



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 Catherine VEYSSIERE-BERTRAND

ÉVOLUTION DE L'ENTRAIDE ORDINALE DANS LE VAR

Étude rétrospective de 2012 à 2017

Membres du jury :

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

PLAN

REMERCIEMENTS.....	3
1. L'ENTRAIDE DANS LE VAR	4
2. BILAN DE L'ENTRAIDE 2012-2017	6
2.1 Evolution 2012-2017	8
2.2 Analyse des demandes	8
2.3 Modalités d'entraide	11
2.4 Aide financière.....	13
2.5 Devenir des « aidés »	14
3. L'AVENIR DE L'ENTRAIDE ET SES PROJETS	16
3.1 Prévention tertiaire.....	16
3.2 Prévention secondaire	17
3.3 Prévention primaire.....	18
3.4 Nos difficultés	18
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	20
ANNEXE :	22

REMERCIEMENTS

Merci aux organisateurs de ce DIU, à Eric, Jean-Jacques et Jean-Marc pour leur enseignement et leur générosité, et merci à tous les intervenants pour leur présence et leur disponibilité.

Merci à tous les participants de cette session pour ces échanges et cette confiance mutuelle: ce n'est qu'un au revoir!

Merci à mon mari d'être toujours à mes côtés.

Merci à tous les membres du Conseil de l'Ordre des Médecins du Var qui travaillent avec moi, sans oublier les secrétaires.

Et un petit mot pour dédier ce témoignage à mes enfants : Caroline, Alexandre et Olivier. Nous espérons vous avoir transmis nos valeurs essentielles : honnêteté, tolérance et générosité. Avec la maturité viendra la suite logique qui est l'empathie.

1. L'ENTRAIDE DANS LE VAR

On peut considérer que l'entraide ordinaire a toujours existé.

En effet, le serment d'Hippocrate nous engage depuis toujours à apporter notre aide à nos confrères ainsi qu'à leurs familles en difficulté.

Et cette aide n'est pas toujours financière mais commence par notre disponibilité pour une écoute attentive.

De ce fait, elle est difficile à quantifier et analyser.

Sur le plan financier, elle a commencé dans notre département par l'étude des demandes d'exonération totale ou partielle de cotisation et par une aide ponctuelle confraternelle.

En 2010, les nouveaux marqueurs de difficulté soulignés pour la population médicale (nombre de suicides multipliés par 2,5 par rapport à la population générale et augmentation brutale des liquidations judiciaires) favorisent la naissance d'associations d'entraide régionales, la collaboration avec le CNOM, et le soutien de la CARMF.

A la suite du congrès du CNOM de janvier 2013 et de la présentation des initiatives de soins aux soignants existant en région, notre département structure une commission d'entraide ayant pour but d'aider les confrères en demande, mais aussi de dépister les situations à risque.

Depuis 2014, toute demande d'exonération de cotisation motive un entretien confraternel et la recherche de difficultés.

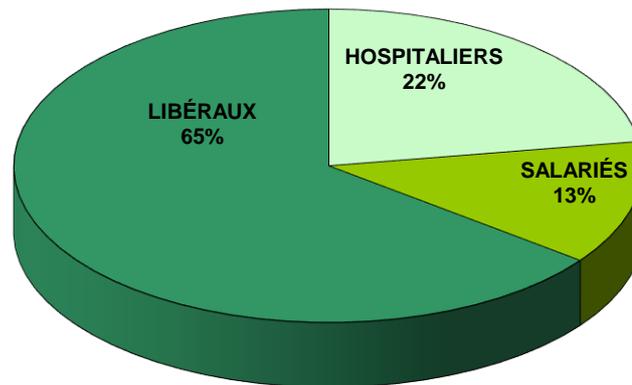
La mise en place d'autres actions préventives est un souci permanent, nous le reverrons.

Notre étude rétrospective a pu être réalisée de 2012 à septembre 2017 et comporte 36 cas.

Population médicale du Var en 2017

	TOTAL	HOMMES	FEMME
Retraités	1222	918	304
Actifs	3330	2088	1242
Hospitaliers	750	402	348
Salariés	425	167	258
Libéraux	2155	1519	636

