



Faculté de médecine de
Toulouse-Rangueil



Faculté de médecine de
Paris 7

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

**ACCOMPAGNER les MÉDECINS en ÉPUISEMENT,
en DÉTRESSE PSYCHO-SOCIALE ou dans
la PRÉSERVATION de leur SANTÉ :
vers une NOUVELLE DISCIPLINE MÉDICALE ?**

**Un premier retour d'expérience sur l'accompagnement de
120 médecins au sein d'une structure dédiée.**

Paris le 18 novembre 2016

Présenté par :

Docteur Loïc SOLVIGNON

Né le 20/06/1966

CDOM du Gard

Directeurs d'enseignements :

- Professeur Eric GALAM

Paris Diderot

- Professeur Jean-Marc SOULAT

Toulouse-Rangueil

- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année universitaire 2015-2016

Sommaire

Introduction	<u>p.3</u>
1- Méthode	<u>p.4</u>
2- Résultats	<u>p.5</u>
- Quelques éléments statistiques pour un éclairage quantitatif descriptif	<u>p.5</u>
- Données qualitatives : la revue systématique des situations cliniques rencontrées permet d'apporter un éclairage transverse	<u>p.10</u>
3- Discussion	<u>p.14</u>
Conclusion	<u>p.20</u>
Références bibliographiques	<u>p.21</u>
Annexes et abréviations	<u>p.22</u>
Résumé et mots-clés	<u>p.24</u>

Introduction

L'expérience dont est issu ce travail porte sur l'accompagnement de médecins au sein d'une association créée en 2010 : l'Association MOTS (Médecin-Organisation-Travail-Santé).

Son objet « est de proposer, en toute indépendance et dans le cadre de la plus stricte confidentialité, à tous les médecins en difficulté y compris ceux en formation, une écoute et un accompagnement adapté pour améliorer leur exercice professionnel et les aider à retrouver des conditions favorables à leur épanouissement personnel et professionnel ».

Le processus d'organisation et de fonctionnement dès la prise d'appel téléphonique d'un médecin, ainsi que la définition de « médecin-effecteur » sont précisés dans la partie *Annexes*.

Le médecin qui fait appel à l'association - ou « médecin appelant » - pourra être nommé dans ce mémoire de façon indifférenciée comme « médecin-patient ».

Nous disposons depuis la création de MOTS de données statistiques cumulées, actualisées annuellement, portant surtout sur l'activité globale et permettant d'avoir des données épidémiologiques descriptives.

Depuis 2 ans environ, un formulaire via un lien internet respectant l'anonymat est proposé à distance de la fin de l'accompagnement (3 à 6 mois après le dernier entretien) de chaque médecin appelant, pour avoir son retour et son évaluation. Cette évaluation de nos actions porte notamment sur les changements que chacun des médecins suivis a pu mettre en place. De plus, sont questionnées les modifications dans le vécu personnel et professionnel du médecin, en lien avec cet accompagnement personnalisé. Cela permet de collecter ainsi des éléments ouverts et qualitatifs, des témoignages et retours d'expérience des « médecins-patients » sur l'aide apportée par la structure.

Ces retours individuels ne sont pas utilisables dans ce mémoire puisqu'anonymes et donc sans lien possible avec le dossier d'un médecin-appelant en particulier.

A ce stade de la recherche-action que veut mener MOTS dans le domaine de la prévention et de la préservation de la santé des médecins, il est apparu intéressant de mener une analyse rétrospective plus globale et systémique issue d'une série numériquement significative de situations toutes traitées par un même médecin-effecteur. Ce retour d'expérience à visée aussi prospective porte sur plus de quatre années d'accompagnement et 120 confrères suivis.

La question posée est la suivante :

En France, organiser un accompagnement des médecins dans un objectif de prévention globale, de prise en charge de leurs problématiques de santé psychosociale par des confrères spécifiquement formés a-t-elle une utilité ?

De façon transverse, ce mémoire évoquera les difficultés rencontrées et les spécificités d'un tel accompagnement. Des pistes de prévention seront abordées.

1. Méthode :

Le recrutement de la population de l'étude concerne la totalité des 120 médecins qui ont appelé l'association pour demander une aide (« médecins-appelant »), et suivis par le seul médecin-effecteur MOTS pour l'ex-région Languedoc Roussillon, entre janvier 2012 et mars 2016 inclus.

Les données chiffrées sont issues d'un tableau de bord strictement anonymisé créé dès le début de l'activité. Les indicateurs qui y figurent permettent de recenser différents items à visée statistique descriptive, mais aussi de tracer les modalités très variées d'accompagnement dans la forme (téléphonique ou présentielle), comme dans la durée de suivi par médecin- appelant.

Parallèlement, une revue systématique de chaque situation clinique a été réalisée à travers une grille d'analyse permettant une approche transverse et plus systémique : motif de l'appel initial et degré d'urgence, contextes médico-professionnel et personnel, motifs autres éventuellement sous-tendus, diagnostic partagé des besoins en ressources externes, difficultés rencontrées que ce soit dans l'accompagnement comme dans la mise en œuvre des ressources externes identifiées, etc.

De façon complémentaire un éclairage réflexif sur cet accompagnement médico-professionnel pourra être abordé.

Enfin, les verbatim collectés au cours des entretiens téléphoniques ou consultations présentielles et notés dans chaque observation clinique participent de l'analyse transversale réalisée.

2. Résultats :

Quelques éléments statistiques pour un éclairage quantitatif descriptif :

La répartition par genre est de 58 hommes et de 62 femmes. L'âge est connu pour 116 des médecins appelant (96.6 % de la population de l'étude).

L'âge moyen global est de 51 ans.

Chez les hommes pour lesquels l'âge est connu (n= 57), l'âge moyen est de 53.9 ans avec un âge médian de 57 ans. Près de 40% des appels (n= 22/57) concerne des hommes entre 53 et 58 ans.

Chez les femmes (n = 59), l'âge moyen est de 48.2 ans et l'âge médian de 47 ans.

Un contexte de femme isolée avec enfants à charge est retrouvé dans 8 cas, mais possiblement sous-estimé par manque de données systématisées sur ce point pour chaque dossier.

