

# DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE



Directeur d'enseignement  
Pr Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement  
Pr Éric GALAM

## SOIGNER LES SOIGNANTS



Les Professeurs Éric GALAM et Jean-Marc SOULAT, directeurs d'enseignement du DIU Soigner les Soignants, vous convient aux :

**JOURNEES DE SOUTENANCE PUBLIQUE DES MEMOIRES  
D'ACTUALITES ET D'ECHANGES DE PRATIQUES**

---

**Jeudi 7 et vendredi 8 novembre 2019**

Faculté de Médecine Xavier Bichat (à côté mais différent de l'hôpital)  
16 rue Henri Huchard – 75018 Paris –  
Métro : Porte de Saint-Ouen ou Porte de Clignancourt  
Le parcours sera fléché

*Merci de confirmer votre participation  
[cliquer sur ce lien](#)*

# JOURNEE DE SOUTENANCE PUBLIQUE DES MEMOIRES

## PROMOTION 4

### JEUDI 7 NOVEMBRE 2019

Horaires	Intitulés	Auteurs
8h45 – 9h00	<b>ACCUEIL</b>	
9h00 – 9h25	<b>LA PLATEFORME DE L'ASSOCIATION SPS : SOINS AUX PROFESSIONNELS EN SANTE</b> <i>Analyse des appels téléphoniques depuis sa création (déc. 2016) à mai 2019</i>	<b>Dr N COCHELIN</b> Médecin dermatologue (35) URPS ML Bretagne
9h25 – 9h50	<b>COTISATION ORDINALE ET DEMANDE D'EXONERATION</b> <i>Etude rétrospective sur 5 ans dans les Yvelines et départements limitrophes</i>	<b>Dr M BOCCOLINI-DUBOIS</b> CDOM 78
9h50 – 10h15	<b>LA PLAINTÉ ORDINALE, DE SON ANNONCE A SES CONSÉQUENCES</b> <i>Recueil et analyse du ressenti, de l'impact personnel et professionnel de la procédure auprès de 55 médecins concernés par une plainte ordinale en 2018. Département de l'Isère et de la Savoie</i>	<b>Dr S PERRIN</b> Médecin généraliste - CDOM 38 <b>Dr JL VANGI</b> Médecin généraliste - CDOM 73
10h15 – 10h40	<b>LA RENCONTRE DU MEDECIN DE LA COMMISSION D'ENTRAIDE ORDINALE AVEC LE MEDECIN ALCOOLIQUE</b> <i>Comment l'amener à se soigner ?</i>	<b>Dr F DASSONVILLE</b> Médecin du travail (71)
10h40 – 11h00	<b>PAUSE</b>	
10h00 – 11h25	<b>PROCEDURE D'ACCUEIL ORDINAL DES JEUNES MEDECINS</b> <i>Etat des lieux dans 47 CDOM et outils disponibles.</i>	<b>Dr C BLANC-HELLIOT</b> Médecin ophtalmologiste CDOM 42
11h25 – 11h50	<b>ETAT DES LIEUX DE LA SANTE DES MEDECINS URGENTISTES D'ILE DE FRANCE, VUE PAR LE PRISME DE LA DETTE DE SOMMEIL,</b> <i>Etude prospective auprès de 276 médecins urgentistes de 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 30 juin 2019</i>	<b>Dr F BARGUI</b> Médecin Généraliste CDOM 93
11h50 – 12h15	<b>RENFORCER L'ENTRAIDE ORDINALE CHEZ LES PEDICURES-PODOLOGUES LIBERAUX</b> <i>Mise en œuvre pratique des outils d'entraide</i>	<b>Mme E ROLLAND</b> Pédicure-Podologue (69) CNOFP
