

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 Ytaf LARROCHE

L'ENTRAIDE AU CDOM DU FINISTERE

Etude rétrospective
de décembre 2014 à janvier 2017

Membres du jury :

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

Année 2017

E.Galam-2017/soignerlessoignants.n°12-T

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	5
II. GENERALITES	6
2-1. L'entraide ordinale au CDOM du Finistère	7
2-1-1 L'organisation.....	7
2-1-2 Le fonctionnement.....	7
2-1-3 Le cadre réglementaire.....	7
2-1-4 Le budget de l'entraide.....	8
2-2. Les interlocuteurs de l'entraide ordinale	8
2-3. Les associations	8
2-4. La prévoyance	8
2-5. L'alerte	9
2-6. L'entretien	9
III. Matériels et méthodes	10
IV. Résultats	11
4-1. Cheminement de l'appel de l'entraide au CDOM 29	12
4-2. Fiche réflexe des interlocuteurs de l'entraide	13
4-3. Données quantitatives et qualitatives	14
4-4. Figures des répartitions de la population médicale étudiée	15
4- Actions menées	16
V. Discussion	17
5-1. Les données quantitatives	17
5-2. Les 3 niveaux.....	17
5-3. Les situations relevées	18
5-4. Les difficultés rencontrées pendant l'étude	18
5-5. Les axes de travail.....	18
VI. PERSPECTIVES	20
VII. CONCLUSION	20
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	21

ABREVIATIONS

CDE : Commission Départementale d'Entraide

CNE : Commission Nationale d'Entraide

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

AFEM : Aide aux familles et entraide médicale

CARMF : Caisse Autonome de Retraite Des Médecins de France

APSS : Association pour la promotion des soins aux soignants

AAPML : Association d'aide professionnelle des médecins libéraux

MOTS : Médecins, Organisation, Travail, Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

ARENE: Association Régionale du Nord Est

ASRA: Aide Aux Soignants de Rhône Alpes

ERMB : Entraide régionale des Médecins de Bretagne

SCM : Société Civile de Moyen

I. INTRODUCTION

Il existe une méconnaissance de l'entraide ordinaire par les médecins, qu'ils soient dans une situation de difficulté ou pas.

Une première partie de ce travail rappelle des données de démographie médicale dans le Finistère et en Bretagne.

Il précise les causes pouvant amener au syndrome d'épuisement professionnel du médecin.

Cette étude cherche également à préciser le cheminement de l'appel au CDOM 29 pour une situation d'entraide.

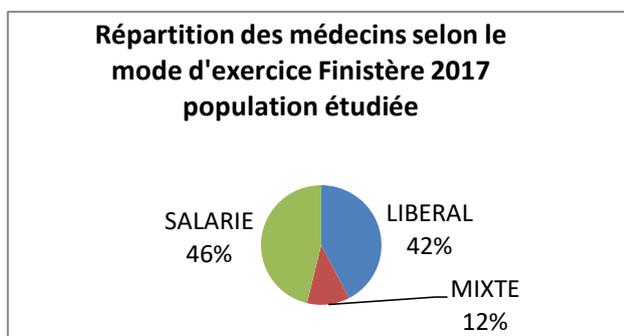
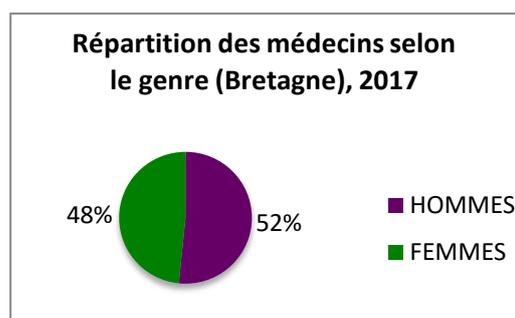
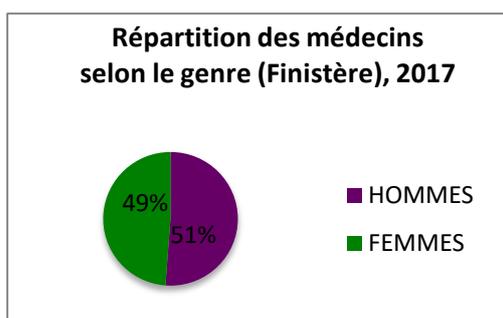
Pour cela, elle décrit une série de situations d'entraide réalisées au CDOM 29 de décembre 2014 à janvier 2017. Une analyse épidémiologique a été effectuée. Le motif d'appel, le type de réponses apportées ainsi que la durée du suivi sont également étudiés.

Le but de ce travail est de s'intéresser à l'entraide ordinaire en décrivant son cadre réglementaire et en faisant un état des lieux de son fonctionnement actuel au CDOM29, de son organisation et de ses interlocuteurs. Ainsi, cette étude tente de fournir des axes de réflexion afin d'optimiser la réponse ordinaire donnée au confrère en difficulté.

BRETAGNE	FINISTERE
	

II. Généralités (réf.1, 14, 11,18)

Le Finistère compte **903921** habitants, ce qui correspond à **27%** de la population bretonne. **4414** médecins sont inscrits au CDOM 29. Cela représente **31,7%** des médecins inscrits en Bretagne (13907). La moyenne d'âge des médecins en Bretagne est de 49,8 ans contre **49.5 ans** dans le Finistère. La répartition des médecins selon le genre dans le Finistère est de **51,6 %** d'hommes contre **48,4 %** de femmes. La répartition des médecins selon le mode d'exercice dans le Finistère est de 42% en exercice libéral, 46% en exercice salarié et 12% en exercice mixte.



La répartition des médecins selon le mode d'exercice : libéral, salarié, mixte.

Spé MG	LIB	MIXTE	SAL
Finistère	58.4%	4.4%	37.2%
Bretagne	59.7%	4.9%	35.3%

Spé Chir	LIB	MIXTE	SAL
Finistère	41.9%	19.6%	38,5%
Bretagne	44,3%	20,6%	35,1%

Spé med (horsMG)	LIB	MIXTE	SAL
Finistère	27,1%	10,3%	62,6%
Bretagne	28,0%	9,6%	62,4%

1. L'entraide ordinale au CDOM du Finistère (CDOM 29) (ref 14)

1-1. Organisation et modalités de fonctionnement:

L'entraide ordinale se décline en 3 échelons : départemental, régional et national. L'entraide ordinale départementale (CDO) est le premier recours. L'entraide régionale a un rôle de coordination. L'entraide nationale ordinale (CNO) a un rôle d'harmonisation. L'entraide s'effectue au sein de commissions ordinales.