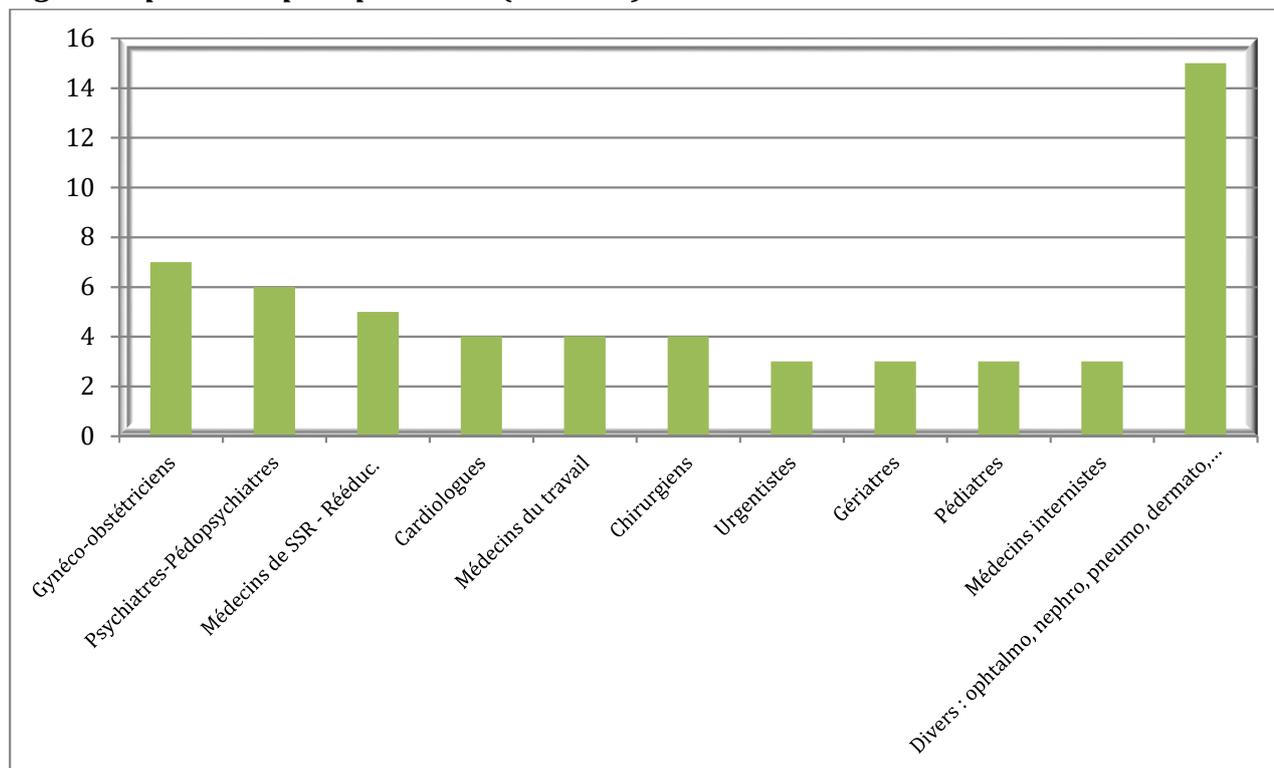
La dispersion des âges lors du premier appel à MOTS est plus importante dans la population féminine : de 25 à 69 ans vs 36 ans à 67 ans chez les médecins hommes.

Les spécialités : 52% (63/120) sont des médecins généralistes (MG).

Hors MG, les autres spécialités les plus fréquemment retrouvées sont présentées dans la figure 1.

La figure 2 reprend les proportions des différents modes de salariat.

Fig. 1 : Répartition par spécialités (hors MG)



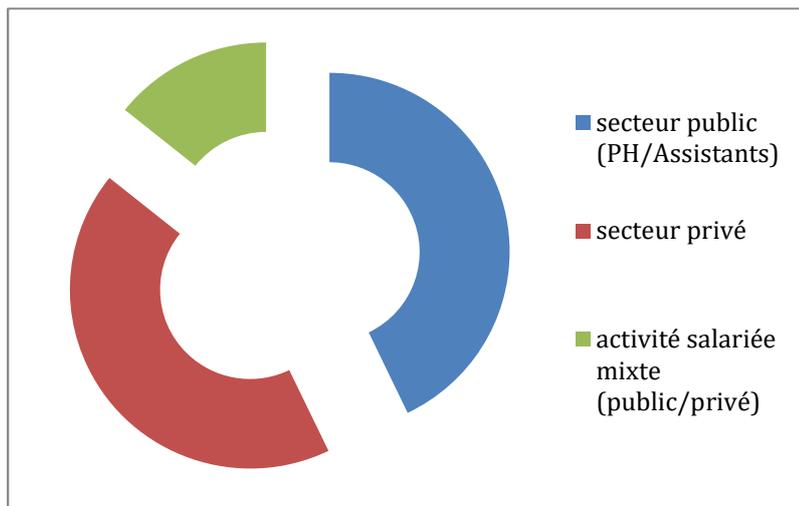
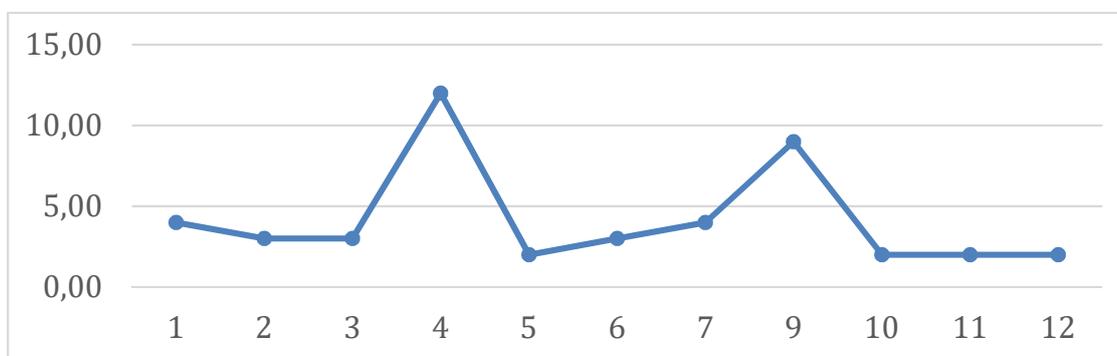


Fig 2. Répartition des médecins salariés

Parmi les médecins toutes spécialités confondues à activité uniquement libérale (n= 70), près de 30% travaillent en cabinet de groupe.

Avec un recul de quatre années, il est récurrent d’observer l’existence d’une **forme de saisonnalité** dans le nombre de premiers appels téléphoniques : plus de 50% des premiers appels a lieu sur les quatre premiers mois de l’année de janvier à avril inclus (66 appels cumulés / 120), avec un pic aux mois de mars et avril. C’est d’ailleurs un point déjà noté dans les données statistiques globales d’activité de MOTS (Cf. Figure 3)

Fig. 3 : répartition mensuelle en nombre de premiers appels téléphoniques sur une année type d’activité globale de l’Association MOTS



L’association prévoit dans son fonctionnement que des appels puissent être reçus 24H/24, 7 jours sur 7. Les premiers appels téléphoniques pendant un jour férié ou le week-end existent, mais sont très rares (un peu moins de 3% des situations sur la population étudiée).

Concernant les types d’accompagnement, la spécificité de MOTS est de pouvoir proposer un accompagnement dans le temps, au cours de plusieurs consultations. Ces dernières peuvent prendre la forme d’entretiens téléphoniques ou de consultations présentes, dans un lieu défini en commun avec le médecin appelant : son cabinet médical, son domicile, au cabinet du médecin effecteur MOTS, etc.

Pour la population concernée dans cette étude, un tableau de suivi et des indicateurs avaient été mis en place dès le début de l'activité dans l'idée de pouvoir compléter les informations issues de la clinique pour une utilisation potentielle future : nombre de consultations par médecin appelant, durée des appels ou des consultations présentes, etc.

Les modalités du suivi reposent de façon prépondérante sur des entretiens téléphoniques. Le nombre moyen d'entretiens téléphoniques par médecin accompagné est de 3.5 (422/ 120 médecins). Le nombre médian est de 3. Pour 4 médecins l'accompagnement a nécessité plus de 15 entretiens téléphoniques (le chiffre alors retenu pour les données statistiques a été arbitrairement fixé à 15).

Le nombre de médecins accompagnés pour lesquels il y a eu au-moins une consultation présente représente un peu moins de 17% de l'effectif (20/120).

Pour 3 médecins une seconde consultation présente à distance de la première a été nécessaire, et même une troisième pour un autre médecin.

Le lieu de consultation présente a été au cabinet du « médecin-patient » dans 14 cas, au cabinet du médecin-effecteur MOTS dans 4 cas. Les autres lieux ont été le domicile du médecin appelant (5 cas), dans un lieu extérieur choisi par le médecin-appelant (café) pour un cas ou au CDOM pour un autre médecin (dans un espace neutre et indépendant préparé dans l'optique de la garantie de confidentialité).

Les durées d'accompagnement :

Il existe de grandes différences suivant les situations, comme on s'en rend compte dans la dispersion du nombre d'entretiens téléphoniques par médecin-appelant.