12h15 – 12h40	<b>ENTRAIDE INFIRMIERE : DE L'EXISTENCE A L'EFFICIENCE</b> <i>Pour un projet de coordination et de structuration des entraides</i>	<b>Mme N BIGEON</b> <b>Mr JP BUISSON</b> <b>Mme A MUSEUX</b> <b>Mme A PARIENTE</b> Infirmiers - CNOI
12h40 – 14h00	<b>PAUSE DEJEUNER</b>	
14h00 – 14h25	<b>REGARDS DES RESPONSABLES DE STRUCTURE SUR LA SANTE AU TRAVAIL : LA LEUR ET CELLE DES AUTRES PRATICIENS.</b> <i>Enquête réalisée auprès de 222 médecins et pharmaciens du Centre Hospitalier Universitaire de LILLE</i>	<b>Dr S MICZEK</b> Médecin du travail CHU de LILLE (59)
14h25 – 14h50	<b>UNE PSYCHOLOGUE EN REANIMATION : UNE PISTE POUR LE « MIEUX-VIVRE » DES SOIGNANTS EXERCANT EN REANIMATION ?</b> <i>Un retour d'expérience du service de réanimation du CH de Béthune.</i>	<b>Dr MC DUFOSSEZ,</b> Médecin réanimateur CH Béthune (62)
14h50 – 15h15	<b>FATIGUE DE COMPASSION CHEZ LES SOIGNANTS</b> <i>Etude comparative entre les cliniques psychiatriques de Saujon (Charente-Maritime, 17) et de cliniques de rééducation dans l'Hérault (34) au travers de trois questionnaires: ProQol 5, test d'usure de compassion (TUC) et stratégies de coping (WCC-R) chez 40 soignants.</i>	<b>Mme M NIEDERBERGER</b> Psychologue clinicienne Cliniques de Saujon (34)
15h15 – 15h40	<b>LA RELATION D'AIDE AU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL D'UN CENTRE HOSPITALIER</b> <i>Pratique analysée à la lumière des travaux de Carl Rogers. A propos de neuf cas.</i>	<b>Dr A PAULY</b> Médecin du Travail CHR Metz-Thionville (57)
15h40 – 16h00	<b>PAUSE</b>	
16h00 – 16h25	<b>LE PSYCHOLOGUE DE COULOIR</b> <i>Mise en lumière d'une pratique clinique implicite et habituelle</i>	<b>Mme S THONNERIEUX</b> Psychologue clinicienne CH Gaillac (81)
16h25 – 16h50	<b>FICHES TECHNIQUES D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES LIES AU TRAVAIL DES PROFESSIONS DE SANTE.</b> FTA-Méditation de pleine conscience. FTA-Groupe de Psychoéducation de la Dépression. FTA-Gestion du stress et des émotions + FTA (4 autres fiches)....	<b>Dr Jérôme LEROND</b> Psychiatre, Clinique des Boucles de la Moselle - Toul (54)
16h50 – 17h15	<b>EVALUATION DU DIU SOIGNER LES SOIGNANTS</b> <i>Etude de satisfaction et mesure d'impact auprès des 50 médecins des trois premières promotions</i>	<b>Dr N LAJZEROWICZ</b> Médecin généraliste (33) <b>Dr E VAUTRIN-CESAREO</b> Médecin généraliste (28) <b>Dr H SANGARE</b> Médecin généraliste (33)
17h15 – 18h00	<b>DÉLIBÉRATION DU JURY</b> <b>REMISE DES ATTESTATIONS DE RÉUSSITE</b>	