Au CDOM 29, la commission comprend 3 conseillers ordinaires.

1-2. Type et durée de l'entraide

En fonction de la situation, l'aide peut-être organisationnelle et/ou juridique et/ ou financière. Elle est globale, médicale, sociale et familiale avec respect de la confidentialité. Le médecin en difficulté peut y trouver une écoute active et un soutien moral. Selon les besoins, une expertise peut être accordée en faisant appel à diverses compétences.

L'aide financière peut-être ponctuelle et est proposée par la commission. Le CDOM peut accorder une entraide « de dépannage » en cas d'urgence. Le montant est variable en fonction de la situation, et est généralement de 1500 euros. L'accord de l'aide financière est voté en séance plénière de la réunion mensuelle du CDOM 29.

L'aide financière peut-être échelonnée afin d'éviter les dépenses intempestives.

L'aide financière du CNOM peut-être accordée pour des situations qui dépassent les capacités financières du CDOM.

Dans le cadre du suivi, la commission demande au médecin aidé de donner de ses nouvelles.

1-3. Le cadre réglementaire

Le cadre réglementaire est précisé par le code de la santé publique et le code de déontologie :

-Art L.4121-1 «L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes peuvent organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leur membres et de leurs ayants droit »

-Art L.4122-2 « Le conseil national gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner des œuvres intéressant la profession médicale ainsi que les œuvres d'entraide »

-Art 56 (Art. R4127-56 du CSP) : « Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre .Les médecins se doivent assistance dans l'adversité. »

1-4 Le budget de l'entraide

Les ressources proviennent des cotisations ordinales des médecins. Le CDOM du Finistère attribue chaque année 15000 euros à l'AFEM.

2. Les interlocuteurs de l'entraide ordinale

L'AFEM: Aide aux Familles et Enfants de Médecin

LA CARMF: Caisse Autonome de Retraite Des Médecins de France

3. Les associations (réf. 2, 13, 4 , 10)

Les associations travaillent en collaboration avec les commissions ordinales. Les astreintes téléphoniques sont assurées soit par des médecins généralistes volontaires soit par des médecins du travail en fonction des régions. Pour la Bretagne, l'ERMB est une structure de coordination entre les 4 commissions d'entraide des 4 Conseils Départementaux Bretons de l'Ordre des Médecins.

Autres exemples d'associations :

AAPML : Association d'aide professionnelle des médecins libéraux

MOTS : Organisation travail et santé du médecin

ARENE: Association régionale du nord est

ASRA: Aide aux soignants de Rhône Alpes

4. La prévoyance

La commission d'entraide cherche à savoir si le confrère en difficulté a une protection sociale et quel est son niveau de couverture.

Pour leurs médecins adhérents, certaines mutuelles ; telles que le Groupe Pasteur Mutualité (GMP) ou le groupe Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF), ont des services d'entraide qui peuvent être sollicités en plus de l'entraide ordinale.

5. L'alerte

Le CDOM29 est alerté qu'un médecin est en difficulté dans plusieurs situations :

1. Absence de règlement de cotisation ordinale ou demande de son échelonnement
2. Alerte de non paiement des cotisations obligatoires (CARMF, URSSAF)
3. Alerte par les confrères
4. Alerte par les patients au vu des troubles de comportement, de la présentation du médecin de l'état du cabinet médical.
5. Alerte par la famille
6. Alerte par le médecin lui-même pour faire part de sa situation
7. Appel de l'Ordre par le médecin lui-même pour un renseignement non en relation avec l'entraide

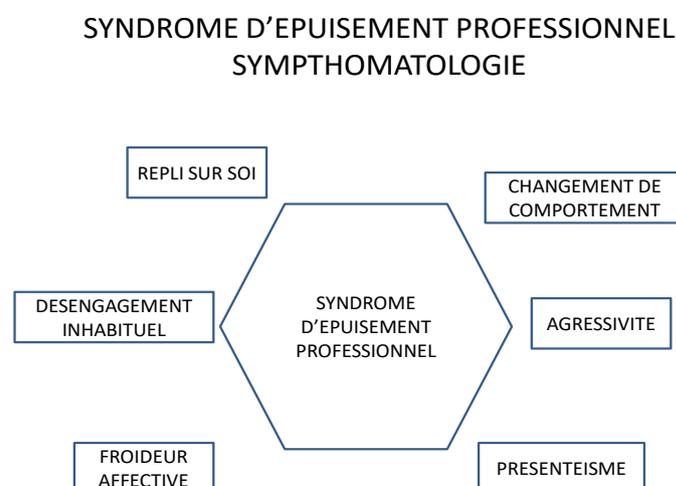
6. L'entretien au CDOM 29 dans le cadre de l'entraide (réf 3)

Au terme de l'entretien, un rapport relatant la situation du confrère est présenté en réunion mensuelle du Conseil. Ce rapport est réalisé par un conseiller ordinal membre de commission d'entraide.

Pendant l'entretien, les revenus sont notés ainsi que les charges, les emprunts, les dettes et la souscription ou non à une prévoyance. L'organisation du travail et du cabinet médical (si exercice libéral), éléments clefs, sont notés avec le plus de précision possible.

L'interrogatoire définit si il y a un caractère d'urgence ou pas.

La symptomatologie du syndrome d'épuisement professionnel est résumée dans le schéma suivant :



Le MBI Maslach Burn out Inventory est un questionnaire qui peut-être utilisé comme outil de repérage (cf. annexes).

L'épuisement du médecin entraîne un sentiment de honte et donc son isolement.

Le médecin doit soigner les autres et, ne pas importuner les autres avec ses propres problèmes. Le médecin n'a-t-il pas choisi ce métier connu pour ses exigences et sa pénibilité ? ...

Oui, le burn out du médecin est différent de celui des autres soignants. Un médecin qui ne va pas bien, c'est toute une organisation de soin qui s'écroule.

Le burn out du médecin est différent de celui des autres soignants par la spécificité de sa prise en charge : Pour le respect confidentialité, il faut un réseau de soin adapté. Sa prise en charge nécessite également une réactivité adaptée, un soutien social spécifique et un suivi particulier par le service de santé au travail.