D'une façon générale, le premier entretien téléphonique est le plus souvent un entretien long, d'écoute à la fois empathique et active et qui peut durer de façon habituelle jusqu'à 1H30.

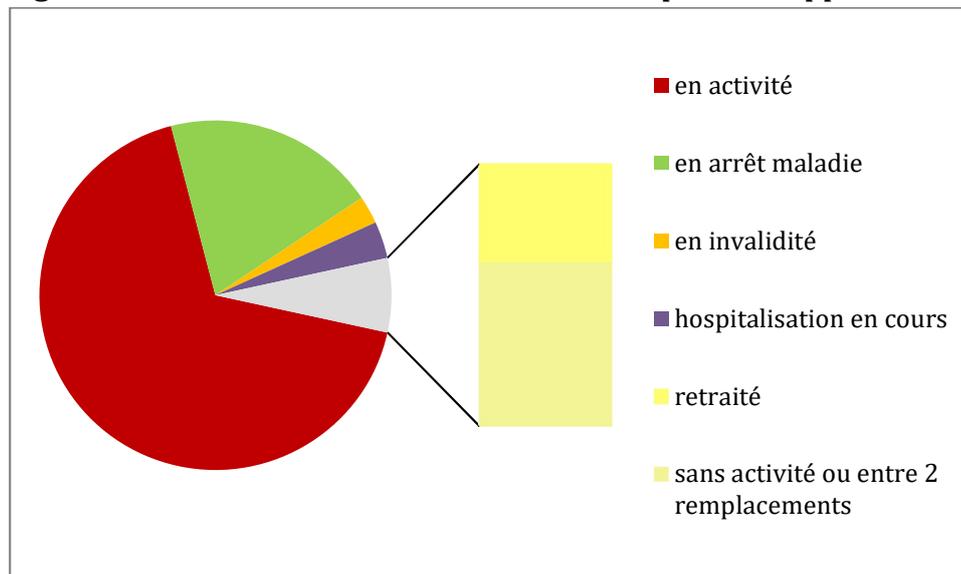
Dans 10% des cas, le premier entretien reste isolé, exprimant alors un besoin de réassurance ou d'une écoute, éventuellement un conseil ou un avis. Ainsi pour 13 médecins, il n'y a pas eu nécessité de proposer une prise en charge ou une orientation vers une personne-ressource complémentaire.

Il est à noter que dans 3 situations, le médecin-effecteur n'a pu établir de contact téléphonique - malgré SMS ou message vocal laissé avec son numéro de téléphone pour être rappelé au moment jugé opportun par le médecin-appelant.

Dans 10 cas (8%), l'appel à MOTS a été réalisé par une tierce personne autre que le médecin concerné : 5 cas par l'épouse ou époux, 4 fois par un confrère et une fois par une amie du médecin concerné par l'appel.

La figure 4 recense les situations professionnelles des médecins au moment de leur premier appel téléphonique.

Fig. 4 : Situation des médecins au moment du premier appel à MOTS :



Quelques grandes caractéristiques sur les motifs d'appel peuvent être identifiées pour la population concernée.

Tout d'abord, les situations **d'épuisement professionnel** (52%) représentent le motif principal énoncé lors de l'appel.

Les causes individuelles de cette rupture de l'équilibre psychosocial sont ici aussi liées à une accumulation de facteurs ou de situations professionnels stressants. La charge de travail en est un, mais en arrière-plan sont notés des éléments négatifs liés à des conflits de valeurs, des conflits éthiques parfois ou de sentiment de perte de reconnaissance socio professionnelle.

Les addictions quand elles sont recherchées ou évoquées spontanément par le médecin-appelant représentent près de 7% des situations rencontrées sur la population concernée ici ; elles ont été un motif d'hospitalisation de 2 médecins, dans les deux cas en lien avec une addiction à l'alcool.

Il est possible que la fréquence des addictions dans la population des médecins-appelant soit sous-estimée. Cette problématique de santé doit pouvoir être questionnée de façon plus systématique.

Les situations à **risque suicidaire à moyen terme sont estimés entre 6 à 7%** (8 cas / 117 – échelle R.U.D.) et 13 médecins-appelant déclarent le plus souvent spontanément avoir déjà fait au-moins une tentative de suicide (11%).

Il est important de souligner que **deux hospitalisations en extrême urgence** ont été déclenchées par le médecin-effecteur pour protéger 2 médecins suicidant. Pour l'un de ces deux

confrères les secours d'urgence ont été mis en oeuvre par appel au centre 15 (passage à l'acte suicidaire en cours). La seconde hospitalisation l'a été **sous contrainte en milieu fermé**.

D'une façon globale toute problématique de santé confondue, 7 médecins (6%) ont bénéficié d'une hospitalisation organisée par le médecin-effecteur.

Si l'on reprend les contextes d'appel en lien avec un **risque de plainte, ou une plainte** (erreur médicale/ relation conflictuelle avec la CPAM, avec le CDOM), ce motif est retrouvé entre 12 et 13% des cas (15/117).

Un fait saillant est à noter : **dans près de 20% des cas** l'existence **d'un conflit entre associés, mais plus encore avec une direction ou un collectif de travail est au premier plan**. Les conflits de valeur et/ou conflits éthiques voire une véritable maltraitance liée à une organisation pathogène ont alors un impact majeur en terme de souffrance psychique.

Sur ces thèmes de la plainte et du conflit, deux situations inédites sont à évoquer où pour chacune, deux médecins d'un même cabinet ont appelé MOTS à quelques mois d'intervalle, sans que le ou les associés n'aient connaissance - à priori - de leur démarche mutuelle.

Dans la première situation, il s'agissait pour l'un des médecins associés d'une crainte de plainte pour erreur médicale et pour l'autre médecin du même cabinet d'une plainte déposée contre lui pour recherche de responsabilité dans le décès d'un patient. Aucun des deux associés n'avait évoqué sa propre situation personnelle sur ce point avec son collègue de travail.

A la question : « Avez-vous pu parler avec vos associés, ou l'un d'eux dont vous seriez plus proche, de cette possible erreur ? », la réponse était négative renvoyant à la culpabilité, à un sentiment d'incompétence.

Dans le second cas, un médecin avait appelé pour une problématique mixte anxio-dépressive sévère et un épuisement majeur. Son histoire personnelle, ses représentations sociales l'entraînaient dans un surinvestissement et une forte exigence professionnels. Son associé a fait appel à MOTS plusieurs mois après pour évoquer ses propres difficultés professionnelles en contexte de conflit avec le premier, conflit originel lié à leurs divergences marquées sur la façon d'organiser, de penser l'activité et la centralité du travail (le nombre de patients à recevoir par journée, l'amplitude horaire, le nombre de visites médicales, l'articulation vie professionnelle-vie privée, etc.).

Dans deux cas, le motif évoqué est lié à une **agression** récente au cabinet par un patient.

Des **difficultés financières** sont rapportées spontanément par le médecin appelant **dans près de 20% des situations** (22 cas). Une partie importante d'entre eux est dans une situation de dettes très importantes vis-à-vis de la CARMF, de l'URSSAF, du Trésor Public etc. Ces confrères peuvent être déjà en redressement ou en liquidation judiciaire lors de leur premier appel. Plus ponctuellement des saisies par des huissiers sont imminentes ou en cours.

