



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 Alice Touzaa

**MEDAIDE OU LA MISE EN PLACE D'UN GROUPE DE
TRAVAIL « SOIGNER LES SOIGNANTS »
A L'URPS ML PACA.**

Les projets, facteurs facilitants, freins et résistances

Membres du jury :

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

1. INTRODUCTION

Le syndrome d'épuisement professionnel a été décrit pour la première fois chez les soignants par Freudenberg en 1974 dans les centres de désintoxication, comme une « brûlure interne », même si la notion, restée confidentielle jusqu'alors, est plus ancienne.

Le terme a été depuis repris et décrit de manière suffisamment floue pour être adapté à l'ensemble des professions. Étonnamment, notre société « oublie » qu'il touche particulièrement les soignants. Pour le grand public, le médecin appartient à une classe sociale favorisée, plus protégée de la maladie, sans problèmes économiques. C'est un professionnel capable de se garder en bonne santé puisqu'il connaît les maladies et les traitements ! Et même les risques des addictions ! Il est libre d'organiser son temps et sa charge de travail [1].

Pourtant la médecine est une profession particulièrement exposée au risque de souffrance. La prévention et la prise en charge de l'épuisement professionnel qui touche environ 10 % de la profession représentent un enjeu pour la santé publique et pour la démographie.

Les URPS, représentantes des médecins libéraux en région, ont entre autres comme mission l'organisation de l'exercice libéral. En PACA, l'URPS s'est dotée d'un groupe de travail MEDAIDE, pour organiser une prévention primosecondaire de l'épuisement professionnel, avec en particulier la sensibilisation et la formation de guetteurs/veilleurs. Nous verrons comment la construction de ce projet bénéficie de facteurs facilitants dont les ressources de l'URPS ainsi que celle des élus, celles des membres de MEDAIDE et des structures déjà existantes. Au cours de sa maturation un certain nombre de freins voire de résistances ont pu être mises à jour. L'objet de ce travail est de les identifier dans le but de pouvoir ensuite aider tous nos confrères à développer leurs solutions d'adaptation.

2. LE CONTEXTE ET LA DYNAMIQUE DE CRÉATION DU GROUPE MEDAIDE

2.1. LE CONTEXTE : LES URPS-ML

2.1.1. Les URPS

Issues de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST), les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux remplacent depuis 2011, les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML), instaurées par la loi Teulade.

Les URPS Médecins représentent tous les médecins exerçant à titre libéral au sein d'une région, eux-mêmes représentés par une assemblée. Cette assemblée est composée, selon l'importance de la région de 10 à 80 élus issus de listes syndicales et, organisée en trois collèges, l'un représentant les médecins généralistes, un autre les chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes et enfin celui représentant les autres spécialistes. Renouvelable tous les cinq ans, l'assemblée

élit un bureau constitué de huit membres qui assure et met en œuvre la politique décidée par l'assemblée.

Le résultat des élections, organisées par les ARS, en concertation avec les syndicats représentatifs, permet de déterminer la représentativité nationale d'un syndicat.

À côté des syndicats qui assurent la défense de la profession et de l'Ordre des médecins, garant de l'éthique et de la déontologie, les Unions contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale.

L'URPS-ML PACA comporte 80 membres et emploie 9 personnes.

2.1.2. Les missions de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Elles sont définies par l'article R. 4031-2 du code de santé publique [5].

Les Unions Régionales contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale. Elles participent théoriquement et notamment :

- À la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé
- A l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui va permettre entre autres de décider des autorisations de matériels lourds ou autorisation d'activités chirurgicales ou de soins
- À l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice
- À des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique
- À la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L. 4135-4
- Au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés
- À la mise en œuvre du développement professionnel continu.

Le siège de l'URPS, c'est la maison des médecins.

En pratique les Unions peuvent avoir une influence plus ou moins importante : place strapontin ou partenaire réel de l'ARS. L'actuel bureau de l'URPS PACA s'est donné les moyens d'être un véritable interlocuteur de l'ARS PACA.

2.1.3. Signature d'un CPOM avec l'ARS PACA

Récemment l'URPS PACA a signé avec l'ARS PACA un CPOM : feuille de route sur trois ans qui prévoit sept axes de travail pour améliorer l'accès aux soins de proximité.

- Le recensement et mise à jour des compétences et pratiques des médecins libéraux pour réduire l'inégalité d'accès aux soins
- Le développement d'organisations permettant un exercice coordonné

- L'accompagnement des internes vers l'exercice libéral et notamment en zone fragile
- Le développement des plates-formes territoriales d'appui
- Le développement et déploiement d'une stratégie de systèmes d'information pour l'offre de proximité
- Le développement de la prévention médicalisée dans le secteur libéral
- L'amélioration de la permanence et de la continuité des soins ambulatoires

2.1.4. L'organisation du travail de l'URPS en interne

Outre le travail au sein des 3 collèges électifs ouverts à tous les élus du dit collège, il existe des commissions de travail, comprenant chacune 2 membres de chaque syndicat. L'actuel bureau a souhaité qu'elles soient peu nombreuses, mais qu'elles puissent créer des groupes de travail spécifiques pour remplir leurs missions.

2.2. LA DYNAMIQUE DE LA CRÉATION DU GROUPE MEDAIDE

2.2.1. La commission « vie du médecin » en 2006-2010

Dans la région PACA, le questionnement autour de la souffrance des soignants à l'URML puis l'URPS a fait suite à l'étude d'Yves Leopold sur le suicide des médecins. Il s'est poursuivi grâce à ses initiatives ultérieures avec ou sans l'aide de l'URPS.

Yves Léopold avait, en 2006, lancé une structure de réflexion sur l'épuisement professionnel au sein de l'URML PACA. Associée à ses autres casquettes, CDOM Vaucluse et vice-président CARMF, il avait été à l'origine de la création d'une médecine du travail, détachée de la notion d'aptitude, avec l'aide de la CPAM 84 (MEDDOC 84) et de l'APSS. Pour mémoire l'APSS est l'association qui a œuvré à l'ouverture de structures d'hospitalisation dédiées à la prise en charge des professionnels de santé.

2.2.2. Pas de projet spécifique en 2010-2015

La mandature suivante de l'URPS, en 2000-2014, ne s'était pas investie dans la problématique de l'épuisement professionnel.

2.2.3. MEDAIDE

Le nouveau bureau, élu en 2015, soutient par contre la dynamique et le souhait d'investissement de certains élus autour de la souffrance des médecins qui a abouti à la création d'un groupe de travail « MEDAIDE ».

MEDAIDE est l'un des groupes de travail de la commission « entreprise médicale libérale ». La participation est basée sur le volontariat, quel que soit le syndicat d'origine et sans limitation

du nombre de membres d'un même syndicat, contrairement à la commission dont elle est issue.

Initialement ce groupe de travail se nommait « plateforme de soutien aux médecins libéraux ». Il a commencé à se constituer et à se réunir depuis le 3^{ème} trimestre 2016. Puis de « plateforme de soutien », son projet s'est précisé et orienté un peu différemment.

Chaque réunion, travail, missionnement fait l'objet d'un compte-rendu au bureau. C'est le bureau qui oriente sa politique, propose un budget à l'assemblée générale des élus, sur demande de la responsable de la commission. Une secrétaire administrative, dédiée, assure le secrétariat du groupe de travail. Cette secrétaire se forme avec les comptes-rendus et la lecture de certains textes bibliographiques. L'ensemble des écrits du groupe de travail, la bibliographie sont accessibles aux membres du groupe, au bureau et au personnel de l'URPS PACA, sur la plateforme collaborative de travail de l'URPS PACA (Agora).

Le groupe dispose d'une rubrique sur le site Internet de l'URPS PACA « Difficulté des médecins ». C'est la rubrique du site qui est la plus consultée (70 % des passages sur le site). La responsable du groupe de travail participe également aux réunions du bureau.

Personnellement, je suis élue depuis mai 2006, initialement à l'URML puis l'URPS PACA. J'ai fait partie de 2006 à 2010 de la commission « Vie du Médecin » dont Yves LEOPOLD était le responsable. J'ai rejoint le groupe de travail MEDAIDE depuis fin novembre 2016.

2.3. LES OBJECTIFS DU GROUPE DE TRAVAIL MEDAIDE

Initialement le groupe de travail se voulait une structure d'aide pour des médecins en souffrance et plus particulièrement dans le cadre de conflits juridiques ou administratifs. Puis il a préféré inscrire ses actions dans la dynamique organisée par le CNOM, de mise en commun des ressources et non pas proposer « ce qui existait déjà ». Il a cherché à créer d'autres outils, tout en servant de relai pour des structures qui fonctionnent déjà. Composé de 9 personnes et bientôt 10, il s'est en fait recentré sur les missions des URPS.