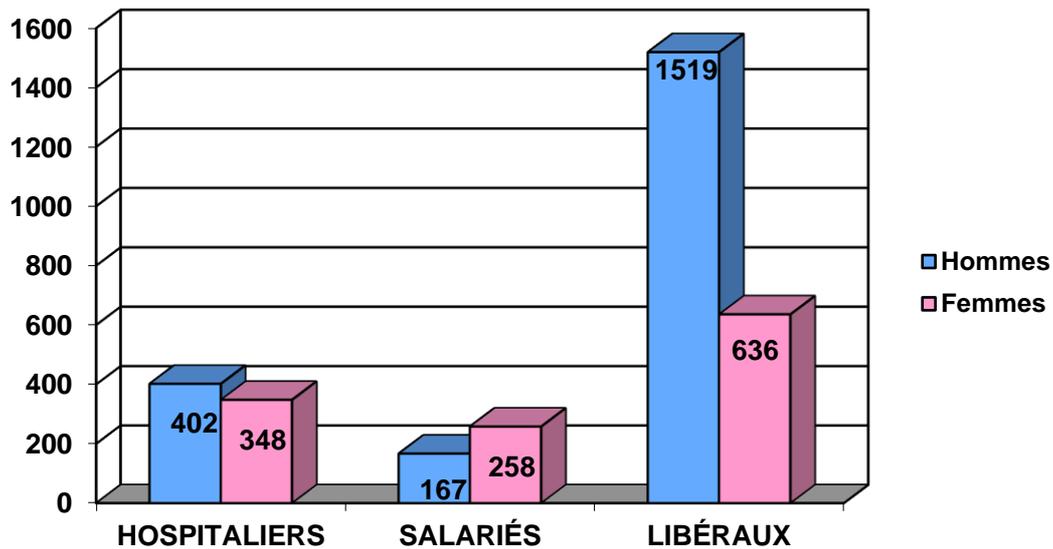
Population active



La population médicale du Var est de 4914 médecins, dont 25% environ de retraités dont aucun à ce jour ne nous a sollicités.

Nous considérerons donc la population active qui est de 3330 médecins :

- dont 64% libéraux et 36% de salariés (hospitaliers ou autres),
- et 70% d'hommes pour 30% de femmes.



2. BILAN DE L'ENTRAIDE 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
SEXE						
homme	6	5	3	2	7	1
femme	0	2	2	2	3	3
TOTAL	6	7	5	4	10	4
EXERCICE						
salarié	1	1	0	1	1	0
libéral	5	6	5	3	9	4
AGE						
<50 ans	1	1	1	1	2	2
50-60 ans	5	3	1	2	2	2
>60ans	0	3	3	1	6	0
RECRUTEMENT						
signalement	3	1	1	3	2	0
demande	4	6	4	1	8	4
MOTIF						
pb psy	1	2	0	2	2	0
maladie autre	3	4	1	1	5	1
non malade	2	1	4	1	3	3
AIDE						
non financiere	2	3	2	2	5	3
financière	4	4	3	2	5	1

Notre recensement de 2012 à 2017 comporte 36 dossiers d'entraide.

Mais nous pourrions intégrer à notre entraide les exonérations de cotisation : elles sont au nombre de 73 sur cette même période.

Nous n'avons pas pu préciser avec exactitude l'origine des demandes, mais :

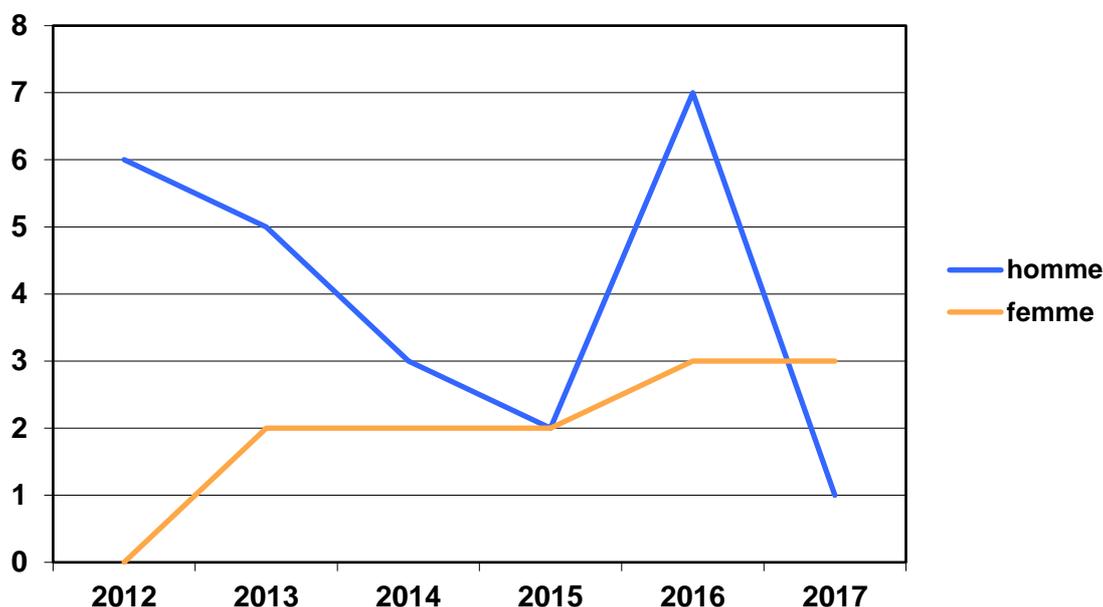
- 50% environ font suite à une demande d'exonération,
- 35% sont une demande spontanée du médecin ou de sa famille au CDOM ou au CNOM qui nous la transmet,

DIU soigner les soignants

- et 15% nous sont signalées par un confrère ou une association partenaire, en particulier l'AFEM, MOTS, et l'AGMF.

