déterminées.

Ethnologie et ethnographie sont deux démarches distinctes et qui ont été pensées comme des moments successifs par Claude Lévi-Strauss (qui y rajoutait l'anthropologie):

- l'ethnographie, de type pratique, enregistre l'organisation d'une société ;
- l'ethnologie, de type plus formel et réflexif, établit à partir de ces descriptions les lignes générales de structure et d'évolution de cette société ;
- l'anthropologie serait alors une méta-analyse de dimension comparatiste entre différentes sociétés ethnographiées (sur une thématique précise cependant).

« Les médecins présentent des vulnérabilités bien spécifiques et sont au moins sinon plus à risque de présenter des problèmes de santé mentale que la population générale. Que ce soit le fait de prédispositions personnelles ou des conditions actuelles de pratique, la question est toujours sujette au débat, mais la réponse réside probablement dans la combinaison des deux facteurs » [1].

#### Le but du type de soirée organisée par l'association InterMED:

Informé et sensibiliser les internes et leurs maîtres de stage sur des techniques et à travers elles, la nécessité d'en savoir plus sur la gestion du stress.

En un temps relativement court il fallait faire au moins deux exercices qui soient représentatifs de ce qu'un médecin peut utiliser pour diminuer l'impact des stressés de son quotidien.

Donner un exemple de pratique de « méditation rapide » suivi d'un exercice de relaxation de type Jacobson.

#### POURQUOI AVOIR CHOISI CES DEUX EXERCICES POUR CETTE SOIRÉE ?

##### L'espace de respiration :

Il est enseigné dans les approches telles que le MBSR et le MBCT.

Il s'agit d'un exercice simple, efficace et rapide à apprendre.

Quand le mettre en pratique ?

Entre deux patients, pendant 3 minutes, afin que le ressenti et le vécu perçu lors d'un entretien difficile, chargé émotionnellement, ne soit plus présent lors de la rencontre avec le patient suivant.

Cet exercice rentre dans le cadre de l'apprentissage du MBSR, approche développée par John Kabat Zinn au MIT et qui est reconnue comme efficace dans le traitement et la prévention du burnout [2].

##### La relaxation de type Jacobson :

Il s'agit d'un exercice plus long d'une vingtaine de minutes qui permet d'obtenir un état de détente important. L'apprentissage est nécessaire. Il nécessite une pratique régulière chez soi. On n'apprend pas la relaxation en situation de crise !!! On utilise une technique que l'on maîtrise bien lorsque la nécessité s'en fait sentir.

Deux mises en pratique au quotidien :

- **la relaxation « récupération »** à effectuer le soir en rentrant du cabinet, plutôt qu'un alcool, drogue ou autre psychotrope. Il s'agit de pratiquer l'exercice dans sa totalité, dans un endroit calme, lumière agréable en étant protégé de toute interruption. Il y a « récupération » de tout le stress accumulé dans la journée de travail.

Ce temps a un double avantage, celui d'une part d'être un sas entre vie professionnelle et vie familiale et d'autre part d'obtenir un état propice aux échanges pour la soirée qui débute. Autrement dit « je réalise que je suis chez moi, je me relaxe et, détendu je partage la soirée avec ma famille.... celle-ci n'a pas à bénéficier de mon stress de la journée »

- **la « relaxation minute »**... Il s'agit d'utiliser des fragments de l'exercice complet afin de diminuer instantanément le stress perçu tout au long de la journée. Contracter une partie du corps et la détendre est en fait la réactivation d'un

ancrage qui permet de retrouver une grande partie des sensations de détente procurée par une relaxation complète.

Un effet ajouté est le fait que, s'ils sont sensibilisés aux effets positifs de certaines techniques et de saines habitudes de vie pour eux-mêmes, les médecins auront tendance à en parler et à les présenter plus efficacement à leurs patients. Ils sont des références auprès de leur patientèle.

Une question se pose :

**Ce type de soirée est-il utile pour sensibiliser les futurs médecins à la gestion de leur stress ?**

Si le but est de faire une démonstration d'outils efficaces, je pense que oui.

Est ce suffisant ?

A mon avis non car **la gestion du quotidien professionnel nécessite un apprentissage plus complet et complexe.**

Relaxation et méditation... oui mais également affirmation de soi (notamment savoir dire « non »), compréhension de nos comportements et émotions grâce aux notions de schémas inadaptés précoces, gestion du temps etc.