2.3.1. Développer la prévention primosecondaire auprès des médecins libéraux et des étudiants

C'est un défi, car peu de structures s'y intéressent en France.

Le médecin en épuisement professionnel est dans une position de déni, de honte, voire de culpabilité. Comment dans ces conditions pouvoir solliciter une aide, reconnaître et accepter cette souffrance. Le groupe de travail souhaite explorer la piste de l'intervention d'un tiers de son entourage, professionnel, amical ou privé, pour que cela soit cet intervenant qui l'accompagne, l'oriente, l'aide sans attendre que la symptomatologie ne s'aggrave [9].

2.3.2. Mieux faire connaître les différentes composantes de l'épuisement professionnel

Le Burn out est souvent « mis à toutes les sauces » dans notre société. Tout monde connaît-il réellement les différentes formes, causes, origine de cette souffrance [7] ?

L'épuisement professionnel (EP) se différencie de la dépression nerveuse. C'est un trouble de l'énergie et non de l'humeur. Il est lié au fait même de soigner et à l'organisation du travail du soignant tandis que la dépression nerveuse touche toutes les sphères de la vie d'un sujet. Néanmoins lorsque l'épuisement professionnel évolue depuis longtemps, les manifestations anxiodépressives peuvent être particulièrement marquées.

2.3.2.1. Savoir reconnaître les facteurs de risque de suicide pour pouvoir le prévenir

Il y a urgence à intervenir lorsque 3 ou 4 signes de gravité s'associent [7].

- Addictions avec en particulier l'alcoolisation et l'auto prescription de psychotropes ou d'antidépresseurs.
- Les difficultés financières et/ou les dettes.
- Les contentieux (subis ou provoqués) juridiques, ordinaux, administratifs, hiérarchiques ou le harcèlement.
- La confrontation répétée aux impasses thérapeutiques et/ou aux erreurs médicales.
- Les ruptures affectives ou le divorce.

2.3.2.2. L'erreur médicale

Lorsqu'au lieu d'être source de croissance, l'erreur, imperfection éminemment humaine, devient source de souffrance : notion de 2^{ème} victime, le soignant, et de 3^{ème} victime, les patients suivants [3]. Pourtant revenir et travailler sur ses erreurs ou risques d'erreur pourrait améliorer la sécurité et la qualité des soins [2], [3].

2.3.2.3. Le cursus de formation non verbalisé (hidden curriculum)

Cette formation « non dite » des médecins peut être source de souffrance [7], de dévalorisation de soi, de conflits de valeurs ou de conflit éthique. Elle fait également souffrir, car elle ne s'est pas forcément adaptée à l'évolution des attentes des patients et de la société. Certains de ses non-dits peuvent être en contradiction avec les buts à atteindre. Comme nous le verrons dans la discussion, ce curriculum caché est la source des résistances les plus importantes pour soigner les soignants.

2.3.2.4. La souffrance des médecins s'inscrit dans l'évolution de la société

Cette évolution crée un véritablement changement des particularités de la relation de soin [1].

- Accélération des connaissances théoriques, des recommandations des sociétés savantes et de la multiplication des guides de bonne pratique.
- Accroissement des exigences imposées aux soignants peu réalistes en regard des conditions de travail.
- Diminution de l'autonomie même dans l'exercice libéral.
- Augmentation du rythme et de la charge de travail.
- Juridicisation des actes.
- Maîtrise comptable et non plus médicalisée de l'évolution des dépenses de santé.
- La santé considérée comme un bien de consommation comme un autre, avec un médecin « prestataire de soin ».
- Le mythe de l'immortalité avec un corps presque éternellement réparable où l'on voudrait que la relation médecin/malade soit secondaire dans le soin.

2.3.3. Permettre l'émergence de guetteurs/veilleurs

Médecins volontaires, sensibilisés, connaissant les différentes ressources existantes pour prendre en charge la souffrance de leurs confrères, agissant dans le cadre du code de déontologie (article 56) [9].

2.3.4. Sensibiliser les enseignants de la formation médicale initiale et les futurs médecins lors de leur installation

L'épuisement professionnel commence dès les premières années des études médicales. 20 % de l'enseignement est de type cognitif, 80 % du savoir médical se transmet en non verbal, compagnonnage [3].

Les valeurs véhiculées par ce cursus « non-dit » ont peu ou pas évoluées avec l'évolution des conditions de l'exercice médical. Certaines sont devenues non réalistes dans le contexte actuel et sont source de conflit avec la réalité de la pratique voire les propres valeurs des médecins. Les identifier pour qu'elles deviennent plus conscientes permettrait aux étudiants de se positionner, de s'adapter voire de les faire évoluer.

Une commission du collège généraliste de l'URPS organise pour PACA, chaque année, des « journées de l'installation » à destination des étudiants du DES en fin de cursus. Certains des élus sont également enseignants de DES.

2.3.5. Être une des ressources pour soutenir les confrères en souffrance

Ressource directe ou d'orientation vers les structures plus spécialisées.

- Pour ceux qui sont en souffrance ou se sentent menacés
- Pour ceux qui se sont engagés auprès de médecins en épuisement professionnel

2.3.6. Développer des liens, partenariats avec les autres institutions, organismes, associations.

- CDOM et leurs fonds d'action sociale
- M.O.T.S.
- CAIRE 13 : organisme d'aide gratuite (intervenants : professionnels en activité bénévoles) des chefs d'entreprise, malades de cancer, tout au long de leur maladie, dans leurs démarches administratives, juridiques et sociales.
- MEDDOC 84 : examens de santé gratuits, financés par la CPAM, sans notion d'aptitude, dans les locaux dédiés de la CPAM 84, avec possibilité de consultation d'un expert-comptable ou d'un avocat
- GOUPE PASTEUR MUTUALITE : pour ses assurés, lien vers Martine Pacault-Cochet, responsable du service d'action sociale du Groupe
- CARMF et leurs fonds d'action sociale, APSS : administrateurs et/ou délégués, élus de l'URPS
- URSSAF : dans le 83, en lien avec le CDOM 83
- Tribunaux : dans le 83, en lien avec le CDOM 83.
- Trésor Public : dans le 83, en lien avec le CDOM 83
- Compagnie d'assurances de responsabilité civile professionnelle : aide auprès des experts médicaux pour accompagner si nécessaire la souffrance des médecins mis en cause. Compagnies SHAM, Blanchet
- Soutiens juridiques lors des procédures contentieuses avec les Caisses d'Assurance Maladie par l'intermédiaire des syndicats

2.3.7. Favoriser et créer des moyens d'échange pour rompre l'isolement

Participer au projet santé numérique lancé par le Conseil Régional avec comme projet secondaire faciliter les conditions de la communication entre professionnels de santé et rompre l'isolement de certains (zones peu denses, durées des trajets importantes ou autres).

2.4. LES MOYENS

2.4.1. Pour la prévention primosecondaire

- Développement des fiches monothématiques pour couvrir les questions concernant l'exercice médical libéral
- Faire connaître l'épuisement professionnel, apprendre à en repérer les signes, les facteurs de risques, les facteurs de gravité

DIU soigner les soignants

- Formation/information de guetteurs/veilleurs à l'aide de réunions animées par des membres du groupe de travail auprès de groupes déjà constitués, volontaires, auprès des élus de l'URPS, auprès des médecins libéraux en position de formateurs ou d'enseignants

2.4.2. Pour répondre aux demandes d'aides

Centralisation par l'URPS et la secrétaire du groupe de travail : adresse mail dédiée medaide@urps-ml-paca.org, numéro de téléphone : 04 96 20 60 80 (demander ASSIA) pour contacter les membres de la commission.

Il est prévu de désigner un des membres de la commission pour étudier le dossier du médecin en demande. Ce médecin sera seul en charge du dossier. Il pourra se faire conseiller par les autres membres de la commission dans le respect de son anonymat (sauf autorisation du dit-médecin pour les circonstances où la levée de l'anonymat est nécessaire : exemple démarches par l'administrateur de la CARMF auprès de ses services)

La secrétaire dédiée est elle aussi soumise au secret des dossiers.

2.4.3. Pour le développement des liens et relations

- Des membres de la commission ont été missionnés : congrès, rencontres.
- Mise en place d'un fichier de personnes ressources Elus et hors Elus, de structures ressources
- Des contacts ont été pris avec d'autres associations et structures d'aide pour se faire connaître, pour travailler ensemble.