Enfin, il faut signaler que l'entraide non financière est très certainement sous-estimée et pourtant très chronophage (entretiens téléphoniques).

2.1 Evolution 2012-2017



L'évolution des demandes d'entraide est relativement stable entre 5 et 6 cas par an avec un pic important en 2016 (10 cas) qui nous a interpellés mais cette étude présente des biais expliquant en partie cette situation :

- La date d'intégration des cas correspond au 1^o rendez-vous et le dossier n'est en général pas constitué.
- Il y a parfois un temps de latence important entre le premier contact téléphonique et le premier rendez-vous, surtout pour nos confrères en épuisement professionnel.
- On remarque une augmentation de la demande au dernier trimestre de l'année, ceci pour l'année en cours...

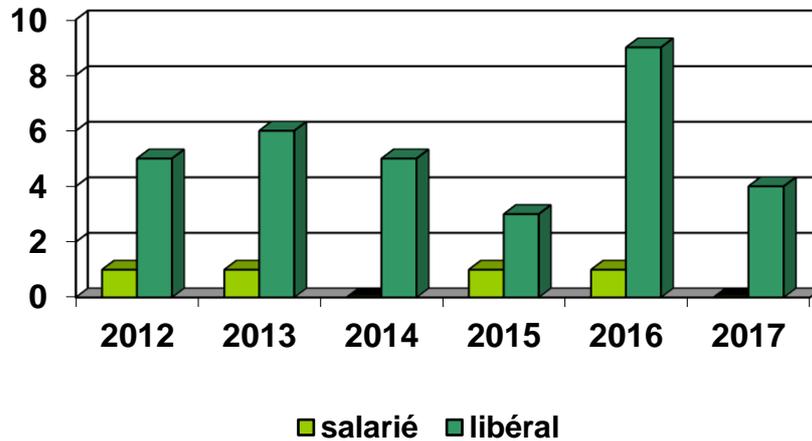
2.2 Analyse des demandes

- En fonction du sexe : Nous relevons 24 hommes pour 11 femmes, ce qui correspond au pourcentage dans la population active (2/3 - 1/3) mais avec une augmentation chez les femmes : 3/4 des dossiers en 2017.

DIU soigner les soignants

- En fonction du mode d'exercice : Nous avons 4 salariés pour 32 libéraux, et aucun hospitalier. En effet, les hospitaliers restent préférentiellement dans leur structure (médecine du travail et responsable des risques psychosociaux, CRCI)

Mode d'exercice

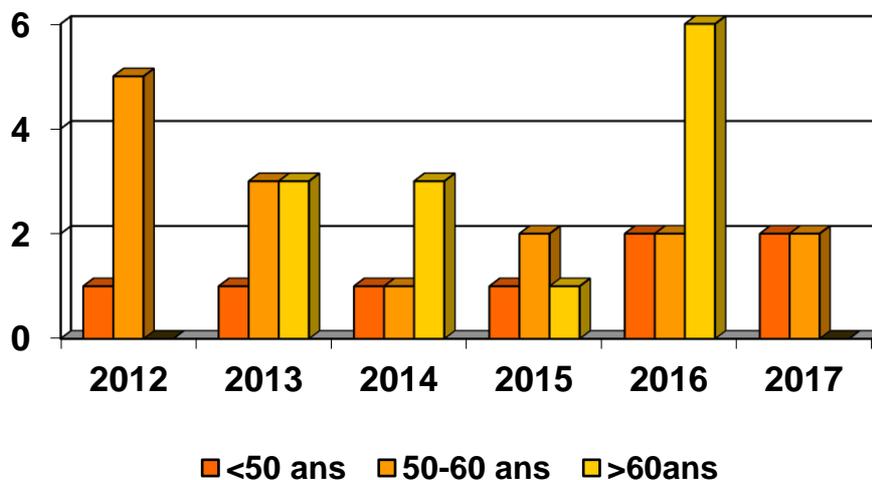


-En fonction de l'âge : Le plus souvent, nos confrères ont entre 50 et 62 ans.