Le conseiller recherche les causes du syndrome d'épuisement. (cf figure annexes). Elles sont nombreuses et sont les addictions, le divorce, les difficultés financières, les contentieux ordinaux, administratifs, judiciaires, la maladie physique et/ ou mentale.

La Mesure de suspension administrative :

En cas d'insuffisance professionnelle (Article 4124.3), La mesure de suspension est prononcée par le CROM pour une période déterminée et renouvelable si besoin .Elle est réalisée avec pour objectif premier ,dans la mesure du possible ,une reprise d'activité ,après amélioration de l'état du médecin. La suspension pour pathologie n'est pas une sanction mais une action préventive pour le médecin et ses patients.

IV. Matériels et méthodes

Ce travail a analysé les procès verbaux des réunions mensuelles du CDOM 29 de décembre 2014 à janvier 2017. Une extraction de 28 paragraphes abordant l'entraide est réalisée. 18 dossiers avec des situations d'entraide sont ainsi colligés.

Un tableur EXCEL est utilisé pour la description épidémiologique de la population étudiée. L'alerte (mois et année) au CDOM 29, et la situation du confrère faisant appel à l'entraide sont également notées sur ce tableau.

Un diagramme d'Ishikawa est construit afin de classer les causes aboutissant au syndrome d'épuisement professionnel (cf. annexes).

Ce travail a également permis l'élaboration de 2 fiches :

- *Une fiche réflexe* qui contient les principaux interlocuteurs à contacter pour une situation d'entraide.

- *Une fiche du cheminement de l'appel* pour l'entraide au CDOM 29.

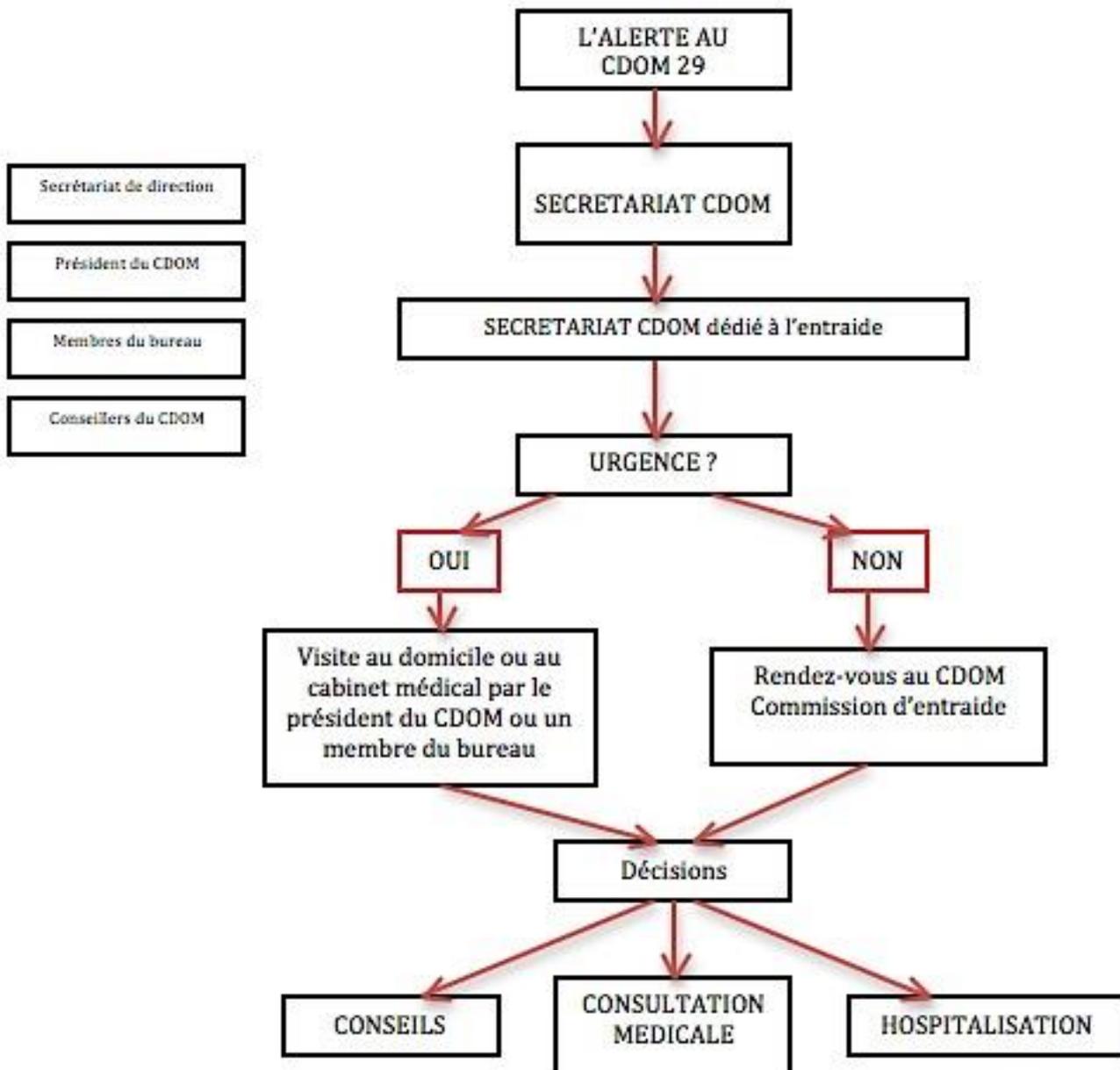
IV. Résultats

4.1. Cheminement de l'appel

4.2. Fiche réflexe des interlocuteurs

4.3. Données quantitatives et qualitatives

4.1 Cheminement de l'appel :



NOTAIRE

TEL
ADRESSE

4. 2. FICHE REFLEXE DES INTERLOCUTEURS DE L'ENTRAIDE

EXPERT COMPTABLE

TEL
ADRESSE

MUTUELLES

TEL ADRESSE

AFEM

TEL : 0145515590
ADRESSE : 168 RUE DE
Grenelle75007 Paris

AVOCAT

TEL
ADRESSE

ORGANISMES AIDANTS

CARME

TEL : 01 40 68 32
00
ADRESSE : 46 Rue
saint Ferdinand
75841PARIS

TRESOR PUBLIC

TEL 0298003031
ADRESSE : 8 Rue
Duquesne29200 Brest

BANQUE

TEL
ADRESSE

URSSAF Nord TEL 0298009800

ADRESSE 8 Square Marc Sangnier
29200 Brest

URSSAF Sud Tel 0298764242

ADRESSE : 18 rue de la République 29000
Quimper

ORGANISMES CREANCIERS

4-3. Données quantitatives et qualitatives :

18 dossiers sont analysés. L'étude comprend **7** hommes et **11** femmes. La moyenne d'âge est de **56,67 ans**.