2.4.4. Pour faire connaître le groupe de travail

- Dossier de presse
- Le Site de l'URPS
- Le site MED AIDE
- La revue de l'Union
- Les newsletters
- Flyers ?

2.5. L'ÉVALUATION

Les critères retenus pour l'évaluation des projets sont :

- Le nombre d'interventions des guetteurs/veilleurs
- Le nombre de celles qui auront abouti à une demande d'aide à MEDAIDE ou aux autres structures, avec lesquelles des liens ont été contractés

- Le recueil des difficultés rencontrées
- Les solutions évoquées, trouvées, mises en place ou pas

La formation des guetteurs/veilleurs a commencé à l'intérieur même du groupe MEDAIDE et auprès d'autres élus. La suite du document s'inspire partiellement de cette expérience.

Par ailleurs en l'absence de retour d'intervention, les groupes pourraient être à nouveau sollicités pour en comprendre les raisons selon des modalités, non déterminées à ce jour.

3. RÉSULTATS ET DISCUSSION

3.1. LES RÉSULTATS

3.1.1. Les rencontres avec des groupes de médecins constitués et le diaporama

Le plan et les mots clefs du diaporama sont déterminés. La moitié du diaporama est réalisée. 1 ou 2 séances supplémentaires devraient permettre de le terminer, ainsi qu'un texte de soutien pour l'animateur et l'expert puis de choisir les références bibliographiques.

Les rencontres avec les groupes de médecins sont budgétisées et doivent commencer au 1^{er} trimestre 2018.

Le texte d'invitation et l'invitation des groupes sont à l'ordre du jour de la prochaine réunion de MEDAIDE du 11 novembre 2017. Certains ont déjà fait acte de candidature lorsque le projet a été présenté

3.1.2. Les fiches monothématiques

Leur objet est toutes les « questions concernant l'exercice médical libéral ». Ce travail de titan est parfois disponible sur les sites syndicaux ou celui des sociétés savantes. Chaque fiche représente un long travail de recherche, de mise en forme et peut être enrichi de « trucs et astuces ». Le but est de chercher à éviter ces recherches à nos confrères. La difficulté est (et surtout sera) de tenir à jour les informations. Elles seront disponibles sur le site de l'URPS.

Sont rédigées : Prévenir le syndrome d'épuisement professionnel, dépistage et diagnostic du syndrome d'épuisement professionnel, Contentieux devant le CDOM, Formes juridiques d'exercice seul ou en groupe, SCM, SCP, SEL, Gestion des conflits dans le cadre du CDOM, présentation prise de RV internet, le régime maternité, la retraite du médecin, préparer et prendre sa retraite, adoption, congés de paternité et d'accueil de l'enfant

La répartition du travail restant ou en discussion est faite :

- Contentieux avec les CPAM, Rôle des syndicats professionnels de défense des médecins : pourquoi est-il impératif de se faire représenter ?, Un syndicat, pourquoi et comment ?,

- Ma banque, Choix de sa banque : existe-t-il des organismes bancaires plus doc-friendly que d'autres ? Modèle de trésorerie à l'équilibre, Le comptable, l'AGA, Comptabilité professionnelle : à partir de quelle complexité ne peut-on plus se passer d'expert-comptable ? Frais professionnels, Acheter son véhicule professionnel : crédit classique ou LOA, prévoyance décès invalidité : aspects financiers, Obligations juridiques et sociales, Mes assurances, Assurance de ses prêts professionnels, Fiscalité de mon entreprise selon son format, Partager ses honoraires ou ne pas partager ses honoraires ? La transmission du patrimoine professionnel et sa protection, Le personnel du cabinet, embauche et gestion, Le contrat d'exercice en commun : le contrat d'exclusivité avec une structure de soins (clinique ou autre)
- Quelle assurance RCP choisir ?, Mise en examen, Gestions des relations conflictuelles avec les patients ou leur famille
- Médecine préventive du médecin libéral, Qui est mon médecin traitant ?, Qui soigne ma famille ?
- Ma formation continue, Les vacances, Organisation de mes congés, Mon image auprès du public, Changer de pratique ?,
- Quelles règles respecter pour l'implantation de son cabinet ?, Permanence téléphonique ou prise de rendez-vous par internet ?, L'aménagement du cabinet : ergonomie et hygiène, Savoir choisir son logiciel de cabinet, L'affichage obligatoire au cabinet
- Le décès, Le veuvage, Le divorce, Le handicap,

3.1.3. Les liens avec les autres structures d'aide

Certaines structures à caractère trop lucratif n'ont pas été retenues pour un partenariat avec l'URPS et n'ont pas été citées dans les « moyens de MEDAIDE ».

- L'une proposait des accompagnements généralistes pour la gestion au sens large, non spécifique de l'épuisement ni des soignants. Elle demandait que l'URPS prenne en charge les coûts de leurs interventions. Or cette demande est incompatible avec les missions des URPS.
- Une autre avait pour objet une prise en charge holistique de l'épuisement professionnel financée par les compagnies d'assurance, sans compétence spécifique pour les soignants. Un médecin du travail faisait partie de l'équipe.

Nous avons contacté les différentes structures citées supra au paragraphe 2.3.6., mais sans les recontacter à nouveau ou avoir à les recontacter, ni sans prévoir les modalités pour les contacter plus spécifiquement.

Les demandes arrivées aux membres de la commission ont été traitées individuellement : 3 pour la CARMF dont une en lien avec le CDOM13, 1 pour le CDOM 83, 1 pour le CNOM avec une demande d'aide au Dr J. Thévenot.

- MEDDOC 84 a demandé à se faire connaître par l'intermédiaire de l'URPS. Sa plaquette devrait être accessible sur le site lorsque le bureau aura donné son retour.

DIU soigner les soignants

- Pour un médecin, ses freins n'ont pas permis pour le moment de le mettre en lien avec l'association M.O.T.S qui m'a soutenue dans ma recherche de contact. Merci au Dr H.L., aux médecins-conseils qui l'ont reçu avec confraternité, aux collègues de la cellule juridique de mon syndicat de m'avoir aidée sur ce dossier dans le conflit qui l'opposait à sa CPAM.
- La CARMF a collaboré efficacement pour les 3 demandes parvenues à la commission et le CDOM 83 pour les missions dévolues à la responsable du groupe MEDAIDE.
- Par contre il y a du chemin à faire auprès de l'URSSAF. Autant la CARMF admet que les démarches puissent être initiées par un tiers, l'URSSAF ne veut avoir comme interlocuteur que le médecin, redevable. Or il n'en a pas toujours l'énergie, du temps est nécessaire pour contourner ses résistances à se soigner ou à s'organiser différemment. Actuellement MEDAIDE n'a pas encore mis les ressources en regard du problème « URSSAF ».

3.1.4. Répondre aux demandes individuelles ou non d'aide

Sans publicité ou développement de ses possibilités de communication, le groupe a mobilisé ses ressources pour accompagner certains de ses membres ou des collègues, « proches » de ses membres soit 5 personnes à ce jour. Il s'agissait de prévention secondaire.

3.1.5. La formation, les ressources bibliographiques

L'Agora du groupe regorge de références et de scan d'articles ou parutions. Pour le moment les documents ne sont pas présentés avec une analyse ou le résumé de leur intérêt, ni par écrit, ni parfois même par oral. Du fait du temps nécessaire à leur découverte et des autres engagements des membres du groupe de travail, pourtant motivés, ces textes sont peu ou pas lus. La nécessité de construire et réaliser le diaporama a permis à certains de s'approprier plus ou moins d'articles de la revue Médecine de novembre 2015 et des revues belges Réactivades (découvertes par le magazine Trait d'Union de l'URPS Centre).

Ce sont les missionnements dans les congrès ou réunions qui contribuent à la sensibilisation aux différents aspects de l'épuisement professionnel (EP). Le plus souvent ce sont mes interventions qui ont permis la lecture ou la sensibilisation aux connaissances sur l'épuisement professionnel. L'oral et la rencontre restent les méthodes privilégiées. J'ai moi-même bénéficié de l'accompagnement oral d'Yves Léopold, de ses documents, de différents congrès et de la formation du DIU.

3.1.6. Le mail et le numéro de téléphone dédié

Le numéro d'appel téléphonique est accessible à partir du site, mais aucun appel n'a été enregistré depuis qu'il existe.

L'adresse mail reste confidentielle...

La secrétaire administrative Assia est volontaire et intéressée par le sujet, mais elle n'est pas formée. Elle n'a reçu comme consigne en cas d'appel, que d'en référer à la responsable du groupe.