- Les cas de moins de 50 ans sont liés à une maladie grave, un problème de harcèlement, ou une situation de précarité liée à une personnalité borderline.

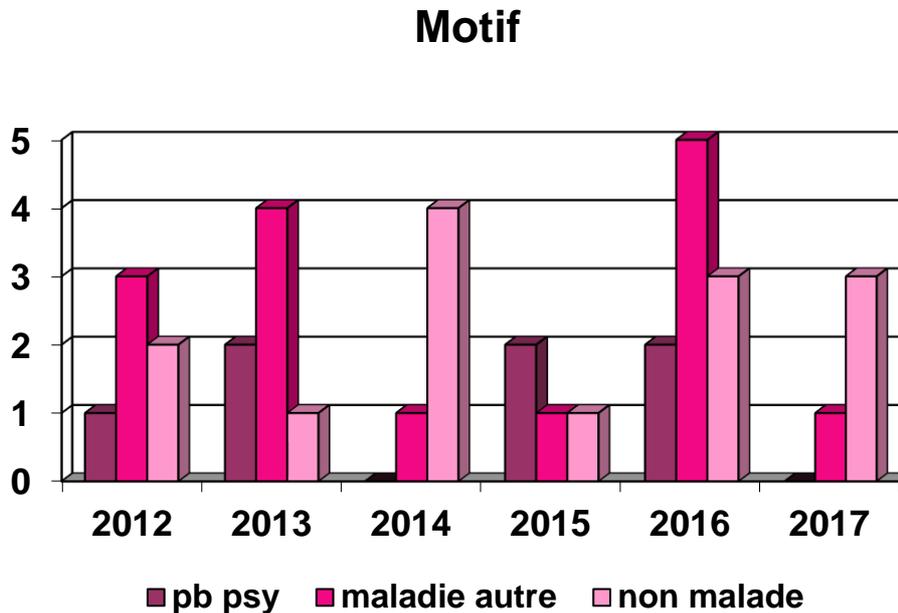
- Les confrères de plus de 62 ans ont pu en général résoudre leurs difficultés par le biais de l'invalidité, la préretraite, ... ou un héritage.

Age



DIU soigner les soignants

- En fonction du motif : Notre population est très hétérogène et les indicateurs sont difficiles à mettre en évidence.



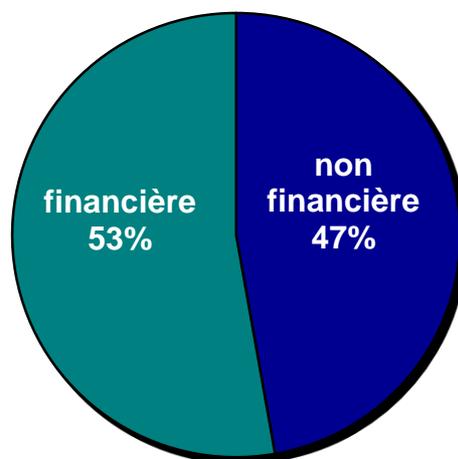
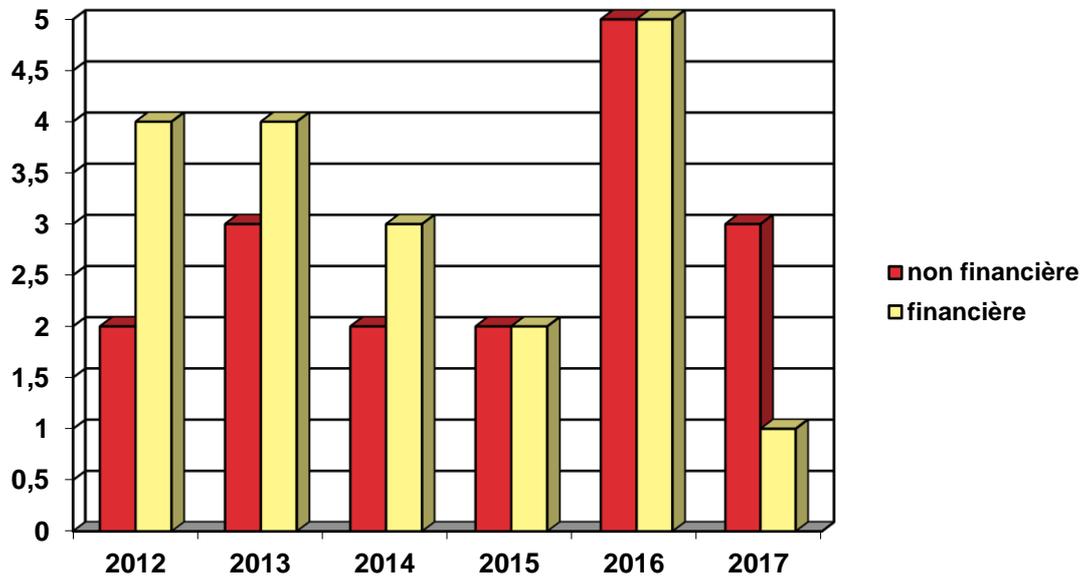
Nous avons fait 3 catégories en isolant

- les maladies psychiatriques (7 cas) : l'épuisement professionnel et le burn-out ont été inclus ici, de même que les profils particuliers dont la phobie administrative et l'exogénose.