# JOURNEE D'ACTUALITES ET D'ECHANGES DE PRATIQUES

## VENREDI 8 NOVEMBRE 2019

### 8h45 – 9h00 : ACCUEIL

Professeur Jean Marc SOULAT (Directeur du DIU)

### 9h00 – 11h00 : ACTUALITES :

#### LA SANTE ET LE BIEN ETRE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS PAR LES SOIGNANTS

**Table ronde** : Modérateur : Pr E GALAM (Directeur du DIU).

- De l'importance du management de proximité dans la qualité de vie au travail des soignants : Pr Ph COLOMBAT (Président de l'Observatoire National de la Qualité de Vie au Travail des professionnels de santé et du médico-social)
- Les médecins ont aussi leurs maux à dire : à propos d'une expérience menée au CHU de Montpellier : Pr M MAURY (Psychiatre d'enfants - Professeur émérite à l'université de Montpellier)
- Tutorat d'Entraide des Carabins Toulousains (TECT) : des projets pédagogiques innovants mettant en jeu l'entraide et l'échange entre pairs : Mlles L HATIMY (Présidente TECT), L PENOUILH (Vice-Présidente TECT).

### 11h00 – 17h00 : ECHANGE DE PRATIQUES :

**Ateliers pratiques, destinés aux professionnels de santé des différentes promotions du DIU, « SOIGNANTS DE SOIGNANTS », et aux responsables ou effecteurs d'entraide :**

*Sur inscription : vous êtes invité à venir présenter et partager une situation issue de votre pratique de soignant-accompagnant de soignant, quels qu'en soient le lieu ou le cadre. Vous explorerez les problèmes posés par cette situation et les actions entreprises ou souhaitables.*

***La neutralité, la bienveillance et le respect de la confidentialité seront de rigueur.***

#### ○ PETITS GROUPES : 11H00 – 13H00

Echanges entre pairs en petits groupes de 8 à 10 participants sur les situations apportées, animés et facilités par des effecteurs militants d'entraide, anciens du DIU.

Le groupe aidera à tirer enseignement, préciser les questions posées et faciliter l'émergence de solutions possibles.

#### ○ PAUSE DEJEUNER : 13h00 – 14h00

#### ○ PLENIERE : 14h00 – 16h30

Restitution des échanges des petits groupes et questions à poser aux experts.

Modérateur : Dr JJ ORMIERES (Coordonnateur pédagogique du DIU).

Experts : Pr E GALAM, Pr JM SOULAT, Pr COLOMBAT, Pr M MAURY, Dr J MORALI, Dr J THEVENOT.

### SYNTHESE ET CONCLUSION :

Professeur Éric GALAM (Directeur du DIU).

### FIN DE LA JOURNEE : 17h00



# **LIVRE DES RESUMES DES MEMOIRES**

## LA PLATEFORME DE L'ASSOCIATION SPS : SOINS AUX PROFESSIONNELS EN SANTE

Analyse des appels téléphoniques depuis sa création (déc. 2016) à mai 2019

### Dr Nicole COCHELIN

Médecin dermatologue (35)

URPS-Médecins Libéraux Bretagne

### RESUME :

#### INTRODUCTION :

Un des axes de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail est de prévenir et prendre en charge la souffrance au travail. Il s'agit notamment de favoriser la mise en œuvre d'un dispositif d'écoute téléphonique accessible par un numéro de téléphone national facile à identifier et à contacter. Il est précisé dans cette stratégie que ce service doit être accessible 24h/24h et 7 jours/7 en cas de souffrance psychologique, de façon gratuite et avec la garantie d'une confidentialité absolue. (*Second volet de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail - DGOS mars 2017*).

Plusieurs dispositifs d'écoute destinés aux professionnels de santé existent en France : plateforme SPS (Soins aux Professionnels de Santé), numéro d'écoute et d'assistance mis en place par L'Ordre des médecins et l'Ordre des infirmiers, association MOTS (Médecins, Organisation, Travail, Santé), réseau ASRA (Aide aux Soignants de Rhône-Alpes), ASSPC (Association Santé des Soignants en Poitou-Charentes), ARENE (Association Régionale d'Entraide du Nord Est), ERMB (Réseau d'entraide des médecins bretons), ....

#### OBJECTIFS :

Notre travail concerne « la plateforme SPS : Soins aux Professionnels en Santé ».

- Quels professionnels font la démarche d'appeler la plateforme SPS, et de quelles régions de France ?
- Avec quelle incidence en fonction de leur profession ?
- Quelles sont leurs plaintes ?
- Quel est l'intérêt pour l'appelant de s'adresser à ce dispositif d'écoute ?
- Est-ce une bonne réponse pour les professionnels en difficulté ?

#### METHODES :

Pour répondre à ces questions, nous avons :

- Étudié le mode de fonctionnement de SPS.
- Identifié les profils socio-professionnels des appelants.
- Identifié les motifs de leurs demandes, notamment en fonction de critères démographiques,
- Étudié le niveau de détresse.
- Analysé la satisfaction des appelants.

#### RESULTATS :

L'association SPS a contractualisé la gestion des appels avec la société Pros-Consulte spécialisée dans la prévention et la gestion des risques psychosociaux (RPS). La plateforme d'écoute est accessible 24h/24. L'appelant a un accès direct et immédiat à un des 70 psychologues cliniciens, soit par le numéro dédié, soit par l'application iPhone ou IOS Android.