3.1.7. La communication du groupe, le site Internet de l'URPS et celui de MEDAIDE

- Une rencontre avec la responsable de la rubrique santé de « La Provence », Florence COTTIN est prévue pour janvier 2018. Le dossier de presse est à construire et la cible de la communication à déterminer. Nous n'avons été informés que depuis peu de temps de la possibilité d'articles soit dans la rubrique voire même dans la partie généraliste du journal. Le sujet sera à l'ordre du jour de notre prochaine réunion du groupe MEDAIDE.
- Travail avec l'aide du communicant de l'URPS, responsable du site Internet et d'une dessinatrice autour des sites Internet. Les thèmes sont en grande partie déterminés ainsi que leurs caractéristiques, mais la dessinatrice, choisie pour son style de dessins, n'a pas encore été rencontrée. Un site Internet spécifique accessible directement et par l'intermédiaire de celui de l'URPS est en projet. Son architecture et une partie de ses contenus ont été déterminés. Un référencement à partir de mots clefs du site spécifique MEDAIDE est proposé par le Webmaster. Les mots clefs restent à fournir.
- La revue de l'Union où la commission communication nous avait proposé une rubrique récurrente ne paraît plus depuis le mois de juin 2017.
- Une newsletter spécifique pour annoncer la création de MEDAIDE a été publiée et distribuée par mail en juin 2017. Elle est disponible sur le site de l'URPS [4].

3.1.8. Être à l'initiative ou soutenir les moyens, structures et lieux d'échanges

La commission a demandé à être partie prenante de 2 sujets du CPOM pour que ne soit pas oubliée la prévention de l'épuisement professionnel dans les projets.

3.1.9. Sensibiliser et accompagner l'installation des jeunes médecins

Tout reste à faire. 2 enseignants du DES de médecine générale font partie de MEDAIDE. Le pilote du CPOM « *Le développement et déploiement d'une stratégie de systèmes d'information pour l'offre de proximité* » est sensibilisé à la problématique de l'épuisement professionnel et du soin aux soignants. Il a par ailleurs fait partie de la commission entraide du CDOM 13, mais a démissionné du CDOM (raisons propres au fonctionnement du CDOM).

3.1.10. L'évaluation prévue

Les modalités de recueil des différents items retenus ne sont pas encore déterminées en pratique. Elles devront néanmoins être présentées à la fin des diaporamas.

3.2. DISCUSSION

3.2.1. De quelle prévention le groupe MEDAIDE parle-t-il ?

3.2.1.1. Les différents types de prévention

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités [6]. Sont classiquement distinguées :

- La prévention primaire qui agit en amont de la maladie par exemple l'action sur les facteurs de risque, vaccination
- La prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution, par exemple les dépistages
- La prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence

3.2.1.2. La prévention primosecondaire de l'épuisement professionnel à l'URPS PACA

3.2.1.2.1. Justifications liées à l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel représente un risque pour la santé des médecins, mais également pour la qualité des soins et la démographie médicale.

Lorsque les médecins ont expérimenté des habitudes de vie « saines », ils en font plus facilement la promotion auprès de leurs patients, mais également de leurs collègues. Par habitudes saines, les Canadiens de la PAIM [1] entendent « être capable d'introspection, reconnaître et accepter leurs propres limites, nourrir des intérêts autres que la médecine, tendre vers un meilleur équilibre vie professionnelle/vie personnelle ».

Connaitre et définir ses propres valeurs et priorités tant personnelles que professionnelles est un facteur protecteur. Reconnaître quand et comment nous sommes affectés négativement par le stress au travail est le premier travail pour accepter et pouvoir mettre en place des stratégies d'adaptation.

A contrario le déni ou l'évitement peuvent aggraver les causes et manifestations. Le médecin peut chercher à se soutenir par des substances psychoactives. Une étude de l'ORS PACA, commandée par l'URML PACA [13], a d'ailleurs montré que les addictions, ou la consommation de médicaments à action neuropsychique en banalisent la prescription et augmentent les coûts de santé.

D'autres médecins vont exprimer le souhait de modifier leur pratique professionnelle voire d'abandonner leur profession : près de la moitié dans l'enquête de l'URML IDF [8]. Ces souhaits sont directement liés à la quantité de stress ressentie et à leur sentiment d'incapacité à y faire face.

3.2.1.2.2. Justifications liées aux conditions de formation

MEDAIDE fait le pari qu'une meilleure connaissance des différents aspects de l'épuisement professionnel peut contribuer à l'adaptation de la formation « non dite ». Ces informations et formations devraient avoir leur place lors de la formation médicale initiale, mais également au cours de la vie active. C'est dans ce cadre qu'elle a pour projet d'informer et former des groupes de médecins, les médecins au contact d'étudiants voire les enseignants eux-mêmes.

3.2.1.2.3. Justifications liées aux conditions d'exercice

Les syndicats ont pour objet la défense de la profession et de ses conditions d'exercice. J'ai insisté sur les multiples casquettes des membres de l'Union et de MEDAIDE. L'augmentation du nombre des contentieux administratifs font partie des plaintes des médecins libéraux.

L'évolution vers une gestion comptable des ressources des CPAM, font se multiplier les contrôles d'activité sur des repérages statistiques nationaux qui doivent d'après la loi se baser sur des comparaisons de prescriptions de collègues à activité comparable. Or les CPAM ont des circulaires dont le contenu est sensiblement différent de celui de la loi. L'exercice dans le respect de règlements régulièrement évolutifs est un exercice difficile.

Le médecin se trouve en otage entre ces règlements, ses propres valeurs, les termes de sa relation avec ce ou ses patients, coincé dans des problématiques de choix parfois douloureuses. Leur accompagnement permet de repérer des collègues plus vulnérables qui commencent à additionner des facteurs de risques.

Une fiche monothématique va reprendre les modalités d'aide dans ce cadre.

De la même manière, une fiche est prévue dans le cadre de contentieux juridiques même si les assurances responsabilité civile sont déjà performantes dans ce cadre. Leurs experts se trouvent souvent démunis par les souffrances qui s'expriment dans le cadre de la plainte. Une communication à leur destination est prévue, mais non encore réalisée pour leur proposer au moins une coopération.

3.2.1.3. D'autres expériences de prévention primosecondaire en France

Plusieurs propositions de prévention primosecondaire existent en France. Par souci d'alléger le mémoire, je me contenterai de citer certaines de ces propositions

- Consultations de médecine du travail MEDDOC 84, IMHOTEP en Haute Normandie, centre de santé pour les médecins bretons ou de médecine préventive Groupe Pasteur Mutualité, Inter-Med à Nîmes
- Incitations à ce que chaque médecin ait un médecin traitant différent de lui ou de son conjoint : la campagne du SFAR « Dis Doc t'as ton doc ? »
- Certaines UPRS-ML ont eu l'initiative de faire des réunions de sensibilisation ou de formation à l'épuisement professionnel : URPS Centre, URPS IDF, URPS Bourgogne, URPS Pays de Loire, URPS Grand Est. La MACSF met en ligne pour se adhérents des outils cognitifs.
- Des facultés ont introduit dans leur cursus des recherches sur l'épuisement professionnel et la formation médicale initiale : Tours, Paris 7, Poitiers, Angers, Strasbourg, Lille, BIPE à Paris 6...

3.2.2. Les facteurs facilitants

Ce sont les éléments qui permettent de lancer l'expérience de cette formation de prévention primaire

3.2.2.1. Les freins et résistances au sein de groupe de travail ont évolué et trouvé des solutions

Le groupe a longtemps fonctionné dans l'ambiguïté de ses objectifs : énième structure d'aide dans la prévention tertiaire ou bien autres champs d'intervention plus spécifiques et coordination avec l'existant jusqu'à évoluer pour la 2ème solution. La crise de maturation et l'accordage entre les membres du groupe qui en a résulté sont bénéfiques pour l'avenir du projet. Nos propres résistances et difficultés sont celles de nos confrères. Les solutions mises en place sont des pistes pour la résolution des difficultés à venir. Les modalités de mise en musique du projet bénéficient donc de l'histoire, de l'expérience, des savoir-faire et savoir-être de chacun de ses membres. Chacun a sa place et participe selon ses possibilités.

Il y a eu une difficulté à trouver des supports suffisamment concis pour se former et accessibles au temps et à l'énergie disponible pour des médecins pourtant motivés. Certains outils ont été repérés : La Revue Médecine de novembre 2015 [7], ainsi que les 3 revues belges Réactivade [11], ont permis de faire évoluer et tomber des résistances cognitives.