- les « maladies autres » (15 cas) sont des maladies organiques et pathologies lourdes : cancéreuses, tumorales, AVC ou séquelles d'accident de voiture ou de moto, ...

- enfin, la catégorie « non malade » (14 cas) concerne les confrères en situation difficile suite à une plainte, une sanction disciplinaire, une liquidation, un divorce, le décès d'un conjoint, ... C'est par ailleurs dans cette catégorie que se pose pour nous le problème de distinguer l'entraide de l'assistantat. Nous avons à ce titre considéré 4 demandes comme « abusives » : IJ jugées insuffisantes, démission pour convenance personnelle, demande après interdiction par la SAS et arnaque par une société, ...

2.3 Modalités d'entraide



L'entraide ordinaire n'est pas que financière et ce tableau montre bien qu'elle ne l'est que pour moitié.

C'est sans doute l'entraide non financière qui est la plus compliquée et la plus chronophage.

Les situations sont complexes, les entretiens sont nombreux.

DIU soigner les soignants

La collaboration avec d'autres organismes est essentielle :

- La CARMF pour tous les confrères en insuffisance de revenus, mais aussi les imprévoyants : il faut joindre les services, véritable parcours du combattant sauf si on a la chance d'avoir un interlocuteur privilégié. Les démarches consistent alors à faire le point sur les créances souvent lourdement augmentées par les majorations de retard, faire des demandes de réduction d'ASV pour insuffisance de revenus, et si possible retrouver une situation saine pour pouvoir prétendre à des IJ , une invalidité ou une retraite anticipée. Le fond d'action sociale de la CARMF est également sollicité pour apurer la dette.
- L'AFEM pour l'éducation des enfants : notre CDOM fait un don annuel depuis plus de 10 ans à cet organisme qui participe à l'éducation des enfants, leur verse une bourse d'études et récompense régulièrement un projet particulièrement méritant.
- L'association MOTS à laquelle nous adhérons depuis fin 2015, dans son respect total de la confidentialité nous a néanmoins alertés sur un confrère en grande difficulté nous permettant ainsi de prendre en charge sa famille en situation d'urgence. Et nous avons pu compter sur le soutien et la compétence de ses médecins effecteurs pour répondre régulièrement à notre demande concernant des confrères en burn-out ou avec des idées suicidaires.
- pour ne citer qu'eux.

2.4 Aide financière

Nous utilisons pour l'entraide financière le dossier de demande de secours financier auprès du fonds d'entraide ordinaire proposé par la commission nationale.

Celui-ci est disponible sur le site du CNOM et peut aussi être rempli et adressé directement par tout médecin en difficulté au conseil de l'ordre de son département.

Il précise la situation professionnelle et la situation familiale au moment de la demande, ainsi que le motif des difficultés.

Il étudie les charges privées du foyer, les revenus du foyer, ainsi que les biens et placements, les emprunts et les dettes.

Au niveau départemental, la proposition d'aide financière est validée après présentation du dossier en séance plénière. Si la situation le justifie, le dossier est transmis au conseil national avec un avis motivé pour une aide complémentaire. De même, l'AFEM est sollicitée si nécessaire pour une demande de bourse d'études pour les enfants à charge.

Notre aide confraternelle est ponctuelle et d'un montant limité.

Ce tableau permet d'étudier notre budget d'entraide. Le nombre de dossiers est indiqué entre parenthèses.

ANNÉE	MEDECINS	AFEM	MOTS	BUDGET	CNOM
2012	8 000 (4)	5 400		13 400	
2013	3 759 (1)	5 400		9 159	
2014	4 500 (3)	6 000		10 500	13 000 (2)
2015	6 000 (2)	6 000		12 000	12 000 (4)
2016	10 700 (5)	6 000	6 500	23 200	19 400 (5)
2017 (en cours)	1 500 (1)	6 000		7 500	5 000 (1)

Notre don annuel à l'AFEM correspond au montant d'une bourse : actuellement 6 000 €.

Le montant de notre aide pour un confrère est de 1 500 à 3 000 €.