Le lieu d'obtention de thèse est **Brest** en majorité. Les autres lieux d'obtention de thèse sont Angers, Rouen, Amiens, Caen, Grenoble et Paris. Les spécialités retrouvées sont la médecine générale, la psychiatrie, l'ophtalmologie, l'anesthésie réanimation, la médecine du travail et la médecine d'urgence.

Le nombre d'alertes par mois varie de 1 à 4 alertes. Aucune alerte n'est notée au mois décembre.

41% des médecins ont un exercice **libéral**, **6%** ont un exercice salarié, **12%** ont un exercice mixte, **23%** sont retraités et **18%** sont non exerçants

L'alerte est donnée par le médecin lui-même, le patient, le médecin psychiatre, le médecin généraliste et conseiller ordinal, le tribunal de grande instance, l'AFEM.

Les motifs d'appel et d'alerte retrouvés sont :

- Demande de renseignement pour dissolution de la société civile de moyen (SCM)
- Demande d'activité réduite pour problème de santé
- Conflits avec les associés, l'employeur
- Absence de règlement de la cotisation ordinale
- Liquidation judiciaire
- Refus d'inscription au tableau de l'Ordre pour état de santé (addiction) (changement de département)
- Signalement d'un patient altération de l'état de santé de son médecin traitant
- Redressement judiciaire présenté par l'URSSAF Bretagne
- Demande d'aide financière par le médecin lui-même pour surendettement

Les durées d'accompagnement varient de 9 mois à 17ans.

Le montant alloué pendant la durée de l'étude par le CDOM 29 est de 18500 euros.

La commission d'entraide nationale ordinale a été sollicitée pour 6 situations et a répondu favorablement pour 5 situations.

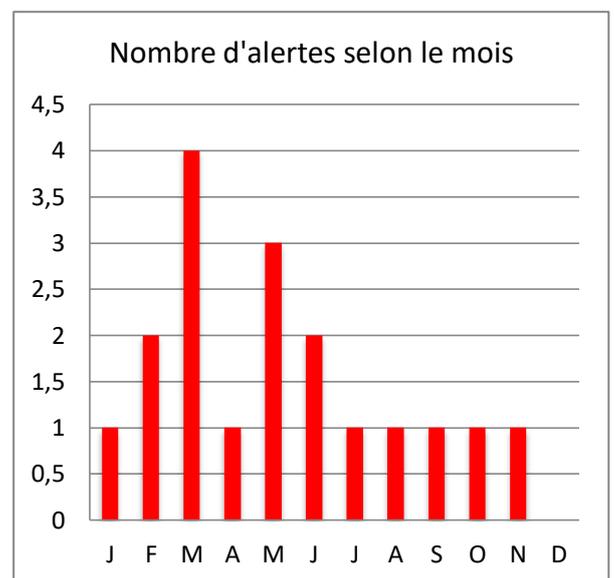
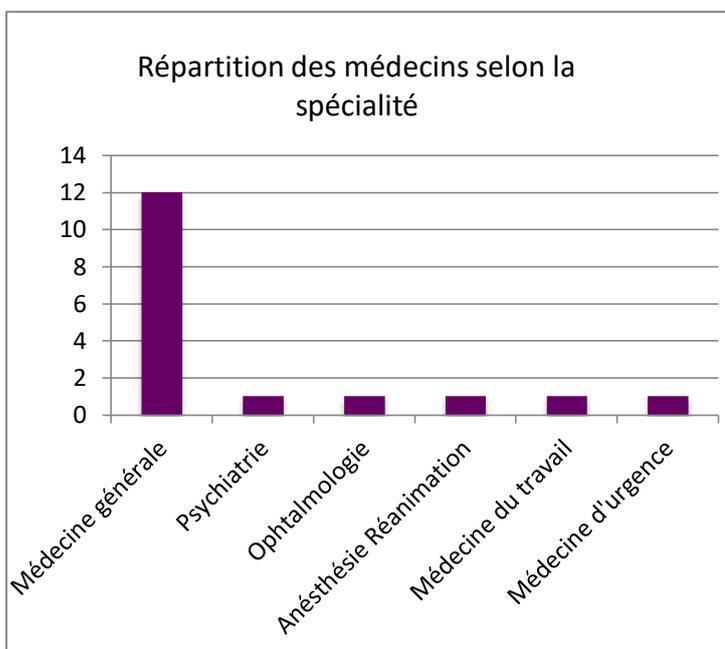
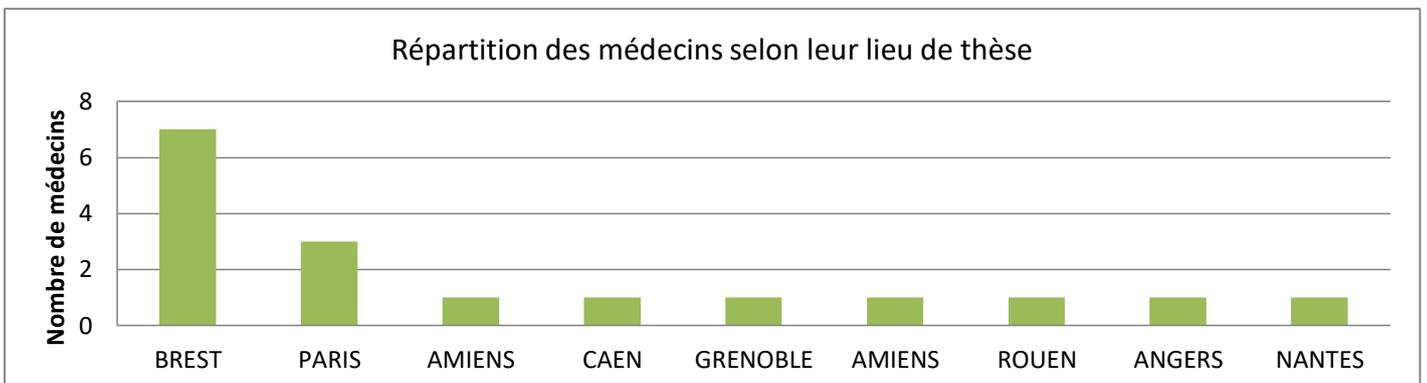
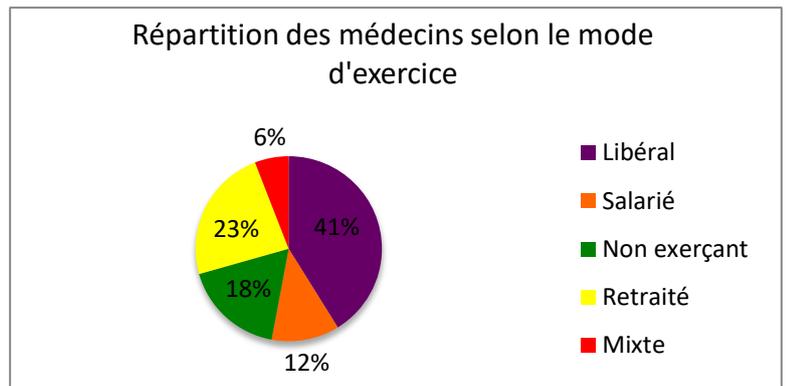
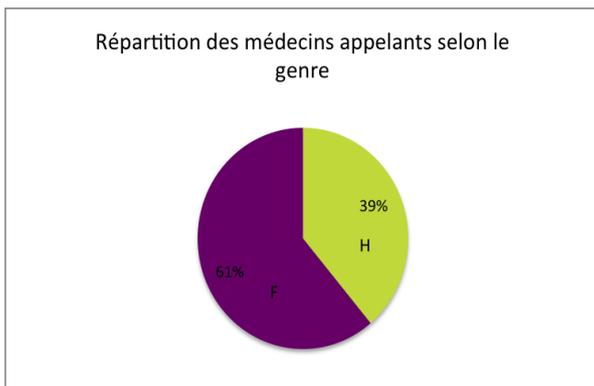
-Les situations relevées sont :