Selon la typologie de la demande d'aide, la prise en charge peut être suivie d'une consultation physique à travers le réseau national du risque psycho-social (psychologues, médecins généralistes et psychiatres), voire d'une hospitalisation dans une des unités de lits dédiées.

Nous avons étudié 3461 appels en 30 mois, soit près de 1500 appels par an.

L'appelant type est une femme, de 44 ans, infirmière, salariée, vivant en région parisienne, souffrant d'épuisement professionnel. Certaines professions ont une plus forte incidence d'appels.

#### DISCUSSION :

La plateforme SPS reçoit un nombre significatif d'appels, et correspond par conséquent à un besoin d'écoute et de soutien des professionnels en santé. La satisfaction des appelants est plutôt positive, puisqu'elle est de 74% après analyse du questionnaire de fin d'appel. Ce résultat doit être néanmoins pondéré, car seulement 6,20% des appelants ont répondu au questionnaire.

L'exigence d'anonymat et de confidentialité absolue sont autant de limites pour pouvoir évaluer la nature du soutien ultérieur et le devenir des professionnels de santé appelants.

#### CONCLUSION :

Les dispositifs d'écoute téléphonique avec soutien psychologique sont mis en avant dans la détection et la prise en charge des risques psycho-sociaux. Ils sont certes un maillon essentiel dans la chaîne de prise en charge des RPS, mais peuvent-ils être la seule réponse au problème de la souffrance au travail des PS ?

Seule une prévention primaire systématique et organisée dès les études et pendant toute la vie professionnelle, pourra produire des résultats durables sur la santé des PS au travail et seuls les pouvoirs publics pourront décider de cette évolution.

#### MOTS CLES :

Risques psycho-sociaux - Plateforme téléphonique d'écoute - Pros-consulte - Souffrance au travail - Association-SPS

## COTISATION ORDINALE ET DEMANDES D'EXONERATION

*Étude rétrospective sur 5 ans dans les Yvelines et départements limitrophes d'Ile de France*

**Dr Murielle BOCCOLINI-DUBOIS**

Médecin généraliste - CDOM 78

### RESUME :

#### INTRODUCTION :

« Toute personne physique ou morale doit être inscrite au tableau du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) pour exercer la médecine ». La cotisation ordinale est donc obligatoire. Les conseils départementaux sont régulièrement sollicités par des confrères en difficultés pour des exonérations de cotisation ordinale totale ou partielle.

L'évaluation des demandes se fait essentiellement sur des critères de solvabilité. Outre l'attribution d'un secours financier, cette entraide doit-elle être « entendue au sens large et comprendre aussi un soutien psychologique, organisationnel et juridique et un accompagnement professionnel et social » ? (Charte entraide CNOM)

#### OBJECTIFS :

Dans notre travail, nous avons :

- Recensé et analysé les situations auxquelles répond cette aide financière du CDOM.
- Recherché un lien entre la demande d'exonération et l'existence d'un trouble médico-psycho-social.
- Recherché si un accompagnement a été nécessaire et proposé.

#### METHODE :

Il s'agit d'une étude rétrospective, via le fichier ORDINAL, des exonérations de cotisations délivrées ces 5 dernières années dans les Yvelines et les autres départements d'Ile de France.

Avec l'accord des Présidents des CDOM et grâce à l'aide professionnelle des secrétaires, les dossiers anonymisés ont été colligés et relus à l'aide d'une grille.

#### RESULTATS :

200 dossiers ont été analysés, soit une moyenne de 46 par an pour les Yvelines

En région Ile de France, les médecins libéraux sont les plus concernés, dans la tranche d'âge 55/65ans.

Le repérage se fait essentiellement devant un retard ou une absence de règlement. Les demandes d'aide (d'exonération) sont tardives parce qu'il faut les solliciter. Les motifs mis en avant sont principalement des problèmes financiers, secondairement des problèmes de santé, mais le plus souvent intriqués.

L'étude attentive de certaines situations apparemment anodines a permis d'identifier des histoires plus complexes, parfois dramatiques et méconnues.

#### DISCUSSION :

Les limites de notre travail tiennent à l'exploitation des résultats rendue difficile par des procédures variables d'un CDOM à l'autre et l'absence de protocole établi dans le recueil, l'analyse, le suivi et la traçabilité des demandes.