Le budget prévisionnel d'entraide annuelle est de 12 000 € depuis 2015.

Nous avons versé en 2016 un montant de 6 500 € pour notre adhésion à l'association MOTS (montant proportionnel au nombre de médecins inscrits dans notre département).

Mais nous avons observé la même année une augmentation importante de demandes d'entraide, et notre budget a doublé.

DIU soigner les soignants

Ce début d'année 2017 nous rassure et s'annonce bien différente puisque nous n'avons eu à aider financièrement qu'un seul confrère à ce jour, et le CNOM a signé en juillet 2017 une charte de partenariat avec les associations régionales d'entraide et plus particulièrement l'association MOTS et s'est engagé à leur verser directement les fonds nécessaires à leur fonctionnement.

La présentation de ce budget ne tient pas compte des exonérations de cotisation accordées : elles sont en moyenne au nombre de 10 par an soit une quote-part départementale de 1 620 € non affectée.

2.5 Devenir des « aidés »

Nous avons étudié 36 dossiers d'entraide de 2012 à 2017.

Chaque dossier, chaque nom évoque une rencontre particulière, une histoire, une voix ou un visage. Pour certains, le contact n'a pu être que téléphonique (2 dossiers), pour d'autres, nous avons été chez eux (3 dossiers).

Pour la majorité, les entretiens sont réalisés au siège du conseil départemental.

Le premier rendez-vous n'est suffisant que pour les demandes que nous avons estimées abusives (4 dossiers) ou pour une aide administrative poursuivie par échange téléphonique ou par mail (2 dossiers).

En général, nos confrères ont été reçus 3 fois.

Cette relation privilégiée ne s'arrête pas toujours à l'entraide ponctuelle, mais permet de garder contact et de suivre le devenir de ceux que nous appellerons « nos aidés ».

Que sont-ils devenus ?

Si nous les retrouvons par le « motif de la demande » :

- 15 cas de pathologies non psychiatriques :

3 décès

2 invalidités

3 arrêts longue maladie en cours de soins

6 reprises de travail, dont 1 réinstallation et 2 changements en activité salariée

1 retraite

DIU soigner les soignants

- 7 cas de pathologies psychiatriques :
 - 1 décès
 - 3 formations restreintes
 - 1 retraite
 - 1 liquidation judiciaire
 - 1 cas de poursuite d'activité libérale et situation de précarité

- 14 cas « non malades » :
 - 3 liquidations judiciaires
 - 2 reprises en activité salariée
 - 1 retraite
 - 1 poursuite d'activité libérale en situation précaire
 - 1 arrêt d'activité, hébergement familial et précarité
 - 4 demandes dites « abusives »
 - 2 « perdus de vue » (dont 1 changement de département).

Ce listing du devenir de « nos aidés » pourrait être un indicateur de résultat de notre entraide et nous permettre de mieux organiser notre action pour agir en amont.

En effet, nous pouvons difficilement anticiper en cas de maladie.

Mais dans les cas de pathologie psychiatrique, le burn-out intervient 3 fois sur 7 : aurait-il pu être évité ou dépisté plus précocement ?

Dans les cas non motivés par la maladie, l'explosion de la cellule familiale est parfois à l'origine des difficultés et en dehors de notre champ d'action, mais la demande est parfois liée à l'imprévoyance ou à des difficultés de gestion, et toujours tardive : une prévention est-elle possible ?

3. L'AVENIR DE L'ENTRAIDE ET SES PROJETS

Notre étude rétrospective de 2012 à 2017 nous a permis de faire le point sur notre action et sur nos possibilités de prévention de la souffrance chez les soignants.

3.1 Prévention tertiaire

C'est celle que nous avons analysée dans cette étude.

Elle doit nous conduire à maintenir en exercice un médecin en difficulté, ou à lui proposer une « démarche thérapeutique » et des orientations pour éviter les récives.

Nous avons perdu de vue un confrère, et nous avons 2 cas de poursuite d'activité libérale dans des conditions difficiles.

Nous sommes obligés d'admettre notre impuissance dans ces 3 situations :

- Une de nos consoeurs ne peut pas arrêter son activité de généraliste du fait de dettes à la CARMF impossibles à rembourser malgré les différentes propositions qui lui ont été faites par le FAS et qui ne lui assureraient pas une retraite lui permettant de vivre.
- Une autre consoeur, plus jeune, poursuit son activité dans un contexte de précarité chronique puisqu'elle a eu plusieurs échecs d'installation et a bénéficié de plusieurs aides dans différents départements. Elle est suivie sur le plan psychiatrique.