- -Les addictions
- -La maladie psychiatrique : syndrome anxio-dépressif, psychose maniaco-dépressive
- -La maladie physique (AVC -HTA -Diabète insulino-réquant)

- -Les problèmes financiers : le surendettement, le redressement judiciaire,
- Les retards ou absence de règlement des cotisations obligatoires
- -Les problèmes familiaux (divorce)
- -Les agressions verbales et / ou physiques

4-4. Figures des répartitions de la population médicale étudiée :

(Selon le genre, le mode d'exercice, le lieu de thèse la spécialité selon le mois d'alerte) :



4-5. Les actions menées :

À court et moyen terme :

- Ecoute active
- Soutien psychologique
- Contact CARMF AFEM
- Aides financières ordinaires départementales
- Echelonnement de la cotisation ordinaire
- Courriers de demande d'aides financières ordinaires nationale
- Réunions de conciliation au CDOM 29 pour gestion des conflits avec les confrères associés, avec l'employeur
- Accompagnement dans les démarches juridiques
- Inscription à l'observatoire national pour la sécurité des médecins pour un cas d'agression
- Accès aux soins : consultations spécialisées, hospitalisation anonymat

Sur le long terme

→ Une aide financière et un soutien psychologique ont été accordés pendant 10 ans (exemple de 2 cas).

V. Discussion (réf. : 3, 4, 5,6,7, 8, 9,12,14,15 16 ,17,19,20,21)

5-1. Données quantitatives

Le Finistère représente 27% de la population Bretonne. 31% des médecins Bretons sont des médecins finistériens. La moyenne d'âge des médecins Finistériens est de 49.5ans .Dans l'étude elle est à 56.67 La répartition selon le genre 11 femmes 7 hommes l'exercice libéral est le mode d'exercice le plus fréquemment retrouvé.

L'alerte doit être précoce avant « le gouffre financier » et ses conséquences (redressement judiciaire).

L'étude rétrospective est de durée courte et comprend un petit nombre de situations ceci ne permet pas d'en obtenir des données significatives.

5-2. Les 3 niveaux d'entraide :

- Afin de fournir une réponse pertinente, la commission d'entraide doit être réactive et travailler selon 3 niveaux d'entraide :

- **Niveau 1** : La cellule de veille
- **Niveau 2** : Un second niveau d'identification et de prise en charge de l'urgence médicale et/ou psychologique et/ou sociale.
- **Niveau 3** : L'extrême urgence ou la crise.

5-2-1. La cellule de veille

C'est le premier niveau d'entraide. Elle a comme objectif la prévention et le dépistage des facteurs de risque.

Les actions de prévention sont individuelles et collectives, auprès des étudiants en médecine, des médecins en exercice ainsi que des médecins retraités.

L'observatoire de santé des médecins

5-2-1. Le second niveau de l'entraide :

C'est l'identification à partir de l'alerte du caractère d'urgence. L'urgence peut-être médicale et/ou psychiatrique et/ou sociale et/ou familiale.

Afin d'évaluer l'urgence psychiatrique on peut utiliser des outils comme le « RUD » : risque suicidaire, urgence de la menace, dangerosité du scénario suicidaire

(cf. annexes) .Les actions possibles sont le suivi par le médecin généraliste, par le psychiatre en ambulatoire ou l'hospitalisation.

5-2-3. L'extrême urgence ou la crise

C'est la situation de catastrophe où les besoins sont supérieurs aux moyens. Le président est immédiatement alerté. Tous les moyens de la commission sont rapidement mis en œuvre avec intervention du président accompagné d'un membre du bureau si possible.

5-3. Les situations relevées pendant l'étude

Elles sont similaires à celle rencontrées à la commission d'entraide ordinale nationale et sont :

- Les addictions
- La maladie psychiatrique : syndrome anxio-dépressif, psychose maniaco-dépressive
- La maladie physique (AVC -HTA -Diabète insulino-réquant)
- -Les problèmes financiers et le surendettement, le redressement judiciaire
- Les retards ou absence de règlement des cotisations obligatoires
- Le décès brutal
- Les problèmes familiaux (divorce)
- Les agressions verbales et / ou physiques
- Les absences ou retard dans les cotisations obligatoires (CARMF URSSAF)

La demande d'échelonnement de la cotisation ordinale ou le refus de son règlement ne concerne pas toujours que des médecins en difficulté. Certains médecins en grande difficulté financière ont fait un emprunt pour la régler.