La garantie de la confidentialité mise en avant par les conseils est aussi un obstacle. Doit-elle gêner la rigueur nécessaire au recueil des informations ?

Notre travail amène chaque conseil à s'interroger sur tout retard ou absence de règlement de la cotisation. Ne faut-il pas les considérer comme une alerte sérieuse, témoin de problèmes professionnels, personnels ou familiaux ? Des études plus approfondies sont nécessaires pour y répondre.

#### CONCLUSION :

En préconisant la mise en place de protocoles rigoureux et d'outils d'évaluation, nous invitons les CDOM à avoir une approche cohérente et rigoureuse qui permettra une meilleure connaissance des situations d'exonération et d'offrir une aide adaptée mobilisant les autres outils de l'entraide ordinale.

#### MOTS CLES :

Cotisation ordinale – Exonération – Signe d'alerte d'un risque psychosocial

## LA PLAINTÉ ORDINALE, DE SON ANNONCE A SES CONSEQUENCES

Recueil et analyse du ressenti, de l'impact personnel et professionnel de la procédure auprès des médecins concernés par une plainte ordinale en 2018. Départements de l'Isère et de la Savoie

**Docteur Sophie PERRIN - Docteur Jean Louis VANGI**

Médecins généralistes (CDOM Isère et CDOM Savoie)

### RESUME :

#### INTRODUCTION :

Il existe peu de travaux sur le vécu et les conséquences pour le médecin d'une plainte devant l'Ordre des Médecins. Suite à des expériences vécues au sein de nos Ordres avec ce même constat de souffrance ignorée, il nous a semblé pertinent dans le cadre du DIU « soigner les soignants » d'analyser le ressenti de chaque médecin impliqué dans une plainte ordinale et les retombées de cet événement dans le parcours de vie personnel et professionnel.

#### METHODE :

Cette étude rétrospective a été menée par entretien téléphonique. Les Ordres de l'Isère et de la Savoie ont préalablement envoyé un courrier explicatif du déroulé de l'enquête. Ce travail s'est fait sous leur responsabilité. L'entretien s'est déroulé par téléphone avec une grille de recueil structurée autour de cinq temps : la procédure d'annonce de la plainte, le ressenti, les conséquences physiques, psychiques, les mécanismes de défense mis en place, les propositions d'améliorations suite à ce vécu.

#### RESULTATS ET DISCUSSION :

72% des médecins ont répondu à l'enquête en Isère et 88% des médecins en Savoie.

La moyenne des âges des médecins interrogés est de 52 ans (de 29 ans à 68 ans) pour l'Isère, 57 ans pour la Savoie. La majorité a un exercice libéral en médecine générale et est de sexe masculin. Pour 71% d'entre eux en Isère, 86% en Savoie, il s'agit d'une première plainte ordinale et le plus souvent avec un patient comme plaignant. Mais le nombre de plaintes entre confrères n'est pas négligeable (environ 20%).

Le premier résultat remarquable est que seulement environ un tiers des médecins interrogés (38% en Isère, 33% en Savoie) connaît le déroulement d'une procédure ordinale.

En ce qui concerne l'annonce de la plainte par courrier recommandé, elle est ressentie comme trop « formelle » et « violente ». La majorité des médecins aurait souhaité être contactée avant la conciliation et/ou recevoir un courrier explicatif avec un numéro à appeler si besoin.

17 médecins (42%) en Isère, 13 médecins (87%) en Savoie ont contacté l'Ordre des médecins (conseiller ou secrétaire) avant la conciliation, ce qui a eu un effet de réassurance évident.

Les ressentis majoritaires sont : le stress, la colère, la surprise, la culpabilité. Ces ressentis sont majorés ou minorés selon le motif de la plainte, l'âge et l'expérience du médecin. Mais la mise en cause est réellement vécue comme un traumatisme. Par contre toutes et tous ont reçu une écoute bienveillante de leurs proches et de leur corporation.

Les conséquences émotionnelles de la plainte ont duré dans le temps avec de l'anxiété et des troubles du sommeil nécessitant parfois un recours thérapeutique ou psychologique. Les réseaux d'aide aux soignants sont connus de la majorité des médecins (30 et 10) mais aucun ne les a contactés, ni l'entraide ordinale.