Une situation intéressante est à évoquer car unique à ce jour, celle d'une jeune médecin généraliste qui a fait appel à la structure d'accompagnement dans un but de **prévention primaire** : l'aider à mettre en place une organisation de travail actuel en cabinet libéral et future proche dans un projet de maison de santé qui soit protectrice en terme de santé globale et promoteur de bien-être et de qualité de vie au travail. Cet accompagnement s'est déroulé de façon discontinue sur 6 à 7 mois. Il a été réalisé par un regard croisé notamment sur l'organisation individuelle de travail et l'articulation vie professionnelle-vie privée. Des échanges complémentaires ont eu lieu concernant l'aménagement des espaces de travail à partir des plans de la future maison médicale dans un objectif organisationnel plus collectif.

Une autre situation sur la même thématique a fait l'objet d'un accompagnement entrant plutôt dans une démarche de **prévention secondaire**, auprès d'un médecin généraliste ayant vécu un épuisement professionnel sévère au sein d'un cabinet de groupe ; ce confrère était déjà dans un projet avancé de construction d'un nouveau cabinet médical libéral pour se donner les marges de manœuvre nécessaires en travaillant seul et être conforme à ses propres choix d'exercice. Il était en demande d'un éclairage et de conseils organisationnels externes dans cet objectif de prévention d'une récurrence de burnout.

Enfin en arrière-fond, la revue systématique de chaque dossier permet de rechercher la fréquence des **projections de reconversion professionnelle**. Ce type de questionnements peut être latent et plus ou moins marqué, mais il peut aussi faire partie des motifs d'appels. Cela a été évoqué par 27 médecins-appelant (**près du quart des appels !**). Ces projections peuvent aller d'une cessation temporaire mais prolongée d'activité, à une réorientation vers un autre mode d'exercice ou une autre discipline médicale, voire dans quelques rares cas jusqu'à l'hypothèse d'arrêter la profession de médecin.

Données qualitatives : la revue systématique des situations cliniques rencontrées permet d'apporter un éclairage transverse.

Le contexte ou le motif pour lequel un médecin (ou ses proches) appelle induit ou concerne dans l'immense majorité des situations un **sentiment d'impasse** et/ou une perte de repères. Ces confrères et consoeurs sont avant tout en **recherche d'aide, d'empathie et de sens**. Les problématiques sont volontiers anciennes et complexes, plurifactorielles dans plus de la moitié des situations rencontrées avec des intrications psychiques et somatiques, professionnelles et personnelles, financières et sociales.

Cette constatation est à mettre en perspective avec la prévalence des symptômes d'anxiété marquée présente au premier plan dans 40% des situations (46/117), dont l'intensité et l'ancienneté majorent l'impact cognitif. Les souffrances psychiques sont anciennes, avec isolement social, repli et perte d'estime de soi.

Dans 3 cas, le médecin évoque spontanément et assez rapidement l'existence d'un suicide récent dans l'entourage professionnel très proche. Cet évènement dramatique participant du processus de prise de conscience de sa propre situation de souffrance et d'identification à l'autre, en plus de la culpabilité de n'avoir pas vu venir, pas pu prévenir.

La revue systématique des cas cliniques retrouve ainsi un épuisement réactionnel, une anticipation péjorative de l'avenir, une anxiété généralisée ou un épuisement médico-professionnel déjà très avancé. **Une automédication par anxiolytiques et/ou antidépresseurs** est rapportée là-encore spontanément dans 15% des cas. Une recherche de symptômes dépressifs est essentielle.

Cette évaluation questionne dans ces situations de fragilité le risque suicidaire, évalué alors périodiquement au cours des entretiens et consultations.

Concernant l'aspect plus spécifique de **l'épuisement professionnel** comme cela a été précisé plus haut, la surcharge de travail n'est pas le seul élément explicatif. Elle peut même parfois être subjectivement et paradoxalement absente. Ce déséquilibre psychosocial se retrouve dans le décalage entre un surinvestissement professionnel et le sentiment de non reconnaissance sociétale que ce soit de la part des pouvoirs publics, alors vécue comme « un certain mépris » de l'administration ou des directions de cliniques et d'hôpitaux, mais aussi parfois de la part des patients.

Une conscience professionnelle poussée, avec exigence d'infailibilité, de (sur)-performances, d'« hyper-disponibilité » vis-à-vis des patients est récurrente dans cette problématique. Des traits de caractère perfectionnistes sont retrouvés, mais surtout des difficultés à s'affirmer, à dire non, à se respecter dans ses propres attentes. Les injonctions paradoxales sources de conflits éthiques et une absence -au-moins perçue- de marges de manœuvre renforcent le sentiment d'impasse et sont autant de facteurs de stress.

Des conflits de loyauté peuvent être présents, à l'origine d'un sentiment de culpabilité : s'occuper de soi en baissant son activité ou accepter d'être en arrêt maladie va avoir un « effet domino » sur le reste de l'équipe, sur la capacité de prise en charge des patients... Cela est aussi vrai pour les médecins qui peuvent partir à la retraite mais ne trouvent pas de remplaçant, les plaçant en situation de tension entre leurs propres aspirations et la culpabilité de laisser leur patientèle sans successeur. Le (non)- choix se porte alors sur la poursuite de l'activité, en attendant ...

La souffrance liée à ces déséquilibres est importante. Elle induit des modes de défense variés : somatisation et symptomatologie neurovégétative, psychique avec insomnies, isolement, désinvestissement dans la sphère extra professionnelle. A cela s'ajoute un sentiment de ne pas être à la hauteur, ce qui renforce la peur d'en parler et aggrave l'isolement.

Paradoxalement, l'exercice en cabinet de groupe ne semble pas « immunisant » vis-à-vis de l'isolement professionnel.

Voici quelques verbatim issus des entretiens :

Une femme médecin généraliste en libéral : « On est confrontés à des situations sociales catastrophiques, on n'a pas d'aide. On est pompier social »

Une autre généraliste « Avant, j'étais considérée par mes patients, mais depuis que je me suis installée ici, j'ai une patientèle consommatrice de soins, à qui il faut dire non, expliquer pourquoi on fait comme ci et pas comme ça.. »

Un homme généraliste, 59 ans : « je ne peux plus les voir !.. »... à propos de ses patients

Un médecin salarié : « avec les patients ça va, mais les administratifs je ne les supporte plus (..) mais j'aime mon travail !»

Un psychiatre de 50 ans en libéral : « je n'en peux plus, je ne les supporte plus (...) mais j'aime mon métier »

Un généraliste en ville : « j'ai stoppé tabac et alcool, ce sont mes patients qui m'encouragent à prendre soin de ma santé.. »

*Une autre généraliste en cabinet de groupe avec forte activité, en semi rural – 57 ans :
« j'ai le sentiment de jouer un rôle face à mes patients, de ne plus ressentir d'empathie, d'être anesthésié de mes affects. Alors qu'en dehors des situations professionnelles, j'ai développé une hyper-émotivité»*

Une jeune urgentiste : « mon cerveau ne fonctionne plus à cause de mon épuisement et de mon surmenage »

*D'autres « j'arrive pas à me concentrer »
« depuis 3 mois, mon cerveau s'est mis en grève.. »
... « La pression est de plus en plus difficile à supporter avec l'agressivité des patients »
... « je ne sais pas dire non »
« Je ne supporte plus d'aller au travail, mais je joue le jeu (..) on fait un métier d'acteurs... »
« Je ne me reconnais plus dans cette pratique de la médecine »*