D'autres sont en cours d'expérimentation comme « l'audit de sécurité en soins de ville » [2] Depuis le groupe, fonctionne de manière plus productive. D'ici le jour de la soutenance, de nouveaux objectifs auront été réalisés. Le moment de la journée où nous nous réunissons s'est adapté à la nature du travail à fournir : par exemple pour la production du diaporama les réunions ont lieu le matin (plutôt le samedi dont le 11 novembre à venir) plutôt que le soir.

3.2.2.2. La prise en charge et l'accompagnement des médecins en souffrance sont une des missions de l'URPS.

L'URPS-ML PACA est en rapport avec les autres URPS à l'échelon national (CNURPS), en lien avec l'ARS (en PACA réunions stratégiques mensuelles DG ARS, CDOM, URPS). Elle a les coordonnées de tous les médecins de la région.

Son financement lui vient de la cotisation ACCOSS (193 €/an) et de missions financées par le Conseil régional et/ou l'ARS.

Pour le travail effectué en réunion (sur place, en visioconférence ou par téléphone) les membres présents sont indemnisés.

Le bureau a jusqu'à présent soutenu les projets du groupe de travail sans censure sur les écrits, les projets et les moyens matériels et financiers attribués.

3.2.2.3. Les élus ont souvent d'autres « casquettes » ou représentations

3.2.2.3.1. Dans différents conseils d'administration (et leurs fonds d'action sociale) :

Conseils de l'Ordre, CARMF, dans les instances paritaires des CPAM (caisse primaire d'assurance maladie), CRAM (caisse régionale d'assurance maladie), CNAM (caisse nationale d'assurance maladie). L'URPS est un lieu où les informations peuvent se transmettre, s'échanger sans formalisme.

3.2.2.3.2. Participation aux instances des caisses d'assurance maladie

Beaucoup d'élus sont membres des instances paritaires des CPAM [caisse primaire d'assurance maladie], CRAM [caisse régionale d'assurance maladie], CNAM [caisse nationale d'assurance maladie]

- des CPL [commissions paritaires locales : 12 membres par département issus des 3 syndicats actuellement signataires de la convention] des CPAM,
- de la CPR [12 membres issus des 3 syndicats actuellement signataires de la convention, le Dr Z. E., élu URPS, est président].
- de la CPN [commission paritaire nationale] : Dr D. TB., membre du bureau de l'URPS, par ailleurs pilote du CPOM e-santé

Au niveau des CPL

Les responsables syndicaux de chaque CPL peuvent être amenés à participer aux entretiens de « sensibilisation » et/ou aux commissions des pénalités des CPAM. Ces espaces permettent de repérer des médecins en souffrance et de chercher à mettre en place des solutions pour diminuer le poids émotionnel de ces véritables tribunaux. Ces expériences permettent en retour de nourrir les conditions d'intervention en situation de prévention secondaire.

La CNP

Ce sont des lieux où sont discutées voire négociés les avenants [CNP] et les conditions d'application de la convention, parfois source de litiges, de surcharge administrative pour les médecins libéraux. Nos propres connaissances de l'étiologie de la souffrance des médecins permettent de diffuser information, culture voire à terme pouvoir influencer sur les conditions de relation médecins/caisse.

3.2.2.3.3. Les membres de l'URPS non membres du groupe de travail, ressources pour les missions du groupe de travail

Dr C. M., membre du bureau de l'URPS, conseiller-membre de la commission d'entraide au CDOM 13 et pilote du CPOM « installation en zone sous-dense »

Pr S. F., membre du bureau de l'URPS, responsable des enseignements théoriques du DES de médecine générale à l'université d'Aix Marseille

3.2.2.3.4. Dans le groupe de travail MEDAIDE

Dr MC. T., responsable du groupe de travail et membre du bureau de l'Union, conseiller au CDOM 83, accompagne des médecins lors des contentieux URSSAF ou auprès des tribunaux.

Dr P.P., hospitalo-libéral, membre du bureau de l'Union, membre de 3 CPL, de la CPR, sollicité pour les entretiens de sensibilisation du Vaucluse (1/mois environ)

Dr M.G., conseiller au CDOM 13

Dr R. F., membre du groupe de travail MED AIDE, maître généraliste enseignant à la faculté de Nice Sophia Antipolis

Dr P.F.C., MCA dans le département de médecine générale de l'université d'Aix-Marseille
Moi-même, administratrice suppléante à la CARMF, membre suppléante du fonds d'action sociale de la CARMF, membre de la cellule juridique de la FMF [tout comme les Drs T.A., M. B., Z. E., également élus URPS]. J'accompagne dans ce cadre des confrères convoqués pour des procédures contentieuses par les CPAM. Je suis également présidente de la CPL 84, coresponsable de l'ordre du jour avec le directeur de la caisse et amenée à participer à environ un entretien de sensibilisation par mois dans le Vaucluse.

3.2.3. Les freins

3.2.3.1. L'intersyndicalité

L'intersyndicalité est à la fois un avantage, mais peut être un facteur freinant : luttes d'influence, récupération pour son propre compte ou le compte de son syndicat du travail ou de l'action des autres. Les alliances se font et se défont... au niveau régional comme au niveau national au gré des politiques individuelles et syndicales.

3.2.3.2. Le domaine d'intervention des URPS

Le domaine d'intervention des URPS est uniquement celui de la médecine libérale.

3.2.3.3. La pérennité du groupe

Le projet du groupe MEDAIDE s'inscrit dans le long terme. Son impact dépend de la pérennité du soutien du bureau de l'URPS pour cette mandature et les suivantes. Néanmoins des graines auront été semées et continueront ou pas de pousser.

Le groupe de travail a vu disparaître ses projets de rubrique régulière dans la revue de l'Union [3-4 par an] suite à une décision du bureau de dessaisir la communication « communication » de ses missions et de confier la communication de l'Union à des professionnels.

Même si le groupe est toujours soutenu dans ses travaux et demandes, personne du bureau n'a pu ou voulu se déplacer pour la soutenance de ce mémoire. Le groupe reste donc à la merci d'un changement de la politique du bureau, de l'équilibre syndical au sein de ce même bureau, de la durée d'une mandature.

Il semblerait que le bureau ou les élus construisent leurs actions en « oubliant » de questionner la problématique et la prévention du Burn out dans leurs projets (ou bien d'en chiffrer le coût). Ainsi lors de l'information de la signature du CPOM, j'ai pu mesurer que la dimension préventive de la souffrance des médecins n'avait pas encore de place et n'avait même pas été évoquée dans ces projets. Le groupe de travail n'a donc pas encore su faire accepter la transversalité de son action et son importance pour l'avenir de la médecine libérale auprès même de ses propres soutiens, voire auprès de ses propres membres.

Les projets de communication audiovisuelle à distance omettent pour le moment

- les bénéfiques secondaires en termes de sortie de l'isolement de médecins exerçant dans des territoires plus difficiles d'accès, et/ou avec une démographie difficile, en facilitant les échanges informels (ou non) entre confrères
- Des projets d'amélioration des pratiques par groupe de pairs, ou autres regroupements
- De la gestion des risques médicaux par la participation à des RMN ou par des formations sur la gestion des risques, des erreurs médicales, du travail sur la relation médecin-patient, sur le vécu émotionnel de certaines situations

« *L'accompagnement des internes vers l'exercice libéral et notamment en zone fragile* » néglige que :

- Plusieurs études, en particulier nord-américaines, montrent pourtant l'impact négatif de la non-prise en compte des risques d'épuisement professionnel lors de l'installation en libéral des médecins.
- La prévention du suicide doit se faire dès les études médicales et le projet de vie professionnelle.
- La nécessité d'un accompagnement de nos jeunes confrères pour développer des ressources et solutions face aux notions de stress, de risques psychoaffectifs, de connaissance de leurs propres valeurs et attentes.

3.2.3.4. La diffusion de l'information par newsletter

Elle est dépendante du nombre d'adresses mails que détient l'Union, liste non exhaustive, de leur pérennité et de leur taux d'ouverture.

Les retombées de cet envoi unique n'ont pas été recherchées, analysées pour envisager les suites à donner à cette forme de communication.

Néanmoins le seul texte paru est en introduction de la rubrique difficultés professionnelles du site général de l'URPS et en lecture sur la partie Newsletters du site.

3.2.3.5. La diffusion de l'information par revue

Le groupe de travail ne s'est pas intéressé à l'évaluation du support pour transmettre des informations. Seul le bureau [une réunion par mois et un ordre du jour chargé] que je n'ai pas eu l'occasion de consulter à ce sujet aurait la réponse ou les moyens de la chercher, dans la mesure où la commission « communication » n'existe plus.