En tant que médecin psychiatre ayant pendant ma carrière usé et peut être abusé des formations en psychothérapie, j'exerce dans le cadre de **la psychothérapie intégrative**, notamment la **thérapies des schémas**, à savoir un mode d'exercice non centré sur une seule approche mais bien au contraire ouvert sur plusieurs concepts et théories complémentaires allant de la psycho dynamique (notion de compulsion de répétition) en passant par hypnose, les thérapies cognitivo-comportementales et approche centrée sur la personne (focusing) .L'utilisation d'autres outils comme la PNL peut être faite quand cela est approprié.

Le fait d'exercer dans une petite ville comme Nîmes est à mon avis un atout puisque cela me permet d'être assez proche de certains médecins généralistes comme mes deux confrères avec qui je partage ce mémoire mais également d'un médecin du travail exerçant dans le cadre de l'association « MOTS » le Dr Loïc Solvignon qui m'accorde sa confiance pour certains confrères-patients.

Le challenge était donc de trouver les deux exercices lors de la soirée animée par mes deux collègues. Le choix m'est apparu évident pour cette soirée mais une excitation est advenue rapidement. En effet, d'après les lectures concernant la problématique des différents épuisements professionnels que les médecins pouvaient présenter (burnout, bore out, épuisement compassionnel, workholisme) suite à des conditions organisationnelles mais également personnelles, des perspectives de thème de soirées supplémentaires ont vu le jour.

Le coté organisationnel lié aux conditions de travail dépendant plus, selon moi, du médecin du travail et des collègues médecins généralistes, il était intéressant de voir le coté spécifique que je pouvais apporter à la prévention primaire dans le cadre de cette soirée mais aussi secondaire et tertiaire dans un autre cadre.

En ce qui concerne les approches préventives, des concepts nouveaux en médecine tels que satisfaction professionnelle, mieux être et résilience sont apparus. Parlons de **la Résilience**.

Selon Howe, la résilience est la capacité permettant aux individus de grandir malgré les difficultés [3].

Selon Epstein [4], c'est **la capacité à faire face au stress d'une façon plus saine, et ce à un coût physique et psychologique minimal.**

Pour développer cette résilience il existe des stratégies individuelles et des stratégies collectives.

Au niveau individuel :

Parlons d'abord des qualités associées à la résilience [4], [5], [6], [7], [8] :

- avoir une attitude saine vis à vis du travail
- être capable d'introspection
- reconnaître et accepter ses propres limites
- nourrir des intérêts autres que la médecine
- bien s'entourer personnellement et professionnellement
- tendre vers un meilleur équilibre entre travail et vie personnelle (work/life balance)
- trouver un sens au travail
- définir valeurs et priorités
- large éventail de ressources personnelles et d'intérêt
- avoir une bonne connaissance de soi
- avoir des attentes réalistes par rapport à soi-même et au travail
- ne pas ignorer la fatigue et l'irritabilité (signaux d'alarme)
- ne pas utiliser le déni ou l'évitement qui font perdre une opportunité d'apprentissage
- avoir de la flexibilité, créativité et trouver des solutions nouvelles

Comment développer certaines de ces qualités ? Peut-on avoir des thèmes de soirées qui le permettent ? Oui sans aucun doute, par exemple:

1) « **Découvrir ses valeurs et trouver un sens à notre vie professionnelle** » notamment avec le passage de l'inventaire des valeurs de Schwartz (14) suivi de la présentation de la notion de « flux » ou « expérience optimale » selon Csikszentmihalyi (15) .

D'après Jacques Lecomte (16) il y a **trois composantes majeures du sens de la vie .**

- la dimension affective et relationnelle
- la dimension cognitive ( pensées , croyances , interrogations sur soi et sur autrui, choix philosophiques , valeurs , spiritualité...)
- la dimension comportementale , notamment l'activité professionnelle

**Chacun de nous donne du sens à sa vie au travers de son Coeur, de son Cerveau et de sa Main.**

Les moments d'expérience optimale dans le cadre de l'activité professionnelle sont des expériences particulièrement enrichissantes pour l'individu, qui ont de la valeur en soi et qui surviennent lorsqu'un individu est profondément concentré sur une action difficile et importante à ses yeux.

Il y a sept caractéristiques :

- la tâche est réalisable mais constitue un défi et exige une aptitude particulière
- l'individu est très concentré sur ce qu'il fait car l'expérience est enrichissante en elle-même
- la cible visée est claire et l'activité en cours fournit une rétroaction immédiate ( une lueur d'espoir dans les yeux d'un patient )
- l'engagement de l'individu est profond et fait disparaître toute distraction ( concentration totale)

- la personne contrôle ses actions (sentiment parfaitement sain d'être capable de maîtriser des situations difficiles)
- la préoccupation de soi disparaît, mais, paradoxalement, le sens du soi se trouve renforcé à la suite de l'expérience optimale
- la perception du temps est altérée

En fait Csikszentmihalyi constate que nous expérimentons généralement plus souvent du flux lorsque nous sommes au travail qu'en période de loisir.