Plus du tiers (37% en Isère et 46% en Savoie) des médecins interrogés a un médecin traitant et les médecins salariés n'ont jamais consulté leur médecin du travail. Deux médecins ont été en arrêt de travail suite au passage en conciliation et 3 médecins ont décidé de prendre leur retraite dans les suites de cette plainte.

#### CONCLUSION :

Au travers de cette enquête nous avons mis en évidence une grande liberté des médecins à échanger de la souffrance d'être jugé dans son exercice. La méconnaissance de la procédure ordinale est surprenante.

Les réseaux d'aide aux soignants ne sont pas sollicités malgré la douleur morale exprimée et la connaissance de ces structures d'aide.

Les propositions d'améliorations concernent majoritairement la place de l'Ordre des médecins dans la formation à la judiciarisation de la profession : parmi les propositions on retrouve la mise en place d'ateliers d'échanges de pratiques et des mises en situation, une amélioration de la possession du langage juridique par les conseillers ordinaires, la nécessité d'une expertise ordinale professionnalisée.

Mais émerge également la notion de non confraternité : « derrière toute plainte il y a un confrère » ou de maladresse de certains confrères : « Attention aux remarques qui tuent ! »

En revanche, de façon quasi unanime, le soutien reçu de l'Ordre des médecins dans l'épreuve ou l'attitude bienveillante « mais non corporatiste » des conseillers sont reconnus par les médecins.

Enfin les résultats objectivent un besoin de modifier la procédure d'annonce d'une plainte sans entacher d'irrecevabilité la procédure. L'échange avec un conseiller est souhaité avant la rencontre.

L'étape d'interrogation du Conseil National de l'Ordre des Médecins semble être la suite logique de ce travail pour intégrer un nouveau maillon d'entraide en amont de la conciliation afin de prévenir la souffrance et l'effet seconde victime mis en évidence dans cette étude.

#### MOTS CLES :

Plainte ordinale – procédure - effet seconde victime

## LA RENCONTRE DU MEDECIN DE LA COMMISSION D'ENTRAIDE ORDINALE AVEC LE MEDECIN ALCOOLIQUE

*Comment l'amener à se soigner ?*

**Dr Frédéric DASSONVILLE**

Médecin du travail (71)

### RESUME :

#### INTRODUCTION :

Chaque année plusieurs dizaines de médecins passent devant la formation restreinte pour des problèmes d'addiction et plus de la moitié sont interdits d'exercice. Pour agir en amont, nous proposons des éléments de réflexion pour aider le médecin de l'entraide ordinaire dans la prise en charge du médecin alcoolique. Elles font l'objet d'un projet de programme de Développement Professionnel Continu destiné aux membres des commissions d'entraide ordinaire.

#### METHODE :

Revue de la littérature

- Sur la maladie alcoolique, notamment sur la notion de déni, définissant par ailleurs le rôle et la place de chaque acteur : les membres du Conseil de l'Ordre, le médecin de la commission d'entraide ordinaire, le médecin traitant, le médecin malade de l'alcool, le collègue de travail.
- Sur l'intérêt de la mise en place d'une alliance thérapeutique : les expériences étrangères en Catalogne, dans la province du Québec et au Canada nous permettront de discuter d'un contrat de soin soutenant l'alliance thérapeutique.

Un projet de formation rentrant dans le cadre du DPC pour les médecins de la commission d'entraide ordinaire est proposé.

#### RESULTATS :

La revue de la littérature montre que le malade médecin n'est pas tout à fait un malade comme les autres et le confrère qui le soigne doit éviter la connivence et rester dans une relation médecin malade exemplaire.

Le déni apparaît comme un obstacle mais sa compréhension par l'intervenant permet de faire progresser le malade vers une prise de conscience de la nécessité de rentrer dans un parcours de soin sécurisé en acceptant un arrêt de travail.

La formation du médecin de l'entraide aux techniques de l'entretien motivationnel en établissant une communication empathique basée sur le respect et la confiance tout en respectant le secret médical nous semble nécessaire.

La rencontre devra être préparée, se dérouler dans un lieu sécurisé, au bon moment et aboutir à ce que le médecin malade s'engage dans un parcours de soins spécifique et sollicite un arrêt de travail.