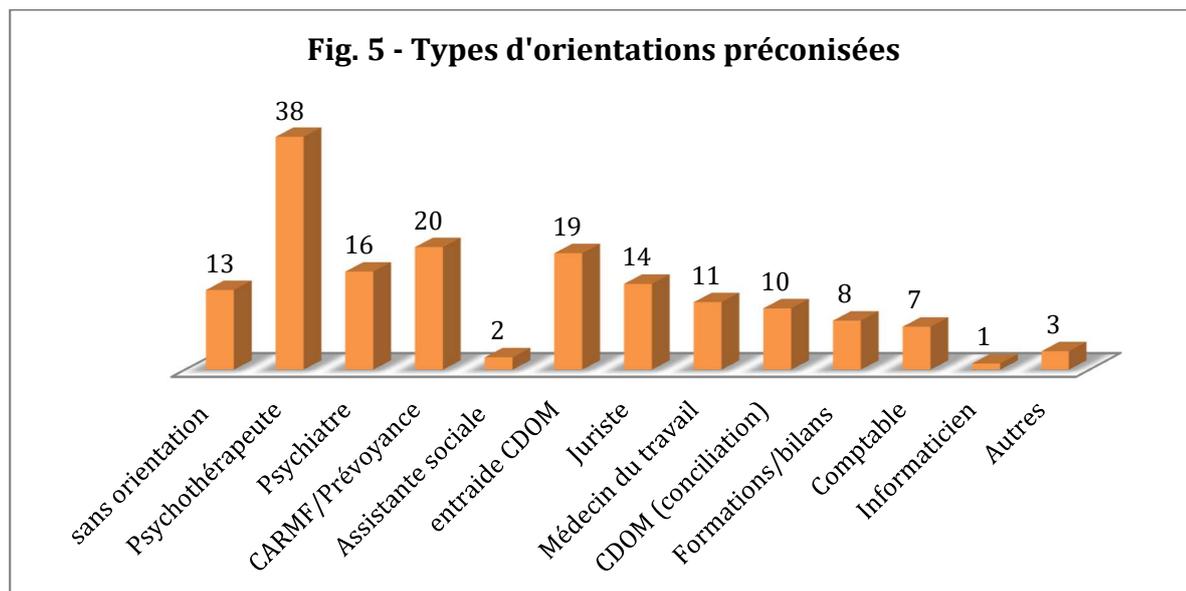
Dans un contexte de plainte ou de risque de plainte pour erreur médicale :

« Ca tourne à l'obsession, ce n'est pas facile d'en parler à des confrères, c'est difficile d'exposer ses propres problèmes »

« C'est difficile d'affronter le regard des autres... »

« J'éprouve un sentiment de nullité [...] je ne sais pas trop ce que je fais dans ce boulot.. »

La Figure 5 reprend les différentes orientations (cumulées) préconisées pour une prise en charge complémentaire éventuelle du médecin appelant.



L'orientation vers un juriste comprend aussi l'indication de conseil financier autre que la comptabilité classique (redressement judiciaire,..).

La notion de formation/bilans comprend les bilans de compétences (Centre National de Gestion pour les médecins hospitaliers, bilan de compétence financé par le CNOM pour les libéraux souhaitant arrêter la profession).

Les trois orientations « autres » sont plus précisément : une préconisation de prise en charge cardiologique pour suivi d'une pathologie négligée, pour un autre médecin un bilan de santé auprès du centre d'examens de santé d'Avignon – MED-DOC 84) qui développe depuis début 2015 des bilans de santé dédiés aux médecins, enfin une préconisation de prendre l'avis d'un architecte d'intérieur pour modifier l'agencement de la salle d'attente vis-à-vis du cabinet médical lui-même et corriger les contraintes spatiales existantes ayant un impact organisationnel fort.

3. Discussion :

Une analyse issue d'une série de 120 cas ne peut bien évidemment être extrapolable à une population médicale plus importante. Le biais de recrutement est important.

Néanmoins, ce premier travail rétrospectif permet de dégager un certain nombre de constats et de pistes de prévention :

Tout d'abord, la création d'une structure d'accompagnement de médecins en épuisement ou en souffrance psychique prévue initialement pour les médecins libéraux a finalement aussi pour recrutement un pourcentage important (42%) de médecins salariés.

D'autre part l'offre répond à une demande. Le pic d'appels dans les premiers mois de l'année est une constante et ce quelle que soit la région. Ce phénomène est synchrone des périodes où la communication sur l'Association MOTS est la plus importante : flyers envoyés par les CDOM en même temps que l'appel à cotisation annuelle, bulletin du Conseil Régional de l'Ordre, médias, etc.

Il est objectivable que des médecins en difficultés franchissent le pas de l'appel téléphonique à ce moment-là. Le fait que quelques médecins (2.5%) contactent l'accueillante téléphonique de la structure dans une démarche de demande d'aide et ne soient plus joignables par le médecin effecteur malgré plusieurs tentatives rappelle la grande difficulté à demander de l'aide, malgré une règle de confidentialité absolue posée dès le premier appel à MOTS.

Pour les autres confrères (97.5%) qui sont majoritairement en difficultés à demander de l'aide mais qui l'activent malgré cette résistance, ils ne représentent finalement « qu'une petite partie émergée de l'iceberg » de la population des médecins en souffrance. Pour preuve, les médecins-appelant témoignent régulièrement dans la description de leurs problématiques médico-professionnelles de l'épuisement de leurs collègues (en secteur libéral de groupe comme en secteur hospitalier public, privé ou médico-social incluant les équipes de soins). Tous ces derniers ne sont probablement pas pour autant conscients de leur propre degré d'épuisement, mettant en jeu un mode de fonctionnement défensif individuel et collectif.

Le médecin-appelant retrouve en miroir chez ses confrères sa propre situation de détresse psychosociale. Ainsi plusieurs fois, un médecin accompagné par MOTS a dans les mois suivants réussi à convaincre un confrère proche d'appeler à son tour pour être aidé.

Si l'âge moyen au moment du premier appel à MOTS est plus jeune chez les femmes (48.2 ans) que dans la population masculine (53.9 ans), une différence est très notable pour les âges médians (respectivement 47 vs 57 ans), comme pour la dispersion (25-69 ans chez les femmes vs 36-67 ans pour les médecins hommes).

Cela n'est pas anodin. Cette donnée factuelle est complémentaire d'une constatation pouvant être qualifiée de subjective, mais qui ressort nettement dans mon expérience : les femmes médecins de ce groupe sont plus sensibles à une dégradation de leur équilibre et soucieuses

probablement plus tôt de l'impact sur leur santé psychique et somatique de situations de travail dégradées :

Une MG libérale en surcharge importante de travail, sans marge de manœuvre ni sentiment de reconnaissance :

« j'ai l'impression d'être dans un mouvement brownien incessant ; je ne peux pas continuer comme ça, je vais finir par le payer au plan physique et psychique »

Une autre généraliste en libéral :

« je sens que je suis plus malade que mes patients qui eux, prennent le temps de faire plein de choses pour eux ; nous n'avons aucun suivi nous, les médecins »

Une MG de 53 ans en cabinet de groupe :

« je suis décomposée de constater le mal-être général, les gens que je reçois vont mal et je me dis que je vais aussi mal qu'eux ! »

Une urgentiste en activité : « Actuellement, je le sais, je ne suis plus apte à prendre des gardes »

Ces femmes médecins « sentinelles » (en écho à la notion de réseau et de personnes « sentinelles » dans la prévention du suicide créé initialement au Québec) ⁽¹⁻³⁾, au-delà de leur propre épuisement ou mal-être, sont en alerte vis-à-vis de leurs confrères hommes en difficultés ou en souffrance :

Une PH : « j'ai l'impression que mes confrères sont dans la même situation que moi et je suis inquiète pour eux »

Une MG libérale de 50 ans en cabinet de groupe à très forte activité :

« quand on a fini, il y a toujours à faire ; je travaille comme un homme, dans un collectif masculin et je sais que mes confrères qui ont mon âge sont en difficultés mais ne l'expriment pas »

Le MBI Test ⁽⁴⁻⁵⁾ (Maslach Burnout Inventory) est intégré au guide d'autoévaluation à visée réflexive utilisé à MOTS. Cette échelle de score de l'épuisement professionnel comporte 22 questions qui permettent d'explorer 3 dimensions : son épuisement émotionnel, son niveau de déshumanisation dans sa relation aux autres, son degré d'accomplissement personnel au travail. Les réponses se font sur une échelle de Likert en 7 points.