Notre projet en prévention tertiaire va se réaliser en partenariat avec les associations régionales créées récemment :

- L'URPS ML PACA a créé cette année la commission MED'AIDE qui se propose comme relais pour proposer des outils, et œuvre pour sensibiliser les organismes de recouvrement des charges professionnelles, les caisses d'assurance maladie et les tribunaux, aux signes et facteurs de risque de l'épuisement professionnel.
- L'association CAIRE 13 « Cancer Aide Info Réseau Entrepreneur » est opérationnelle depuis 2014 et s'inscrit dans le contexte du Plan Cancer 2014-2019 : sa priorité est de prévenir et limiter les difficultés sociales, personnelles et professionnelles du chef d'entreprise malade et anticiper le maintien en activité. A ce titre, elle a pu aider des médecins ou paramédicaux libéraux, elle est sollicitée au niveau de la région PACA, et nous avons rencontré ses responsables pour une action complémentaire dans le 83.

Ces deux projets ne concernent que les médecins libéraux, mais ils représentent actuellement 90 % des demandes que nous recevons.

3.2 Prévention secondaire

Elle veut agir à un stade précoce pour dépister les situations ou les comportements débutants ou réversibles.

Elle doit repérer les médecins en situation de fragilité sur le plan psychosocial (victimes d'une plainte, mauvais payeurs, etc.)

Nous avons, depuis 3 ans, pris la décision de contacter nos confrères qui font une demande d'exonération et de ne pas nous contenter des documents justificatifs financiers qui nous étaient auparavant adressés. Cette démarche nous a permis de « dépister » des confrères en difficulté (professionnelle, de santé ou de vie) et de les aider.

Lors du rendez-vous systématique de nouvelle inscription ordinale dans le Var, nous insistons sur les précautions à prendre sur le plan assurantiel (contrats prévoyance et pertes d'exploitation), sur le plan professionnel (adhésion éventuelle à une association de gestion, contrats d'association, rédaction des certificats) et nous tenons un guide d'aide à l'installation à leur disposition, guide élaboré en 2016.

Nous fournissons également une plaquette d'information de l'association MOTS.

Par ailleurs, nous envoyons avec notre appel de cotisation une feuille dédiée à l'aide confraternelle, et une feuille concernant l'AFEM.

Dans notre aide confraternelle (annexe), nous avons proposé en 2017 une demi-journée dite « porte ouverte » le mardi matin : le bilan de cette action est décevant : aucune visite !

Notre projet en prévention secondaire serait :

- de fournir un document plus élaboré lors du rendez-vous d'installation,
- d'insister sur le caractère indispensable d'avoir un médecin traitant... et de le consulter,
- de modifier l'image du conseil de l'ordre souvent assimilé à un organisme administratif ou judiciaire afin de sensibiliser nos confrères sur l'intérêt de « signaler » un comportement à risques dans leur entourage : ce n'est pas de la délation.
- de créer un centre d'examens de dépistage pour les médecins ? Il pourrait proposer aux médecins dès 50 ans un bilan de santé à réaliser dans un département voisin pour respecter la confidentialité.

3.3 Prévention primaire

Ce sont les actions concernant la promotion de la santé. Elle concerne les conduites individuelles à risques et les facteurs environnementaux.

Nous nous en approchons avec la sensibilisation sur la sécurité de l'exercice, les conseils d'installation et de gestion du cabinet.

Cette action doit être menée en amont chez les étudiants et les internes afin de les accompagner dans leur projet, et chez les jeunes installés qui doivent être informés sur les risques psychosociaux.

Ils sont rarement disponibles pour cette démarche lors de leur installation.

Notre projet pourrait être de les recevoir systématiquement après 18 mois d'installation pour faire le point sur leur situation et leur apporter un accompagnement et une écoute active si nécessaire.

3.4 Nos difficultés

Notre rôle au niveau de l'entraide est complexe.

Il est presque facile pour l'aide financière.

Dans certains cas, notre écoute active semble suffisante et efficace.

Nous sommes souvent confrontés aux limites de l'entraide avec l'assistanat ou l'intrusion, et notre attitude va être dictée par l'empathie.

Il est donc essentiel d'avoir une commission d'entraide avec plusieurs membres ou de présenter les dossiers de façon éventuellement anonyme en séance plénière afin de les étudier objectivement.

L'empathie, c'est la volonté de comprendre
l'autre de l'intérieur tout en sachant qu'on n'y
est pas.