La qualité de la Revue de l'Union faisait qu'elle pouvait être conservée plus longtemps qu'un mail. La forme du support aidait à sa lecture... si on commençait à l'ouvrir.

La lecture de certaines des revues est accessible par l'intermédiaire du site ou sur demande à l'URPS.

3.2.3.6. Le projet de site autonome n'est pas encore décidé

Pour améliorer la lisibilité et un meilleur référencement du travail de MEDAIDE et de ses propositions et informations, le communicant de l'Union a suggéré un site indépendant du site général, même s'il y fait référence.

Le projet de site autonome et les moyens pour le faire vivre n'ont pas encore été discutés ni décidés par le bureau. Si le budget en dépasse celui du groupe de travail, déjà voté par l'Assemblée Générale [AG], il faudra en demander les moyens financiers et humains. Il faudra attendre la prochaine AG pour qu'ils soient votés.

Le groupe souhaite utiliser d'autres formes visuelles que les textes écrits et a choisi de faire appel à des dessins type bande dessinée. Les thèmes de certains ont déjà été travaillés, car le groupe souhaiterait les utiliser pour son diaporama de formation. L'Union a déjà employé une dessinatrice pour illustrer certaines de ses publications, mais tout comme pour le site autonome, le financement de son travail n'a encore été accepté par le bureau ni voté par l'AG.

3.2.3.7. Les membres du bureau et de l'URPS PACA

Le groupe a prévu d'inviter les élus de l'Union à la projection de l'un de nos diaporamas. Lors de la mandature 2006-2010, les résultats du MBI test étaient identiques à ceux retrouvés dans l'étude de l'URML IDF. Est-ce que les membres du bureau viendront ? Lirent-ils ce mémoire ?

3.2.3.8. Freins pour consulter un médecin du travail

Les collègues ne sont pas tous assurés de l'indépendance de la structure par rapport au financeur et de la confidentialité des données recueillies.

MEDDOC 84 a de la peine à recruter des médecins alors qu'elle propose une offre complète, mais dans les locaux des examens de santé de la CPAM 84 (même si les horaires de réception des médecins sont différents de ceux de la réception de leur public habituel).

La médecine du travail reste une spécialité médicale dont les compétences et les moyens d'action sont méconnus.

3.2.4. Les résistances

Les qualités, les traits de caractère nécessaires à l'exercice de la médecine peuvent se transformer selon les circonstances en résistance.

Expérimentées au sein de mon groupe syndical, de l'union et du groupe de travail, au cours de mes activités de soutien « juridique » dans les conflits/difficultés avec les caisses d'assurance maladie, voire comme présidente de la CPL 84. L'expérience de l'évolution dans chacun de ces groupes sert à la formation des intervenants, des guetteurs/veilleurs comme un cursus non dit qui finirait enfin par intégrer la notion d'exercice professionnel à risque.

Les résultats de notre projet de prévention primosecondaire dépendront en partie de la manière dont chacun va inventer la manière de les contourner ou s'y adapter.

Seules seront évoquées celles liées aux médecins « cibles » dans le cadre du projet MEDAIDE. Elles coexistent avec les attentes de la société, ses propres peurs et résistances.

Elles sont de nature administrative ou liées au curriculum caché.

3.2.4.1. C'est au médecin mis en cause d'effectuer ses démarches !

Certes encore faut-il qu'il en soit capable !...

C'est pour contourner cette difficulté que le groupe a eu l'idée de sensibiliser et former des tiers, non « épuisés », pour accompagner leur collègue en souffrance, voire initier à leur place des démarches.

3.2.4.2. La souffrance des soignants, c'est surtout psychologique !

Le fait d'avoir, historiquement employé le Maslach Burn out Inventory (MBI), comme moyen de diagnostic, occulte les autres composantes et dynamiques à l'œuvre dans la souffrance des soignants. Pour rappel cette évaluation psychologique détermine 3 axes pour l'EP : épuisement émotionnel, dépersonnalisation de ses patients, diminution de l'accomplissement personnel. C'est encore cet outil de mesure qui est utilisé dans les publications. Et qui est en lien sur le site de l'URPS.

En pratique c'est souvent la constatation de tels signes, que les veilleurs/guetteurs pourront être alertés.

Initialement MEDAIDE souhaitait faire une liste des psychiatres de PACA qui pourraient des ressources de prise en charge des confrères en demande d'aide. Or soigner un soignant ne s'improvise pas même pour un médecin psychiatre. Cette position suggère le fait que l'épuisement professionnel touche certains médecins, déjà en souffrance tout en oubliant la part intrinsèque de la souffrance des soignants liée au travail lui-même. Même si des traits psychologiques de vulnérabilité sont repérables, c'est ceux-là même (perfectionnisme, professionnalisme, endurance et capacité de travail) qui permettent la sélection des médecins durant leurs études.

Or seuls certains médecins auront besoin d'une prise en charge spécialisée psychiatrique.

3.2.4.3. La souffrance des soignants, je connais !

Alors que je cherchais à faire la promotion de MEDAIDE ou de la formation pour le DIU « soigner les soignants », j'ai entendu différents arguments relevant de l'item :

- Je connais (bien), pas la peine !
- Je suis déjà sensibilisé(e)
- J'ai une expérience de la gestion des risques psychosociaux
- J'ai déjà fait un travail de formation à la communication et/ou à la gestion des conflits et/ou à la méditation (au choix)

Je connais ! c'est de la cognition. C'est la partie « difficultés psychologiques » cernées par le MBI qui est « connue ». Nous parions que notre diaporama et la forme pédagogique retenue permettront de contourner cette résistance et d'autoriser l'appropriation de textes plus structurants.

3.2.4.4. Je suis capable de m'en sortir seul [e] ! Surtout continuer à rester isolé et à s'auto traiter !

Ce contrôle (affirmations non exhaustives, au choix)

À la CPAM m'a beaucoup atteint... ou autre un patient a porté plainte contre moi au CDOM... j'ai des dettes, je n'en dors plus...

Je vais (au choix)... prendre ma retraite... me reconverter... prendre un poste salarié... partir en vacances...

Je suis en souffrance... je n'ai pas besoin d'une aide autre que celle que vous m'apportez ponctuellement... je vais m'en sortir tout seul...

Initialement le groupe souhaitait publier sur le site de l'Union un ou des autotests pour que chaque médecin puisse faire son autodiagnostic sur le site de l'Union.

Or les autotests sont porteurs du risque de continuer à s'isoler au lieu de chercher des soutiens et des aides en dehors de soi.

Comme si la campagne du SFAR « Dis doc t'a ton doc ? » continuait à rester un beau slogan pour les autres.

Le groupe de travail a mis plus de 6 mois pour avancer sur ce point : sa position actuelle est que les tests servent à repérer, à sensibiliser, mais les autres outils de gestion, de diagnostic resteront réservés à ceux qui souhaiteront accompagner un collègue, associé, amis. Les modalités d'accès n'en sont pas encore définies ni organisées.

Le groupe comme solution ?

Les études du Pr Didier Truchot [12] ont signalé que le groupe n'était pas forcément protecteur si ses membres n'étaient pas déjà sensibilisés ou formés au soin des soignants. Au contraire il pouvait être un lieu de « contamination ». Ce sont des groupes déjà constitués qui sont la cible de MEDAIDE et de son diaporama. Alors risque de contamination ou « guetteurs/veilleurs » ?

Comment apprendre à recevoir le soutien des autres ?

3.2.4.5. Tu crois que je consomme trop d'alcool ?

Ma dépendance pourrait entraîner une interdiction d'exercer selon l'article R4124-3 du code de santé publique si je suis dangereux pour moi-même ou mes patients.

Mais justement être dangereux pour soi-même ou les autres n'est-il pas plus risqué que de continuer à exercer ? En quoi ne plus pouvoir exercer mon métier de médecin pourrait-il être encore plus dangereux pour moi ?

Quelles seraient les conséquences pour lui, pour moi, pour nos autres collègues, d'intervenir auprès de ce confrère qui présente une addiction dangereuse pour lui-même et ses patients ? N'est-ce pas trop tôt, trop tard ? Comment adresser mon confrère à un collègue spécialisé ?

3.2.4.6. Celui qui est en souffrance c'est toujours l'autre, pas moi. C'est pour les autres, pas pour moi !

L'épuisement professionnel est redouté, dénié. Il est inconfortable d'avoir à assumer le rôle de patient. Pourtant cette position contribue à maintenir le mur du silence qui entoure le problème. Néanmoins notre capacité à nous protéger de l'EP dépend en partie de notre capacité à solutionner certaines difficultés de notre pratique.