Il y a donc intérêt que les médecins prennent conscience des possibilités de flux dans leur vie professionnelle, s'en rendent compte lorsqu'elles arrivent et les renouvellent le plus souvent possible.

## 2) « **Meilleure compréhension de soi et développer des attentes réalistes** » grâce à la **thérapie des schémas** » (24), notamment insister sur les schémas « exigence élevée » et « abnégation »

- La thérapie des schémas est une thérapie intégrative qui fait intervenir des aspects de la thérapie cognitivo-comportementale, de la psychodynamique, de la théorie de l'attachement ( Bowlby) et de la gestalt. Elle est simple à comprendre, aussi bien pour les patients que pour les thérapeutes( 25). Elle est structurée et systématisée. La phase de diagnostic comprend l'administration de questionnaires qui évaluent les schémas et les stratégies d'adaptation. Le traitement est actif, directif, en vue du changement cognitif, émotionnel, interpersonnel et comportemental.
- L'approche des schémas est humaine et empreinte de compassion. Elle normalise, au lieu de pathologiser, les troubles psychologiques. Chacun d'entre nous a ses schémas, ses styles d'adaptation. Ceux-ci sont simplement plus extrêmes et plus rigides chez les patients. Il s'agit de remplacer des styles d'adaptation dysfonctionnels par d'autres plus sains, qui permettront à la personne de satisfaire leurs besoins affectifs fondamentaux.
- Parmi les 18 schémas décrits, il existe des schémas spécifiques qui semblent être assez répandus chez un grand nombre de médecins. Il s'agit des schémas « abnégation », « assujettissement » et « exigences élevées » ; ceux-ci sont, pour beaucoup, responsables d'une fâcheuse tendance de faire un burnout chez nos confrères.
- Reconnaître l'existence de nos schémas dans notre vie quotidienne ainsi qu'entrevoir les solutions alternatives à nos modes de pensée et d'action représentent plus de la moitié du processus thérapeutique. La thérapie émotionnelle et cognitive associée à des modifications comportementales feront le reste. Un travail sur les principales distorsions s'ajoute au processus.

## 3) « **La pleine conscience (mindfulness), une pratique d'introspection et de gestion du stress à la portée de tous** »

- Jon Kabat-Zinn (18) a donné le nom de MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) ou « Réduction du stress basée sur la pleine conscience » au programme qu'il développe à la clinique de réduction du stress du centre hospitalier du Massachusetts (M I T ) depuis 1979, devenue maintenant le CFM, Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society.
- Cette méthode a contribué largement à l'amélioration de la qualité de vie de nombreux patients. Plus de 5000 médecins et d'innombrables professionnels du soin de par le monde s'y réfèrent dans leur travail quotidien lorsqu'ils sont aux prises avec la souffrance humaine.

- Les participants aux programmes MBSR sont invités à apprendre à se mettre en contact avec sa capacité naturelle à tendre vers une meilleure santé, libre de toute anxiété. Seule la pratique permet d'y accéder.
- Elle est basée sur des pratiques de méditation connue sous le nom de Mindfulness, "Plaine Conscience". Il s'agit d'obtenir une claire conscience neutre, que l'on cultive en prêtant une attention particulière à l'instant présent..
- Celles-ci permettent de voir de plus en plus clairement les causes de la souffrance, d'observer notre réactivité, les désirs qui poussent à se conduire de façons dysfonctionnelles et irréfléchies ou sous le contrôle de nos exigences égocentrées.
- La méditation permet de voir qu'il est possible de sortir de ces automatismes et de mener une vie plus plus conforme à des valeurs enrichissantes.
- Structure du programme MBSR (19) et méthode (23):

Il s'agit d'un travail en groupe au cours duquel le participant s'engage à être présent à toutes les séances, à effectuer les pratiques quotidiennes ainsi qu'être présent à la journée de pleine conscience. Le programme s'étale sur 8 semaines avec des sessions de 2 h 30.

Chaque session MBSR comprend des pratiques méditatives formelles et des pratiques informelles. Le but est de prendre conscience du fonctionnement en pilotage automatique, de percevoir nos ruminations, nos émotions et nos sensations corporelles, nos encodages comportementaux. Chaque participant est encouragé à partager son expérience.