C'est l'outil le plus utilisé pour mesurer le burnout malgré ses limites, notamment du fait de l'absence de définition nosologique. Le MBI est donc construit sur une échelle progressive statistique sans notion de seuil pathologique.

Dans cette expérience, cet outil accompagné dans son interprétation présente cependant un double avantage qualitatif : il permet de sortir du déni individuel dans lequel des médecins étaient sur leur propre situation. Il a été utile aussi lorsque le score d'épuisement émotionnel était très élevé alors que celui du critère de dépersonnalisation était faible, pour mettre en

perspective une possible compensation temporaire. Sous cet angle, cela a aidé des médecins à décider de mettre en œuvre sans tarder un certain nombre de mesures correctrices et protectrices pour le moyen et long terme.

Pour les problématiques sociales, et plus particulièrement sur les possibilités d'aide financière et d'entraide (entraide ordinale, AFEM), il est intéressant de noter que plusieurs médecins ne connaissaient pas leur existence et la possibilité d'y faire appel !

Enfin, 6 parmi les 42 médecins salariés -donc ayant un médecin du travail - l'avaient déjà consulté avant leur premier appel à MOTS.

Une rencontre présentielle n'est pas toujours nécessaire en fonction de la problématique. Quand elle est indiquée et facile à organiser (gestion du temps vis-à-vis des distances géographiques pour le médecin appelant aussi bien que le médecin-effecteur) elle a toujours été bénéfique. Mais l'accompagnement par entretiens téléphoniques conserve toute sa pertinence en efficacité. Une fois le premier contact établi il n'y pas de problème particulier pour le médecin appelant à « passer de l'autre côté du bureau ». L'enjeu est ailleurs et il est urgent : pouvoir prendre un moment pour être écouté et entendu par un confrère dans un espace neutre et de confidentialité.

Réflexion prospective : vers une nouvelle discipline ?

La notion de « médecin-effecteur » répond à une définition de mission, de fiche de poste spécifique à l'association MOTS (Cf. définition de la fonction en annexe).

La question sous-jacente au choix du terme qui définirait de façon plus générique un médecin accompagnant des confrères en difficulté dans un objectif de mettre en place une prise en charge n'est pas anodine.

Le titre de ce mémoire a beaucoup évolué depuis le début de ce travail. Un des titres possibles était le suivant : « Médecins en épuisement, en souffrance ou en difficultés médico-professionnelles suivis par un **pair** au sein d'une structure d'accompagnement dédiée : un premier retour d'expérience portant sur 120 médecins accompagnés. »

Le choix de la notion de « pair » (dans son sens sociologique de personnes ayant la même profession, la même fonction) était initialement lié à la démarche d'accompagnement mise en œuvre qui repose ici sur la confraternité : un confrère qui aide un autre confrère en difficultés. Mais en même temps, il ne s'agit pas seulement de confraternité. Les médecins-appelant sont dans l'immense majorité des cas en situation de souffrance, voire de détresse médico-psychologique.

Un « médecin-appelant » est donc dans la situation d'un « médecin-patient » qui consulte un « médecin tiers ». Ainsi, en plus de la confraternité, l'implication pour ce dernier est de veiller à la plus stricte confidentialité des échanges vis-à-vis de toute autre personne ou structure. C'est une obligation éthique et déontologique.

Le médecin qui accueille la souffrance, le vécu intime médical, personnel, professionnel de son confrère est dans la position de tout médecin vis-à-vis de son patient. Le secret médical et professionnel s'imposent à lui.

Le médecin-appelant n'est donc plus seulement un pair.

Mais ce « médecin tiers », ou « médecin pour des médecins » n'est pas pour autant un médecin traitant, ou un médecin spécialiste d'organe ou un psychiatre consulté par un confrère pour une prise en charge thérapeutique.

Il n'est pas non plus le médecin du travail du médecin-appelant. Les médecins salariés ont leur propre médecin du travail qui est d'ailleurs une ressource utile potentiellement comme cela a été vu plus haut. Quant aux médecins libéraux ils ne disposent pas aujourd'hui de suivi en santé au travail. De plus, la « visite médicale » en médecine du travail a pour les salariés un caractère obligatoire. Elle donne lieu à la délivrance d'une « aptitude » à un poste, assortie éventuellement de restrictions ou de préconisations d'aménagement de poste, voire dans les situations médico-professionnelles les plus complexes pour protéger in fine la santé d'un salarié, d'une inaptitude au poste de travail concerné.

Et pourtant dans l'expérience menée ici et dans la pratique définie à MOTS, le médecin-effecteur est compétent en santé au travail et en ergonomie. Il peut proposer d'accéder au poste de travail -pour les libéraux - et faire une analyse organisationnelle voire ergonomique de l'activité de ce confrère en demande d'aide. Le médecin-effecteur ne se substitue jamais au médecin du travail des médecins salariés. Il peut orienter alors ces derniers vers celui-ci comme ressources internes à l'établissement où exerce le médecin-appelant.

L'analyse de la demande d'aide va ainsi au-delà du simple motif d'appel tel qu'énoncé lors du premier contact et fait partie intégrante du travail d'accompagnement. Elle est toujours utile car le motif d'appel cache bien souvent d'autres problématiques sous-jacentes. Et pour autant, il ne s'agit pas de se placer dans une approche psychothérapique mais de faciliter et guider la co-élaboration d'un parcours de soins ou de prévention avec le médecin appelant. Cette **analyse conjointe basée sur une approche systémique** permet de définir les orientations à mettre en œuvre, les éventuelles personnes ressources autres à consulter pour une prise en charge plus spécifique et prolongée.

Un médecin accompagnant d'autres médecins dans la promotion de leur santé globale, dans un objectif partagé de mieux être médico-professionnel, d'équilibre dans leur métier de soignant et in fine de bien être personnel, qui conseille leur organisation de travail ou encore les accompagne vers un travail de réseau à visée thérapeutique, exerce ainsi un nouveau métier, une nouvelle discipline.

Il conviendrait de préciser plus avant le terme le plus adapté à ce nouveau métier.

Le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) ⁽⁶⁾ créé en 1990 dénomme cette fonction similaire d'accompagnement par le vocable de « médecin-conseil ».

Ce terme étant utilisé en France pour désigner les médecins-conseils auprès des Caisses d'Assurance maladie, la proposition faite au cours de la rédaction de ce mémoire et dans cette optique est celle de « *médecin-ressource* » ; cette proposition a fait l'objet d'un débat collectif et d'échanges lors de la dernière session du DIU.

Au cours de ces échanges, le terme de « coach » a été notamment évoqué. La définition et l'objectif du coaching renvoient à la notion de développement personnel à objectif professionnel, dans le but d'« optimiser » et d'augmenter ses « performances ». L'objet de l'accompagnement proposé par MOTS est clairement différent, comme cela a été précisé plus haut.

Les termes de médecin « accompagnateur » ou « médecin de soutien » pourraient être adaptés. La dénomination de « confrères de soutien » est par ailleurs celle qui a été retenue par l'Association ASRA⁽⁷⁾.

Le modèle d'accompagnement par une structure ressource repose sur un réseau pluridisciplinaire et la possibilité de mettre en œuvre une synergie locale rapidement. Pour ce qui concerne les hospitalisations, le fait d'avoir développé un partenariat avec le réseau de l'APSS permet une relation directe, adaptée, réactive et pour ce point particulier de pouvoir assurer une délocalisation de la prise en charge hors du bassin de patientèle du médecin si besoin.