Sur le long terme une aide financière et un soutien psychologique ont été accordés pendant 10 ans (exemple de 2 cas).

5-4 Les difficultés rencontrées pendant la réalisation de l'étude :

Les motifs d'appel ne sont pas tous retranscrits dans tous les dossiers.

Un travail semble nécessaire pour mettre tous les acteurs autour d'une même table afin de proposer une entraide efficace qui répond aux besoins du confrère en difficulté.

5-5 Les axes de travail : (réf. : 2,3)

Le médecin

Le médecin est au centre de sa prise en charge et est acteur de sa santé. Il reste maître du jeu ou du « Je ». L'arrêt de travail, le retrait thérapeutique L'écoute active

Prise en charge spécifique d'un soignant pas comme les autres : son état retentit sur la qualité et l'organisation des soins ;

.Il y a nécessité d'un réseau de soin adapté, réactif avec des établissements dédiés et délocalisés /Etablissements hospitalisant les médecins sous couvert d'anonymat hiérarchisation des valeurs Accompagnement personnalisé Compagnonnage Le droit à l'erreur, l'erreur est une opportunité d'apprentissage

Inscription observatoire national d'agression des médecins

Le suivi par le service de santé au travail

Centres d'intérêt aménagement temps de repos de loisirs

Lutter contre l'imprévoyance, réaliser des mises au point régulières avec l'assureur

Changer les paradigmes : prendre soin de soi pour prendre soin des autres

L'environnement

Les administrations mettre tous les acteurs autour de la même table pour la prise en charge du syndrome épuisement professionnel du médecin

Un travail semble nécessaire pour mettre tous les acteurs autour d'une même table afin de proposer une entraide efficace qui répond aux besoins du confrère en difficulté.

Les pratiques professionnelles

Remettre l'expérience à sa juste place, en faire profiter les juniors. Impliquer le médecin dans la formation des étudiants en médecine maître de stage jury de mémoire de thèse quelque soit son secteur et mode d'activité.

Favoriser le management transparent et participatif.

VI. PERSPECTIVES (réf. 17)

- Ce travail compte un petit nombre de cas. Pour être plus représentatif, il devrait être fait sur une échelle régionale, voire nationale et sur une durée plus longue.
- Boîte mail dédiée et sécurisée : diversifier les moyens d'alerte. Que peuvent nous apporter les nouvelles technologies ? Quelles en sont les limites ?
- « Soigner les médecins » doit faire partie du programme de formation initiale et continue des études de médecine.

La gestion du cabinet médical et le management doivent être enseigné dans les facultés de médecine.

-L'amélioration du système de santé : La proposition numéro 5 de la grande consultation des confrères fait partie des 10 propositions formulées dans le livre blanc de l'Ordre des médecins « mettre en place un système social protecteur et un mode de rémunération valorisant pour tous » .

- Le travail doit continuer dans l'organisation des soins
- L'opinion publique doit également modifier sa vision du médecin soignant infaillible. Ceci passe par l'information de la population et l'éducation du patient
- Renforcer l'information liée à l'épuisement professionnel délivrée aux jeunes avant qu'ils n'entrent dans le monde du travail
- Collecter l'opinion publique, tout particulièrement celle des jeunes.
- Libérer la parole : le syndrome d'épuisement professionnel ne doit plus être un sujet tabou.

VII. CONCLUSION

L'entraide est l'affaire de tous les médecins qu'ils soient seniors ou juniors ; étudiants en médecine ou médecin en exercice et ce quelque soit leur mode d'exercice. La prise en charge du confrère en difficulté est globale, médicale sociale familiale .Elle peut faire appel à la mobilisation de diverses compétences. Elle vise l'autonomie du médecin.

L'entraide ne peut se concevoir dans le jugement mais dans l'action.

L'entraide est une priorité de l'action ordinaire nationale dont le point départ est forcément ancré dans les départements.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-Bouet .P, Mourgues JM. Atlas de la démographie médicale en France profils comparés : 2007 /2017- Les territoires au cœur de la réflexion situation au 1^{er} janvier 2017 Conseil National de l'Ordre des Médecins
- 2- Carsin M .Entraide régionale des médecins de Bretagne. Action sociale, entraide ordinale, associations. Quel soutien pour les médecins ? Colloque CARMF 17 septembre 2016. Paris
- 3-Cours du Diplôme inter-universitaire « Soigner les soignants » 2016-2017
- 4 -Evreux M. Le réseau ASRA. Quel soutien pour les médecins .Quel soutien pour les médecins ? Colloque CARMF 17 septembre 2016. Paris
- 5-Galam E.AAPML : Depuis plus de 10 ans une entrée efficace dans la constellation d'aide aux soignants. Quel soutien pour les médecins. Quel soutien pour les médecins ? Colloque CARMF 17 septembre 2016. Paris
- 6- Galam .E. Devenir médecin le curriculum implicite PPT présenté au DIU Soigner les soignants 2016 -2017.
- 7- Galam.E .Soigner les médecins malades. Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. Médecine. novembre 2013.
- 8-Galam E. Soigner les soignants La formation implicite des médecins et leur fragilités. Médecine Novembre 2015
- 9-Haute Autorité de Santé .Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out .Fiche mémo .Rapport d'élaboration Mars 2017
- 10- Jouffroy B.L'action sociale à la CNAVPL. Quel soutien pour les médecins ? Colloque CARMF 17 septembre 2016. Paris
- 11-Kezachian. B. L'Entraide ordinale : aspects actuels, perspectives. Médecine .Septembre 2016
- 12- Larifla L. Le soin aux soignants : L'accompagnement proposé par l'association Mots entre 2005 et2006.thèse 14 novembre 2017
- 13-letzelter JM.L'action sociale à l'ARENE. Quel soutien pour les médecins .Quel soutien pour les médecins ? Colloque CARMF 17 septembre 2016. Paris
- 14-Morali J. Ressources de l'entraide ordinale et son écosystème financier juridique, son rôle préventif et professionnel .Commission nationale de l'entraide PPT présenté au DIU Soigner les soignants 2016-2017.