Ancré dans le courant de la médecine intégrative (corps/esprit réuni) le programme MBSR crée les conditions favorables à une orientation des pensées, des émotions, des agissements vers une meilleure santé physique ou mentale.

Ces programmes ont été mis en place auprès de médecins et trois principaux thèmes ont été rapportés par les participants (20):

- une réduction de l'isolement professionnel due au partage d'expériences personnelles de la pratique médicale avec des collègues
- une amélioration de la capacité à être attentif et à écouter profondément les problématiques des patients et à y répondre plus efficacement
- développement d'une plus grande ouverture à soi-même positif

de même que l'efficacité de la MBSR en formation continue dans la réduction et la prévention du burnout (22)

4) « **L'affirmation de soi : un outil pour être assertif, savoir dire non, faire des remarques en se respectant soi et en respectant l'autre et surtout apprendre à demander et à recevoir le soutien des autres** » (26) (27)(28) (29)

En participant à une dizaine de réunions, chaque participant apprendra à savoir dire « non » quand il veut dire « non », « oui » quand il veut dire « oui », faire une critique ( grâce au DESC), recevoir une critique , que celle-ci soit vague, justifiée ou injustifiée , faire une demande ( grâce au JEEPP) Un travail cognitif sur le soutien et la demande d'aide est inclus dans le programme.

Ces sessions peuvent être complétées par une réunion d'évaluation quelques mois plus tard et le thème « Gérer les confrères difficiles » peut être proposé.

5)« **La psychologie positive** : (17) **Une approche nouvelle pour le bien-être au travail** »

6)« **La résolution de problème** : **une démarche pour soi et pour notre groupe professionnel** »(30).

Huit modules d'un programme d'apprentissage à la résolution de problème. Apprendre les modèles du stress et de l'ajustement psychologique, ainsi que les processus d'autorégulation.

Il est possible, bien sur, de créer d'autres thèmes qui correspondraient aux besoins des internes et des professionnels de santé en faisant appel à des spécialistes qui ont une approche complémentaire. Ce qui est intéressant dans ce cas, ce sont les rencontres futures entre différents acteurs de développement de compétences nouvelles.

Par exemple : « **Développer la flexibilité psychologique grâce à ACT** » (Thérapie de l'acceptation et de l'engagement) [9].

Pour l'introspection et favoriser une meilleure connaissance de soi, il existe aussi d'autres approches qui ont fait leurs preuves, notamment :

- **les groupes Balint** [4](21) qui améliorent les capacités de communication et contribuent chez les participants au sentiment d'auto-accomplissement en tant que médecins.
- **la médecine narrative** [10]

Il semblerait que la combinaison de plusieurs méthodes soit prometteuse [11].

Cela correspond à **une évidence** car **aucune thérapie n'est universelle, chacune a ses limites et doit faire appel modestement à d'autres approches pour répondre le plus spécifiquement au besoin des patients.**

Quant aux stratégies collectives, communautaires et organisationnelles, mentionnons :

- l'approche PAR (Participatory Action Research) [12] : une organisation doit avoir la capacité d'identifier ses propres problèmes et de les résoudre
- la nécessité que les médecins apprennent à communiquer de manière efficace et respectueuse et à résoudre des problèmes en équipe [8]

- développer la confiance mutuelle et augmenter la force des liens entre les individus [3]
- la formation continue (10 personnes) qui permet de se tenir à jour, identifier ses propres lacunes, découvrir les pistes de solutions et surtout dans un environnement de confiance et de non-jugement pour développer des communautés de pratiques [13]

En conclusion :

**Sans surmédicaliser ou surpsychologiser les problèmes présentés par la noble fonction du métier de médecin, Il y a tout de même, matière à être inventif, créatif, flexible dans l'approche pour soigner les soignants.** Des pistes existent. À nous de les mettre en pratique.

**Le plus difficile, néanmoins, sera de convaincre les confrères de prendre du temps pour réfléchir sur leur fonctionnement.** La plupart sont dans l'urgent et important et négligent le non urgent et important, à savoir, la prévention or c'est par elle que la santé et l'efficacité des médecins passera.

La formation de la première année de ce DIU a apporté à mon avis un mieux être à chacun d'entre nous. Et oui, sans nous en rendre vraiment compte, nous faisons partie d'un petit groupe respectueux et à l'écoute les uns des autres unis dans un but précis avec des valeurs qui sont probablement partagées par chacun d'entre nous. C'est presque dommage qu'il n'y ait qu'une année !!!!