Le bureau de l'URPS en donnant les moyens matériels à MEDAIDE de travailler et de fonctionner, remplit une partie de ses fonctions. Mais individuellement et collectivement, ses membres ne se sentent pas concernés au-delà de l'existant. Le fait que je sois, même comme participante et pour mon propre compte, présente à la soutenance des mémoires leur suffit pour affirmer que l'Union est représentée. Finalement, après une longue argumentation, une

élu(e) sera missionnée par la commission sur le budget de la commission, mais non politiquement par le bureau.

3.2.4.7. Soigner des soignants sans faire sa propre évaluation en termes de souffrance professionnelle. Est-ce réaliste ?

Un titre de diapositive a été suggéré pour le diaporama « Et si c'était toi ? Dis tu t'es vu quand t'en peux plus ? ». Et si c'était toi justement ?

Une des propositions du groupe pour contourner cette résistance est d'avancer marche par marche : après le diaporama de sensibilisation, des projets d'amélioration des connaissances sur des aspects parcellaires de la souffrance des soignants dont les moyens et les modalités pédagogiques ou de diffusion restent à inventer et à mettre en œuvre.

Les modalités de supervision ne sont pas encore évoquées, acceptées, définies : nécessaires ou pas ? Ressources propres, mutualisation avec d'autres structures ?

3.2.4.8. Le curriculum caché ? C'est quoi ?

Les résistances liées à la culture médicale non dite et au fait même de soigner sont les notions les plus difficiles à intégrer. Les membres de la commission en connaissent le concept, en acceptent l'importance dans la genèse de la souffrance des soignants sans en saisir totalement la réalité à l'œuvre, moi-aussi sans doute. Je n'ai pas de solution en dehors de l'information/formation durant la formation médicale initiale puis ensuite de l'accompagnement, de l'écoute et du dialogue adaptés à chacun.

Pendant la formation médicale initiale

À l'Université d'Aix-Marseille, ces notions seraient-elles complètement inconnues ? À mon questionnement concernant l'intégration du risque d'épuisement professionnel lié à l'exercice de la médecine dans la formation initiale, un des enseignants responsables, élu de l'URPS, a répondu qu'il était pris en compte par des consultations obligatoires dans le service de médecine préventive...

Peut-être que la faculté de Nice Sophia Antipolis l'intégrera-t-elle avant dans son cursus ?

Peut-être qu'en participant au CPOM « *L'accompagnement des internes vers l'exercice libéral et notamment en zone fragile* », pourrions-nous persuader d'autres confrères de l'impériosité d'intégrer dans la formation médicale initiale une réflexion autour du curriculum caché et des risques liés au fait même de soigner en termes de souffrance pour les soignants.

En 2007, 93,2 % des médecins d'IDF proposaient de mieux former les étudiants en médecine pour éviter l'EP !

Du fait de la particularité de la relation médecin-malade et de ses dilemmes éthiques

Un exemple parmi d'autres, mais d'actualité :

Que faire lorsque la CPAM me reproche de prescrire trop d'arrêts de travail ? Elle me demande de mettre en invalidité cet ouvrier du bâtiment de 52 ans, sans autre qualification. Je sais qu'il lui sera difficile, voire impossible, de retrouver du travail. Que vont devenir ses enfants encore étudiants ? Pourquoi moi ? Alors que le médecin-conseil a pourtant tous les outils

(informatique, règlementaires, médicaux) pour gérer directement ce cas ? Où est ma place : qui doit dire non ? Quelle confiance mon patient ou sa famille vont-ils pouvoir me conserver ? Que puis-je, que dois-je choisir ? Les intérêts de mon patient ? Et moi dans tout cela ? Est-ce que la solution à ces questions dépend uniquement de moi ?

La relation médecin/malade est l'enjeu de l'efficacité thérapeutique. Elle est souvent la source d'émotions positives comme négatives, gratifications, empathie, culpabilité, honte, détresse émotionnelle. Comment stimuler la résilience ?

Et pour moi guetteur/veilleur qu'est-ce que cela interroge de sortir de ma zone de confort, d'intervenir, d'accompagner ou pas ce confrère ?

Performance, perfection, contrôle

La nécessaire adhésion aux standards de pratique élevés, édictés par la profession elle-même dans un monde où les connaissances sont en explosion est source de souffrance. Est-elle humainement réaliste ? Pourtant j'y adhère, mais je ne sais pas comment faire autrement pour organiser un exercice le plus sûr possible pour mes patients.

Quelques autres constats pour lesquels je n'ai pas plus de solutions :

Certains experts judiciaires lavent plus blanc que blanc sans tenir compte du contexte des faits et que le soin est une activité profondément humaine et potentiellement faillible.

La discordance entre la culture médicale de perfection et la réalité rend fou. Mais la remise en cause de cette source de souffrance est inacceptable. Plutôt continuer à souffrir !

J'ai réussi des concours parmi les plus difficiles, je suis un élu, je ne dois pas décevoir ceux qui m'ont fait confiance.

Ce patient se plaint de mon manque d'empathie, de conscience professionnelle, de la qualité de mon écoute. Mais cette plainte me met dans la culpabilité. Je ne peux pas aller ailleurs que dans le déni.

Comment aborder un confrère alors que je risque de mettre en doute sa perfection, ses performances ?

L'erreur

Bien sûr que l'erreur est humaine et que tout le monde peut se tromper... mais si c'est mon médecin ? Mais si c'était moi ?

Dans ce cadre je ne peux pas reconnaître mes erreurs et je suis contraint de mettre ma victime à distance. Pour éviter que cela ne recommence, je n'ai qu'à prescrire plus d'exams, plus de traitements, à adresser plus facilement mes patients pour me couvrir des risques de récurrence. Or la surmédicalisation est elle aussi source d'erreurs...

Et si l'erreur médicale pouvait être considérée comme une source de croissance au lieu d'être une source de culpabilité ou de juridicisation. Ce serait l'occasion en travaillant d'accroître la sécurité des soins.

Je suis convoqué par le service administratif de la CPAM, je ne pensais pas que cela pourrait m'arriver à moi qui me forme, sait dire non. Je pensais que j'étais à l'abri de ce genre de problème, que j'aurai à « me » justifier (et non pas à justifier ma pratique).

Il n'y a pas encore eu d'erreur grave, juste un évènement qui aurait pu avoir des conséquences. Il n'y a pas d'épuisement professionnel à proprement parler juste des signes de souffrance. Comment aborder ce confrère sans remettre en cause ses compétences ?

Préjugés sur la maladie psychiatrique

Pourtant certaines, bien équilibrées, n'entraînent pas obligatoirement une inaptitude. Il est plus facile de m'autoprescrire, des antidépresseurs, des anxiolytiques, de m'alcooliser plutôt que de risquer le diagnostic d'une maladie psychiatrique qui pourrait m'empêcher de travailler.

Ce sont, comme les infections sexuellement transmissibles, des maladies honteuses surtout pour un médecin !

Faire beaucoup d'heures de travail sans se plaindre. Se croire invulnérable.

Je sais, mais demain je m'occuperai de mes propres besoins. Je vais prendre quelques jours de vacances, m'accorder un répit et tout ira mieux quand je rentrerai.

Et mon couple ? Et mes enfants ? Et moi dans ce rythme inhumain ? Que puis-je, que dois-je faire ?

Je suis malade, cela va passer tout seul. Et si j'étais malade, non cela passe tout seul. Je consulterai plus tard. Il faut que je travaille, qui me remplacerait ?

Je vais travailler plus pour payer mes charges, mes dettes

Je vais travailler plus pour combler mes manques en termes de formation médicale continue pour être en accord avec ma conscience professionnelle. J'ai honte de..., je me sens coupable de ne pas pouvoir combler mes manques en FMC. Je n'ai pas de manque dans ma formation médicale continue... À quoi bon me former... ?

Dans le cadre de la judiciarisation

Dans le cadre de la judiciarisation ou des conflits administratifs avec les CPAM : ce qu'on me demande de faire (le juge, la CPAM, mes pairs, etc.) et ce que les normes disent, et ce que mes patients attendent de moi sans que j'aie les moyens de le faire... là ils me laissent face à des cas de conscience.

3.2.4.9. Attention chasse gardée !

L'annonce de la création d'une nouvelle ressource n'a pas été accueillie en région avec les bras ouverts. Oui, initialement le groupe aurait pu choisir de s'investir dans la prévention tertiaire, sur fond de conflits régionaux plus anciens et extérieurs au groupe. Sans doute MEDAIDE serait-il jugé sur pièce, éventuellement comme une énième structure vite apparue et vite disparue ? Continuer à le penser, c'est méconnaître les buts et missions des URPS. L'URPS ne peut pas financer d'aide directe pour les médecins. D'autres structures sont sur le créneau « fond d'action sociale ».