- 15-Notre Dame c.-E. L'étudiant en médecine un apprenant en violence. Ethique santé(2013)10,144-148.
- 16- Ordre National des Médecins. Conseil National de l'Ordre .Le contrôle de l'insuffisance professionnelle au moment de l'inscription .Mise en place d'une procédure permettant de mettre en évidence une insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de la profession. Fiche CNOM 5 juin 2014
- 17-Ordre National des Médecins. Conseil National de l'Ordre.10 propositions de réforme pour l'avenir de la santé abstract du livre blanc .Juin 2016
- 18-Ormières JJ. La santé des médecins états des lieux et enseignements des modèles étrangers. PPT présenté au DIU soigner les soignants 2016-2017
- 19 -Pame .P .Développer l'empathie pour soi .La pratique attentionnelle active une clé pour la promotion de la santé du soignant .Mémoire diu Soigner les soignants. 2015-2016
- 20-Solvignon L.Accompagner les médecins en épuisement, en détresse psychosociale ou dans la préservation de leur santé : vers une nouvelle discipline médicale ? Mémoire DIU Soigner les soignants. 2015-2016
- 21-Soulat JM. .Prévention collective –Promotion pour les soignants PPT présenté au DIU Soigner les soignants 2016-2017.
- 22-Thevenot J .Perspectives de l'entraide –médecin Action sociale, entraide ordinale, associations. Quel soutien pour les médecins Colloque CARMF 17 septembre 2016. Paris
- 23-Touraine M .Stratégie nationale de la qualité de vie au travail .Prendre soins de ceux qui nous soignent. Ministère des Affaires Sociales 2016.

IX. ANNEXES

1. Diagramme d'Ishikawa des causes possibles du syndrome d'épuisement professionnel
2. L'outil RUD : Evaluation du risque suicidaire de l'urgence de la menace et de la dangerosité du scénario suicidaire
3. Echelle MBI : Maslach Burnout Inventory

Nom du patient : _____ Né(e) le : _____		R.U.D Guide de soins de l'estimation du risque suicidaire													
Facteurs de Risque : Modèle intégratif			Facteurs protecteurs												
Primaires (individuels)	Secondaires (sociaux)	Tertiaires (épidémio)	<input type="checkbox"/> Sentiment de responsabilité vis-à-vis de sa famille : enfants ou omnicide, grossesse <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> Bonne capacité à résoudre les problèmes <input type="checkbox"/> Soutien social <input type="checkbox"/> Relation thérapeutique positive												
<input type="checkbox"/> Pathologie psy: Dépression (risque x20), psychose, troubles maniaques, épilepsie. <input type="checkbox"/> ATCD/PF de suicide <input type="checkbox"/> Difficulté à gérer le stress <input type="checkbox"/> Impuissance/perte d'espoir <input type="checkbox"/> Impulsivité/agressivité <input type="checkbox"/> Maladie somatique	<input type="checkbox"/> Cohésion familiale : Manque de cohésion, séparation/abandon, perte d'un proche, violence physique/sexuelle. <input type="checkbox"/> Difficultés économiques <input type="checkbox"/> Difficultés judiciaires <input type="checkbox"/> Anomie, isolement social : chômage, leis, ... <input type="checkbox"/> Religion	<input type="checkbox"/> Sexe masculin <input type="checkbox"/> Âge > 75 ans													
Trois niveaux d'Urgence (probabilité de mourir dans les 48h) : Plan "COQ" (comment-où-quand)			R.U.D (variable à un instant T pour une situation précise)												
Pas de plan précis <input type="checkbox"/> Flashs sans intention <input type="checkbox"/>			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Urgence</th> <th>Danger</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Faible (+)</td> <td>< 6 FdR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Moyen (++)</td> <td>6 à 24 FdR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Élevé (+++)</td> <td>> 24 FdR</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Urgence	Danger	Faible (+)	< 6 FdR		Moyen (++)	6 à 24 FdR		Élevé (+++)	> 24 FdR	
Risque	Urgence	Danger													
Faible (+)	< 6 FdR														
Moyen (++)	6 à 24 FdR														
Élevé (+++)	> 24 FdR														
Plan partiellement défini <input type="checkbox"/> Pensées récurrentes <input type="checkbox"/> Engagement à ne pas passer à l'acte, solution(s) de secours <input type="checkbox"/>															
Plan défini <input type="checkbox"/> Pensées quotidiennes <input type="checkbox"/> Menace de passage à l'acte en 24-48h <input type="checkbox"/> Absence d'alternative autre que le suicide <input type="checkbox"/>															
Dangerosité du scénario suicidaire :															
Létalité du moyen : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Accessibilité : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>													

Tableau 2. Tableau récapitulatif pour la gestion du potentiel suicidaire : dépistage, évaluation, stratégie
 R.U.D. : risque suicidaire (R), urgence de la menace (U), dangerosité du scénario suicidaire (D) ; CTB : centre de thérapie brève.

Niveaux de risque	Symptômes	Evaluations du potentiel suicidaire R.U.D.	Actions proposées
0	Pas de détresse	-	-
1	Tristesse sans idées noires/suicidaires	R.U.D. faible	Suivi par généraliste
2	Idées noires mais pas suicidaires	R.U.D. faible	Suivi ambulatoire psychiatrique ou par généraliste
3	Idées suicidaires fluctuantes sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. faible ou moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique
4	Idées suicidaires actives sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique ou hospitalisation, selon alliance thérapeutique et engagement du patient
5	Idées suicidaires actives sans projet avec antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen ou élevé	Hospitalisation ou soutien ambulatoire psychiatrique (soutien CTB) si engagement du patient
6	Idées suicidaires actives avec projet sans antécédents psychiatriques	R.U.D. élevé	Hospitalisation
7	Idées suicidaires actives avec projet et antécédents psychiatriques – Passage à l'acte	R.U.D. élevé	Hospitalisation