Le lien développé localement avec les conseillers ordinaires des CDOM (« médecins-référents MOTS ») en matière d'entraide ordinaire est précieux et facilitateur.

Des points de difficultés et donc d'amélioration ont pu être identifiés. Ils sont sources de propositions sur cinq thématiques :

- une difficulté importante identifiée aujourd'hui est un maillage de proximité géographique insuffisant pour certaines compétences : personnes relais pour des conseils juridiques, financiers et comptables par exemple.

Le lien avec des psychologues et psychothérapeutes formés plus spécifiquement à l'accompagnement thérapeutique des soignants doit être organisé et développé là-encore dans une proximité géographique adaptée.

La difficulté à trouver des groupes Balint ou des groupes de pairs est un des freins qui a pu être identifié lorsque ce type d'orientations était préconisé.

Une partie importante de l'accompagnement concerne aussi des aspects sociaux complexes, pour lesquels des personnes ressources internes en appui seraient d'un apport certain.

- enseigner dès la faculté que tout être humain donc tout médecin est faillible et apprendre de nos erreurs comme apprendre à demander de l'aide : il est indispensable de poursuivre et de généraliser cet apprentissage qui se fait dans certaines facultés auprès des étudiants.

Dans les entreprises structurées en santé-sécurité, l'apprentissage et la culture de la prévention des risques est la norme. Elle intègre le facteur humain. Cela implique que tout incident significatif, chaque presque-accident ou accident du travail est analysé par des méthodes standardisées (ex : arbre des causes), discuté, partagé en retour d'expérience et diffusé pour éviter de reproduire les mêmes erreurs et promouvoir les idées innovantes sur ce sujet majeur.

Ce type d'approche systématique, si elle est dédramatisée et menée sans jugement doit faire partie intégrante de nos pratiques pour la prise en charge et la prévention des événements indésirables et des erreurs médicales.

- la limite de l'analyse organisationnelle sur place au cabinet lorsque le médecin-appelant exerce en cabinet de groupe, vis-à-vis du respect de sa demande de confidentialité dans son appel à une structure d'aide.

Un axe de prévention pourrait être plus globalement de développer et systématiser un enseignement au cours du 3^e cycle des études médicales portant sur différents modules, par exemple :

- exercice en cabinet médical libéral : écueils et facteurs de protection (aspects juridiques, comptabilité, prévoyance, informatique, relation avec les organismes sociaux, structures d'entraide et d'accompagnement, ...)
- exercice en maison de santé ou en exercice collectif : aspects d'organisation (quand et comment demander une intervention collective de conseil organisationnel), formation au management d'équipe et ressources humaines, etc.
- promouvoir les facteurs de qualité de vie au travail : organisation du travail, aspects ergonomiques, concilier vie professionnelle-vie privée, ...

- une forme de parrainage par un médecin senior volontaire et choisi par le jeune médecin pour ses premières années d'installation.

Dans la continuité d'un tutorat systématique pendant l'internat, la soutenance de la thèse serait le moment privilégié pour formaliser un lien de disponibilité, d'appui de régulation et d'aide confraternelle entre jeune médecin et pair référent pour les premières années d'exercice.

Ce modèle est déjà utilisé dans des métiers à fort engagement émotionnel : jeunes pompiers par exemple.

- évaluer les actions notamment sur les changements apportés à distance sur le vécu personnel et professionnel des médecins-appelant.

Conclusion :

Depuis les années 1990, quelques pays comme le Canada, mais aussi en Europe la Grande Bretagne ou l'Espagne se préoccupent de la santé des soignants et des médecins en particulier, développent des programmes de prévention du suicide, d'aide et de prise en charge de l'épuisement professionnel, de prévention primaire intégrant les spécificités du métier de soignant.

En France, ce n'est que depuis peu que des initiatives inspirées des retours d'expériences à l'étranger se mettent en place. Ces associations d'aide aux médecins répondent d'abord à une aide à la prise en charge de situations d'épuisement professionnel. Elles s'inscrivent dans le cadre de l'entraide confraternelle. Une charte a été rédigée et signée en 2014 -2015 entre le CNOM et chacune des quelques associations travaillant à l'aide aux médecins en difficulté.

Ces initiatives répondent à un besoin des médecins libéraux, comme des praticiens salariés qui représentent près de la moitié des appels dans cette étude rétrospective.

Lorsqu'un accompagnement est proposé dans un objectif systémique, il est utilisé et répond à une demande.

Mais au-delà des seuls aspects de prévention tertiaire, un objet essentiel de la structure au sein de laquelle est mené ce travail est de restaurer et promouvoir chez les médecins-appelant un équilibre personnel/professionnel/soignant intégrant les spécificités du métier de médecin. Ses objectifs concernent aussi bien la mise en œuvre d'une démarche de prévention primaire individuelle physique et psychique et de promotion du bien-être au travail, qu'une co-élaboration d'un parcours de soins et de prise en charge dédiée lorsqu'elle est nécessaire.

Pendant les études médicales, cet accompagnement devrait être systématisé par un tutorat individuel puis pourrait évoluer vers un « parrainage » par un senior choisi lors de la thèse pour les premières années d'installation.

Développer et systématiser dès la faculté l'enseignement des échanges de pratiques, former sur l'exercice libéral est indispensable : modules d'enseignement sur ces aspects à généraliser à partir des retours d'expériences menées dans certains départements, développer la prévention primaire et la promotion d'un équilibre autour des spécificités du métier de soignant.

Une nouvelle discipline spécialisée doit être créée et reconnue sous l'appellation par exemple de « médecins-ressource».

La mise en réseau de structures dédiées à destination des médecins, à compétence en santé au travail et pluridisciplinaires doit être développée, facilitée et pérennisée pour : promouvoir la santé des médecins, les conseiller dans leur organisation professionnelle, être à leur écoute et si nécessaire les accompagner dans un réseau de soins spécialisé.

La mise en place d'outils à visée épidémiologique pour améliorer les connaissances sur la santé des soignants en France fait partie intégrante du travail réalisé au sein de ce type de structures.

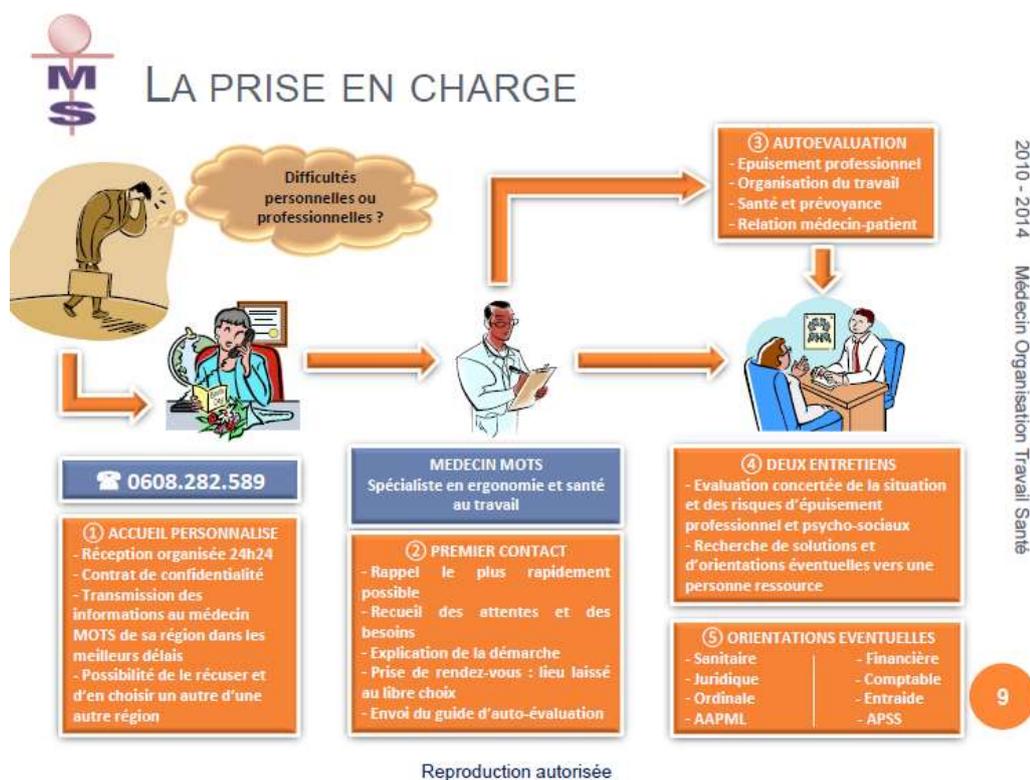
Pour rester « soignants », les médecins ont un droit individuel et collectif, celui de prendre soin d'eux. Cela est un devoir sociétal et c'est aussi un enjeu de santé publique.