L'URPS et MEDAIDE ont la possibilité de mobiliser les moyens matériels et humains pour la formation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Ils ne peuvent s'occuper que des médecins libéraux.

Théoriquement les missions des syndicats et celles de l'Ordre sont différentes.

L'ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale [10].

Les syndicats horizontaux représentatifs sont compétents pour être force de proposition pour défendre l'exercice médical libéral, négocier la convention et ses avenants, participer auprès des CPAM à leur application et accompagner la défense juridique des médecins.

Pourquoi ne pourrait-il pas y avoir une synergie d'action autour de l'épuisement professionnel comme éventuellement pour la formation professionnelle ?

4. CONCLUSION

Au total l'URPS-ML PACA s'est saisie du risque d'épuisement professionnel chez les médecins libéraux en favorisant la création d'un groupe de travail sur le sujet, MEDAIDE. MEDAIDE propose un projet de prévention primosecondaire de l'épuisement professionnel. Plusieurs autres pistes de prévention primaire de l'épuisement professionnel existent déjà. La particularité du projet de MEDAIDE est de s'appuyer sur l'article 56 du code de déontologie et du concept d'ingérence déontologique pour former des guetteurs/veilleurs.

Pour cette information/formation, il est prévu de s'adresser à des groupes déjà formés, aux élus de l'URPS et aux médecins libéraux en position de formateurs ou d'enseignants. Ces guetteurs/veilleurs seraient des tiers, en « bonne santé », qui pourraient repérer des signes d'épuisement ou de vulnérabilité chez des confrères de leur entourage au sens large. Leur rôle serait d'intervenir pour proposer une aide, leur aide ou les accompagner en les adressant à MEDAIDE ou à des structures de médecine préventive ou d'aide aux soignants en souffrance. MEDAIDE fournirait une aide documentaire par l'intermédiaire de fiches sur les questions concernant l'exercice libéral et une aide humaine en relais ou soutien. Il s'agit donc de semer des graines dont l'évaluation du projet permettra de mieux connaître l'évolution.

L'intervention des guetteurs/veilleurs va se confronter à des freins liés aux caractéristiques de fonctionnement propres aux URPS en particulier à la pérennité de la structure. Elle va se heurter également aux difficultés des médecins en souffrance : le déni, la honte, la culpabilité, la difficulté à recevoir le soutien d'un tiers et aux résistances en lien avec le curriculum caché dont le perfectionnisme et les conflits éthiques.

Outre les bénéfices directs pour les médecins, l'évaluation prévue, pourrait permettre de mieux connaître les caractéristiques des comportements des soignants médecins libéraux en

souffrance, les facteurs de résilience et les adaptations préventives nécessaires à la formation médicale initiale.

À la priorisation du travail au détriment des besoins et à la fausse croyance que prendre soin de soi s'oppose à l'altruisme, pourrait se substituer une culture du bien-être. Le bien-être est nécessaire au maintien de notre engagement professionnel, de notre empathie et au développement de nos compétences. Il est une des conditions du développement de la qualité des soins. À l'heure où notre société évolue vers des attentes irréalistes envers les médecins et une organisation du soin dont l'humain n'est plus le centre, il est encore plus urgent de développer des capacités de résilience et d'accepter notre caractère humain et ses limites.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. « 2015_La santé des médecins_PAMQ.pdf ». s. d. Consulté le 29 octobre 2017. http://www.aapml.fr/sites/default/files/2015_La%20sant%C3%A9%20des%20m%C3%A9decins_PAMQ.pdf.
2. Amalberti, René, et Jean Brami. 2013. *Audit de sécurité des soins en médecine de ville avec la contribution de Nicolas Loubry et Brigitte Sicaud*. Paris: Springer Paris : Imprint: Springer.
3. Amalberti René, Galam Eric. 2012. *L'erreur médicale, le burnout et le soignant*. Paris: Springer Paris : Imprint: Springer.
4. « Burn-Out ou syndrome d'épuisement professionnel : la commission MED'AIDE de l'URPS ML PACA se mobilise ». s. d. *URPS Médecins Libéraux PACA* (blog). Consulté le 1 novembre 2017. http://www.urps-ml-paca.org/?page_id=855.
5. « Decret-urps.pdf ». s. d. Consulté le 21 octobre 2017. <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/06/decret-urps.pdf>.
6. « Haute Autorité de Santé - Prévention ». s. d. Consulté le 28 octobre 2017. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention.
7. « John Libbey Eurotext - Médecine - Volume 11, numéro 9, Novembre 2015 ». s. d. Consulté le 2 novembre 2017. http://www.jle.com/fr/revues/med/sommaire.phtml?cle_parution=4265.
8. « L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives_070723.pdf » s. d. Consulté le 2 novembre 2017. http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf.
9. « Le code de déontologie médicale | Conseil National de l'Ordre des Médecins ». s. d. Consulté le 1 novembre 2017. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>.
10. « Nos missions | Conseil National de l'Ordre des Médecins ». s. d. Consulté le 2 novembre 2017. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/nos-missions-867>.
11. « REACTIVADE_Mag3FR.pdf ». s. d. Consulté le 21 octobre 2017. <http://www.reactivate.be/fr/resources/Mag3FR.pdf>.
12. Verger P., Aulagnier M., Protopopescu C., et al. 2004. « Hypnotic and tranquillizer use among general practitioners in south-eastern France and its relation to occupational characteristics and prescribing habits ». *Fundam Clin Pharmacol*, no 18:379-85.

TOUZAA Alice

MEDAIDE OU LA MISE EN PLACE D'UN GROUPE DE TRAVAIL « SOIGNER LES SOIGNANTS » A L'URPS ML PACA : Les projets, facteurs facilitants, freins et résistances

Résumé : *Introduction :* Le soin aux soignants en souffrance représente un enjeu de santé publique. Les URPS-ML sont les représentants pour l'organisation de la médecine libérale, en région. Il est dans leurs attributions de prévenir les risques liés à l'épuisement professionnel. *Méthode :* Un groupe de travail MEDAIDE est chargé au sein de l'URPS de proposer et d'organiser la prévention de l'épuisement professionnel en coordination avec les structures d'aide déjà existantes. *Résultats :* Un projet de sensibilisation et de formation de guetteurs/veilleurs pour une prévention primosecondaire de l'épuisement professionnel, est en cours de construction, grâce aux moyens financiers et la volonté politique du bureau de l'URPS. Il s'appuie sur les ressources humaines du groupe, des fiches monothématiques couvrant les champs de l'exercice libéral, les moyens de communication de l'URPS, ses références bibliographiques, et relationnelles, institutionnelles ou associatives. *Conclusion :* L'intervention de ces guetteurs/veilleurs va se confronter à des freins liés aux caractéristiques de fonctionnement propres aux URPS, et à des résistances déjà reconnues, en lien avec le curriculum caché. Outre les bénéfices directs pour les médecins, l'évaluation prévue, pourrait permettre de mieux connaître les caractéristiques des comportements des soignants en souffrance, les facteurs de résilience et les adaptations préventives nécessaires à la formation médicale initiale.

Mots clés : épuisement professionnel, médecin en souffrance, prévention primaire, prévention secondaire, curriculum caché, formation médicale initiale, URPS.

TOUZAA Alice

MEDAIDE OR THE IMPLEMENTATION OF A WORKING GROUP « CARE FOR PHYSICIANS» WITHIN THE URPS ML PACA : the projects, facilitating factors, obstacles and resistance

Abstract : *Introduction :* Suffering physicians care represents a public health issue. The URPS-ML are the representatives for the organization of the private practice medicine within the regions. One of their mandate is to prevent risk related to burn out.

Method : Within the URPS, a MEDAIDE working group is taking care of suggesting and organizing burnouts prevention in cooperation with existing care structures.

Results: A project aiming at raising awareness and training of watchmans for primary and secondary burnout prevention, is under construction thanks to financial support and political will of the URPS. It is supported by human resources from the group, monothematic sheets covering the sphere of private practice medicine, means of communication of the URPS, its bibliographic references, and its institutional or associative relationships.

Conclusion : Watchmans intervention will face obstacles related to specific operational characteristic of the URPS, already well-known resistance, connected to hidden curriculum. Besides direct benefits to the physicians, the planned assessment, could give a better understanding of suffering physicians behavior characteristics, associated resilience factors and required preventive adaptations in the initial medical education.

Key words : Burn out, physicians in difficulties, primary prevention, secondary prevention, hidden curriculum, initial medical education, URPS