**Pour bien rentrer dans le cadre du DIU je ne peux m'empêcher de parler de mes propres schémas, à savoir : « abnégation » et « exigences élevées ».** Ceux-ci, notamment exigences élevées me forcent à ne jamais être satisfait de mon travail et à toujours rechercher plus. J'ai tendance à être exigeant envers moi-même et également envers les autres ...mais je me soigne... et bien que je pense que ce mémoire aurait pu être beaucoup plus fourni, j'ai décidé d'assumer le fait de clore ce travail malgré toutes ses imperfections...**prévention du Burnout oblige !!!**

## **Bibliographie:**

[1]. La santé des médecins. État des connaissances et approches préventives. Sandra ROMAN, M.D et Claude PRÉVOST, M.D.- Programme d'Aide aux Médecins du Québec, PAMQ 2015.

[2] « Au cœur de la tourmente, la pleine conscience » - Jon Kabat-Zinn - Ed. De Boeck.

[3]. Howe, A., A. Smajdor, and A. Stockl, Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Med Educ*, 2012. 46(4): p. 349-56.

[4]. Epstein, R.M. and M.S. Krasner, Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med*, 2013. 88(3): p. 301-3.

[5]. Jensen, P.M., et al., Building physician resilience. *Can Fam Physician*, 2008. 54(5): p. 722-9.

[6]. Shanafelt, T.D., Finding meaning, balance, and personal satisfaction in the practice of oncology. *J Support Oncol*, 2005. 3(2): p. 157-62, 164.

[7]. Zwack, J. and J. Schweitzer, If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med*, 2013. 88(3): p. 382-9.

[8]. Longenecker, R., T. Zink, and J. Florence, Teaching and learning resilience: building adaptive capacity for rural practice. A report and subsequent analysis of a workshop conducted at the Rural Medical Educators Conference, Savannah, Georgia, May 18, 2010. *J Rural Health*, 2012. 28(2): p. 122-7.

[9] « La thérapie de l'acceptation et de l'engagement, ACT » Jean-Louis Monestès et Matthieu Villatte – Ed. Elsevier Masson.

[10] Kearney, M.K., et al., Self-care of physicians caring for patients at the end of life: «Being connected... a key to my survival». *JAMA*, 2009. 301(11): p. 1155-64, E1.

[11] Krasner, M.S., et al., Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 2009. 302(12): p. 1284-93.

[12] Le Blanc, P.M., et al., Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *J Appl Psychol*, 2007. 92(1): p. 213-27.

[13]. Menard, L. and S. Ratnapalan, Teaching moment: reflection in medicine: models and application. *Can Fam Physician*, 2013. 59(1): p. 105-7, e57-9.

(14) Chataigné Christine . Psychologies des valeurs De Boeck p 31-41

(15) Csikszentmihalyi M . Vivre, la psychologie du Bonheur , Paris . Robert Lafont

- (16) Lecomte Jacques. Donner un sens à sa vie . Paris Odile Jacob
- (17) Lecomte Jacques .Introduction à la psychologie positive . Dunod p 66-75
- (18) Kabat-Zinn Jon. Où tu vas, tu es. Apprendre à méditer en tous lieux et en toutes circonstances . JC Lattes
- (19) Kabat-Zinn Jon. Au Coeur de la tourmente , la pleine conscience .De Boeck
- (20) Beckman HB, Wendland M, Mooney C, Krasner MS, Quill TE, Suchman AL, Epstein EM. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians.
- (21) Bar-sela G, Lulav- grinwald D, Mitnik L. “Balint group” meetings for oncology residents as a tool too improve therapeutic communication skills and reduce burnout level.
- (22) Asuero AM, Queralto JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A. effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals.
- (23) Chaskalson Michel. Méditer au travail pour concilier sérénité et efficacité. Les Arènes ;
- (24) Young Jeffrey. La thérapie des schémas . Approche cognitive des troubles de la personnalité. De Boeck .
- (25) Young Jeffrey, Klosko Janet. Je réinvente ma vie . Les éditions de l’homme.
- (26) Fanget Frederic . Affirmez-vous ! Pour mieux vivre avec les autres. Odile Jacob.
- (27) Cungi Charly . Savoir s’affirmer en toutes circonstances. Retz
- (28) Chalvin Dominique . L’affirmation de soi . édition ESF
- (29) Fanget Frederic, Rouchouse Bernard. L’affirmation de soi : une méthode de thérapie . Odile Jacob
- (30) Poinso Rollon, Antoine Pascal. La résolution de problème en psychothérapie. Dunod