Jacques LECOMTE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Famery S. Développer son empathie. Eyrolles, 2007.
2. Famery S. L'empathie. L'art d'être en relation. Eyrolles, 2013.
3. Rogers C. Développement de la personne – 2^{ème} édition. 2005.
4. Lecomte J. La Bonté humaine : Altruisme, empathie, générosité. 2012.
5. Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant – dirigé par le Pr. AMALBERTI René. 2012.
6. Dr Kezachian B. L'entraide ordinaire : aspects actuels, perspectives. Médecine Septembre 2016, 334-336.
7. L'entraide ordinaire. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Bulletin N° 46.
8. Dr Thevenot J. et Dr Ormieres JJ. Rôles des médecins référents, de l'entraide ordinaire et les dynamiques régionales. 2 et 3 septembre 2016.
9. Drs Delga ME., Bernard-Catinat M. et Montané F. Entraide ordinaire au titre de médecin inscrit au Tableau départemental de l'Ordre des médecins. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des Médecins, 19 juin 2004.
10. Dr Donnet M. Doctor's blues ou le burnout des médecins. De médecin à médecin. Edp Sciences 2016 ; 79-80.
11. Epuisement soignant et prise en charge. AFTCC, 2016
12. Repérage et prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Haute Autorité de Santé, 2017.

13. Rifkin L., Une nouvelle conscience pour un monde en crise-Vers une civilisation de l'empathie
– LLL : les Liens qui Libèrent, 2001

14. Serres M., Temps des crises. Paris : Le Pommier, coll. Manifestes, 2009

15. Balint M., Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2003

ANNEXE :

AIDE CONFRATERNELLE

- ❖ Un confrère se tient à votre disposition pour vous recevoir au siège du Conseil départemental tous les **MARDIS MATIN de 10h à 12h**.

- ❖ Le site informatique du CDOM vous permet d'avoir accès à des dossiers téléchargeables :
 - **Dossier de demande d'exonération :**
Une exonération partielle ou totale peut être accordée pour l'année en cours en cas de difficultés provisoires. Celle-ci doit être justifiée et tenir compte des revenus du foyer fiscal. Elle est soumise en séance plénière et traitée au niveau départemental.

 - **Dossier de demande d'entraide :**
Celui-ci s'adresse aux médecins en situation de détresse (santé, situation familiale ou professionnelle).
Cette demande sera traitée au niveau départemental et éventuellement transmise avec avis motivé à la Commission Nationale d'Entraide.

- ❖ Le CDOM 83 cotise pour vous à l'**Association MOTS** (Organisation du Travail et Santé du Médecin).
Cette association indépendante et qui travaille en toute confidentialité assure une permanence téléphonique 24h/24 et 7j/7 pour les médecins en difficulté :

 **0608 282 589**

Dr VEYSSIERE-BERTRAND Catherine

ÉVOLUTION DE L'ENTRAIDE ORDINALE DANS LE VAR : ÉTUDE RETROSPECTIVE DE 2012 A 2017

Résumé : *Introduction :* L'entraide ordinaire dans le Var a particulièrement évolué ces cinq dernières années et s'est organisée en étroite collaboration avec le CNOM, la CARMF, l'AFEM, et l'association MOTS. Une augmentation de demande très nette apparaît depuis 2016.

Méthode : Notre étude rétrospective de 2012 à 2017 collige 36 cas, dont 10 en 2016. *Résultats :* Elle a concerné des médecins pour 85% en exercice libéral, âgés en moyenne de 50 à 62 ans, dont 2/3 de sexe masculin. Dans 39 % des cas, les médecins n'étaient pas malades, mais en situation difficile. Dans 47 % des cas, notre entraide n'a pas été financière mais fondée sur une écoute active.

Conclusion : Ce travail veut faire le point sur notre action et nos dysfonctionnements afin de permettre d'élaborer des projets de prévention en amont :

- prévention primaire essentiellement lors de l'accueil de nos jeunes installés.
- prévention secondaire pour dépister les comportements débutants ou réversibles.

Mots clés : soin aux soignants, médecin en difficulté, entraide ordinaire

ORDINAL MUTUAL AID EVOLUTION IN THE VAR : RESTROSPECTIVE STUDY FROM 2012 TO 2017

Abstract : *Introduction :* Ordinal mutual aid in the Var has evolved these last five years and organized itself in close collaboration with the CNOM, the CARMF, the AFEM and the MOTS association. A sharp increase in demand has appeared since 2016.

Method : Our retrospective study from 2012 to 2016 collects 36 cases including 10 in 2016.

Results : It concerned for 85%, physicians in liberal exercise, with an average age of 50 to 62 years, of whom 2/3 were males. In 39% of cases, physicians were not ill, but in difficult situation. In 47%, our help was not financial but based on active listening.

Conclusion : This work focuses on our action and our dysfunctions in order to help develop prevention projects upstream :

- primary prevention mainly when welcoming our newly installed caregivers,
- secondary prevention to detect beginner or reversible behaviours.

Keywords : caring for caregivers, physicians in difficulties, ordinal mutual aid