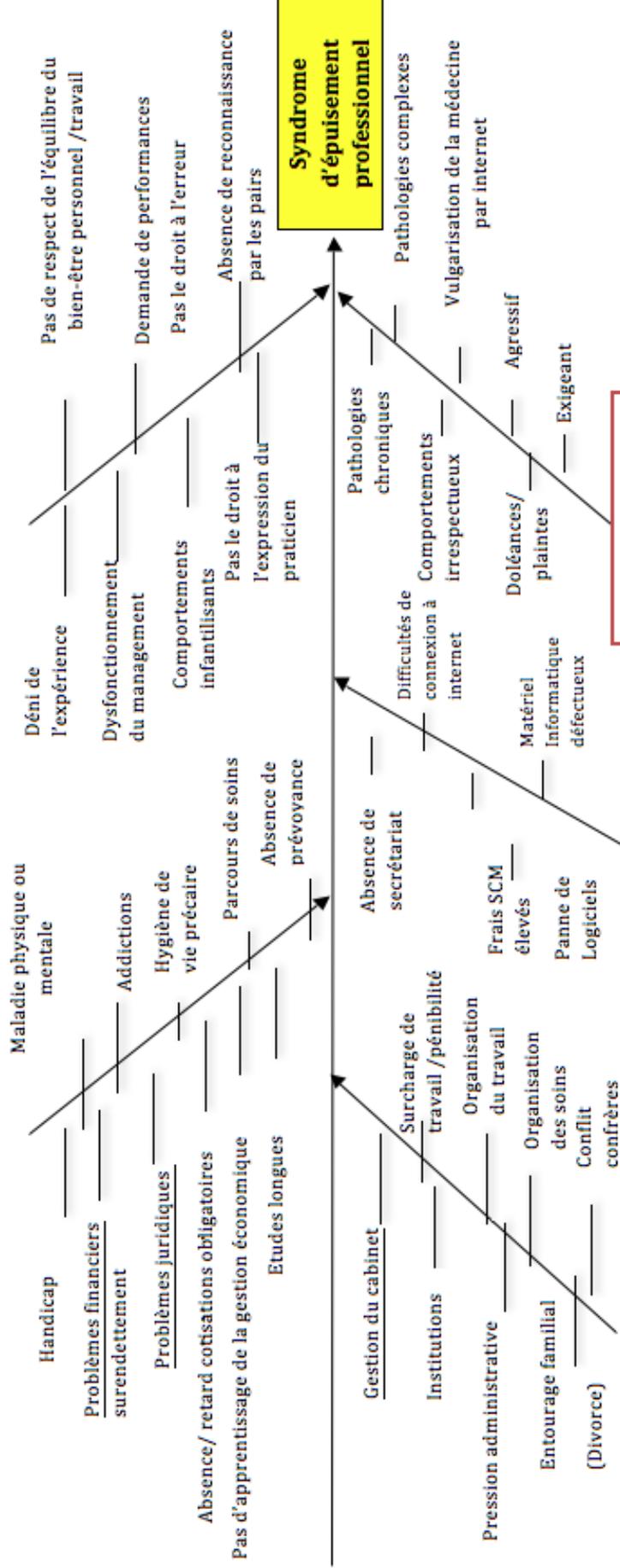
EXEMPLE D'ÉCHELLE DE MESURE DU Maslach Burnout Inventory's

Fonctionnement : Évaluer les affirmations des tableaux 1, 2 et 3 à l'aide de l'échelle de numérisation des réponses ci-dessous, pour chaque évaluation additionner la valeur de l'échelle au score du tableau, interpréter le score du tableau.

NUMÉRISATION DES RÉPONSES	2. DÉPERSONNALISATION
<p>1. ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL</p> <ul style="list-style-type: none"> * Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail * Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail * Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail * Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort 	<ul style="list-style-type: none"> * Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets * Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail * Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
<ul style="list-style-type: none"> 5 Une fois par semaine 6 Quelques fois par semaine 7 Tous les jours 	<ul style="list-style-type: none"> * Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves * J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes
INTERPRÉTATION DES SCORES	3. ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL
<ul style="list-style-type: none"> * Je sens que je craque à cause de mon travail * Je me sens frustré(e) par mon travail * Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail * Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop * Je me sens au bout du rouleau 	<ul style="list-style-type: none"> * Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent * Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves * J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens * J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves
<p>1. Épuisement professionnel</p> <p>0 18 30</p>	<p>2. Dépersonnalisation</p> <p>0 6 12</p>
<p>3. Accomplissement personnel</p> <p>0 34 40</p>	

LE MEDECIN

LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



L'ENVIRONNEMENT

LES RESSOURCES MATERIELLES

LE PATIENT

L'ENTRAIDE AU CDOM DU FINISTERE (29) ETUDE RETROSPECTIVE DE DECEMBRE 2014 A JANVIER 2017.

Résumé :

Introduction : L'épuisement professionnel des médecins est une réalité. Il nous est donc impératif d'agir en tant que confrères. Descriptif des causes menant à l'épuisement professionnel des médecins finistériens Descriptif de la population médicale ayant relevée de l'entraide ordinale au CDOM29.

Résultats : 18 situations ont été étudiées. 61 %Femmes. 39 %Hommes. Les motifs d'appel sont d'ordre organisationnel, financier et juridique La moyenne d'âge est de 56,67 ans. Le lieu d'obtention de thèse le plus retrouvé est Brest. Les spécialités les plus représentées sont la médecine générale, l'anesthésie réanimation, l'ophtalmologie, la médecine d'urgence et la psychiatrie. L'exercice libéral est le mode le plus fréquemment retrouvé dans l'étude. Mars et Juin sont les mois durant lesquels le nombre d'alerte est le plus important. La durée d'accompagnement varie de 9mois à 17ans. . Une écoute active un soutien psychologique, une aide financière et un accompagnement juridique sont les réponses données par l'entraide ordinale .Le suivi et l'évaluation des actions menées sont à optimiser.

Conclusion : L'entraide ordinale est globale elle doit apporter une écoute active un soutien moral une réponse organisationnelle, financière, sociale et juridique.

Mots clés : Entraide – Ordre des médecins – soin au soignant

MUTUAL ASSISTANCE AT THE FINISTERE (29) DEPARTEMENTAL MEDICAL COUNCIL. RETROSPECTIVE STUDY FROM DECEMBER 2014 TO JANUARY 2017.

Abstract:

Introduction: Professional burnout is a reality. It is therefore compulsory to act as colleagues. The aim of this study is to determine if professional exhaustion exists among the Finisterian physicians and to precise which answers the Departmental Medical Council can provide.

Results: 18 cases were studied, among which 61% were women and 39% were men. The principal call causes are organizational, financial and juridical. The average age is 56,67 years. The principal thesis location is Brest. The most represented specialties are anesthesiology and intensive care, ophthalmology, emergency medicine and psychiatry. Private practice is the main activity mode. The highest call numbers occur in March and June. Physicians were helped from 9 months to 17 years. Careful listening and juridical

support are the answers given by the mutual assistance. Monitoring and action evaluation have to be optimized.

Conclusion: Mutual assistance is global. It has to bring active attentiveness, moral support, as well as an organizational, financial, social and juridical answer.

Key words: Mutual Assistance- Medical Council- Care for caregivers