Références bibliographiques

- (1) Ministère de la Santé et des Services sociaux – Santé publique du Québec : Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec - Rapport d'évaluation. Ed. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux – 2012 ISBN : 978-2-550-65936-5
- (2) Association Québécoise de prévention du suicide. (En ligne) disponible sur : <http://www.aqps.info/aider/devenir-sentinelle.html>
- (3) SNOECK P. Les réseaux Sentinelles : élargir la prévention du suicide en province de Liège – 2012 (en ligne) disponible sur : <http://www.revueobservatoire.be/Les-reseaux-Sentinelles-elargir-la-prevention-du-suicide-en-province-de-Liege?return=publication>
- (4) MASLACH C., JACKSON S. The measurement of experienced burnout – Journal of Occupational Behaviour -1981 Vol.2, 99-113
- (5) LANGEVIN V., BOINI S., FRANÇOIS M. et al. Risques psychosociaux : outils d'évaluation – Maslach Burnout Inventory (MBI) – références en santé au travail Sept. 2012 - n° 131-INRS FRPS 26
- (6) Programme d'Aide aux Médecins du Québec. (En ligne) disponible sur : www.pamq.org
- (7) Association ASRA -Aide aux Soignants de Rhône-Alpes.

Annexes

1- Processus de fonctionnement de MOTS dès la prise d'appel téléphonique d'un médecin :



2- Définition et missions du « médecin effecteur » :

Médecin compétent en ergonomie et santé au travail, il peut être issu de la médecine du travail, mais aussi de toute autre spécialité. Soumis au secret médical, son indépendance est garantie dans l'ensemble de ses missions définies par les statuts, le règlement intérieur et la charte éthique de l'Association MOTS.

Son approche concerne tout autant l'analyse des conditions d'exercice (en cours ou à venir) du médecin-demandeur, que leurs articulations avec les autres sphères de vie.

Son objectif est la recherche de mesures de prévention individualisées à chaque situation pour préserver ou restaurer l'état de santé du médecin qui le sollicite.

Un des moyens étant de faire du médecin-patient l'acteur de sa propre santé : favoriser son autonomie en lui donnant la latitude nécessaire pour agir sur ses conditions de travail et la capacité d'influer sur les décisions qui touchent à son environnement de travail.

3- Evaluation du risque suicidaire à l'aide de l'outil R.U.D. :

Outil simple et rapide d'évaluation portant sur le *risque suicidaire (R)* : facteurs sociaux, antécédents psychiatriques, troubles somatiques, *l'urgence de la menace (U)* et la *dangerosité du scénario suicidaire (D)* : potentiel de létalité des moyens à disposition et facilité d'accès à ces moyens.

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

In PEROGAMVROS, CHAUVET, RUBOVSKY. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? Rev Med Suisse 2010;1555-1557 (en ligne) – disponible sur : <http://www.revmed.ch/rms/2010/RMS-259/Quand-referer-aux-urgences-un-patient-presentant-une-crise-suicidaire> (consulté le 25 aout 2016)

Abréviations

- AFEM : Aide aux Familles et Entraide Médicale
- APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants
- CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
- CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CNOM : Conseil National de l'Ordre de Médecins
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- PH : Praticien Hospitalier

Résumé et mots clés

En France, organiser un accompagnement des médecins dans un objectif de prévention globale et de prise en charge de leurs problématiques de santé psychosociale par des confrères spécifiquement formés, a-t-elle une utilité ?

La méthodologie repose sur une analyse rétrospective (quantitative et systémique) d'une série de situations toutes traitées par un même médecin au sein de l'association MOTS (Médecins-Organisation-Travail-Santé). Son fonctionnement repose sur une charte éthique et un engagement du respect professionnel strict.

Résultats : La principale problématique est liée dans 52% des cas à une situation **d'épuisement professionnel**. **Les addictions** sont présentes dans près de 7% des cas et ont pu être un motif d'hospitalisation. Les situations à **risque suicidaire à moyen terme sont estimées entre 6 à 7%** (Echelle R.U.D.) et 11% déclarent le plus souvent spontanément avoir déjà fait au-moins une tentative de suicide. **Deux hospitalisations en extrême urgence** ont été déclenchées par le médecin de l'association pour protéger 2 médecins suicidant. D'une façon globale, toute problématique de santé confondue, 7 médecins (6%) ont bénéficié d'une hospitalisation à la demande du médecin de MOTS. Les appels en lien avec un **risque de plainte, ou d'une plainte** (erreur médicale/ relation conflictuelle avec la CPAM, ou avec le CDOM), représentent 12 à 13% des appels. Un fait saillant est à souligner : **dans près de 20% des cas l'existence d'un conflit entre associés, mais plus encore avec une direction ou un collectif de travail est au premier plan**. 20% sont dans des **difficultés financières**. **Une automédication par anxiolytiques et/ou antidépresseurs** est rapportée spontanément dans 15% des cas. L'éclairage systémique apporte des éléments de compréhension en lien avec le travail : **sentiment d'impasse, recherche d'aide, d'empathie et de sens, dysfonctionnements voire véritable maltraitance organisationnels**.

Discussion et conclusion : l'offre d'une structure d'aide et d'accompagnement médico-professionnelle et sociale pour les médecins répond à une demande qui dépasse les seuls médecins libéraux. La population suivie ici ne représente « qu'une petite partie émergée de l'iceberg ». Il ne s'agit pas seulement de confraternité, les médecins-appelant sont dans l'immense majorité des cas en situation de souffrance voire de détresse médico-psychologique et donc dans la situation d'un « médecin-patient » consultant un « médecin-tiers ». Ce dernier a ici un **rôle spécifique et nouveau**, celui d'un médecin accompagnant d'autres médecins dans la promotion de leur santé globale, dans une démarche d'amélioration de leur vécu médico-professionnel, qui conseille leur organisation de travail ou encore les accompagne vers un travail de réseau à visée thérapeutique. Il exerce ainsi **un nouveau métier, une nouvelle discipline, que l'on pourrait nommer par exemple « médecin-ressource »**. Ce travail ne peut s'effectuer qu'au sein d'un **réseau pluridisciplinaire à compétence en santé au travail**.

MÉDECINS-SOIGNANTS-ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL-BURNOUT-SUICIDE-ADDICTIONS-
ACCOMPAGNEMENT-ENTRAIDE-PRÉVENTION-SANTÉ AU TRAVAIL-ETUDE RÉTROSPECTIVE-
MOTS