#### DISCUSSION :

Ce travail est volontairement limité à la problématique du médecin libéral malade de l'alcool.

Il faudrait également réfléchir aux autres addictions qui comportent des spécificités un peu différentes.

Nous n'avons pas détaillé le cas du médecin travaillant comme salarié dans un établissement. La présence d'un service de santé au travail permet réglementairement au médecin du travail, lors d'une visite motivée par l'employeur, d'évaluer l'aptitude au poste de travail, de suspendre l'exercice ou de conseiller un parcours de soins.

Nous n'avons pas détaillé les autres aspects de l'entraide ordinaire : évaluation de l'épuisement professionnel, contexte familial, contexte financier et maintien de l'activité.

#### CONCLUSION :

Le médecin de la commission d'entraide qui rencontre un médecin malade de l'alcool doit établir une relation exemplaire confraternelle, respectueuse et prolongée pour accompagner le malade tout au long de son parcours de soins. Le secret sera absolu mais il pourra aider le médecin malade à révéler certains éléments directement au Président du CDOM. N'étant ni médecin traitant, ni médecin du travail, il s'inspirera de l'attitude uniquement préventive de celui-ci en utilisant l'entretien motivationnel pour inciter le médecin malade à se soigner.

Le projet de DPC se donne pour objectifs d'aborder la maladie alcoolique, le déni, le secret, l'entretien motivationnel sous l'angle théorique et une mise en pratique par des ateliers en se basant sur des saynètes issues de cas vécus.

#### MOTS CLES :

Entraide - maladie alcoolique - dépendance

## PROCEDURE D'ACCUEIL ORDINAL DES JEUNES MEDECINS

*État des lieux dans 47 CDOM et outils disponibles.*

**Dr Corinne BLANC-HELLIOT**

Médecin ophtalmologiste - Saint-Etienne (42)

CDOM 42

### RESUME :

#### INTRODUCTION

Dans le cadre de mon mémoire de DIU Soigner les Soignants, j'ai choisi de m'intéresser à la façon d'accueillir les jeunes médecins s'inscrivant pour la première fois à l'Ordre des Médecins. La rencontre lors de l'inscription est un moment privilégié de la vie professionnelle, initiatique, de reconnaissance et d'appartenance. Chacun d'entre nous s'en souvient.

Partant des informations actuelles qui sont délivrées dans chaque département par les Ordres départementaux, je vais analyser les besoins, et proposer une procédure d'accueil et d'informations qui pourrait servir de support et d'aide pour les conseillers ordinaires chargés de cette mission.

#### OBJECTIFS :

Mon travail vise à :

- Connaître les différentes procédures d'accueil menées par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM).
- Recenser les supports existants et utilisés.
- Repérer les éléments de procédure et les informations essentielles à délivrer.
- Proposer un modèle d'accueil des jeunes inscrits pour aider les Conseillers Ordinaires chargés de cette mission.

#### MATERIEL ET METHODE :

- Recherche de données : enquête de pratique auprès des CDOM, réalisée à l'aide d'un questionnaire recensant les habitudes d'accueil et les outils utilisés, les propositions d'amélioration possibles
- Synthèse et identification des éléments essentiels de procédure et des supports.
- Relecture du Président de l'Ordre des Médecins de la Loire

#### RESULTATS :

Le pourcentage de participation est de 46% (47/102 CDOM)

L'analyse des questionnaires retranscrit les usages des CDOM, tout en apportant des éléments enrichissants grâce à l'expérience de chacun.

La procédure d'accueil administrative réalisée par la Secrétaire de l'Ordre, associée à celle d'un conseiller Ordinaire ou plusieurs conseillers est la plus fréquente.

43/47 CDOM (soit 92% d'entre eux) privilégient la relation humaine.

Les informations délivrées au cours de cette procédure d'inscription ont peu d'homogénéité selon les CDOM, et manquent d'exhaustivité ; certains aspects des missions de l'Ordre ne sont pas évoqués.

Pour la partie du questionnaire relative aux moyens que les CDOM souhaiteraient utiliser, si de nombreux CDOM ont insisté sur la qualité d'un accueil humain direct, il apparaît souhaitable de pouvoir bénéficier de supports papiers et web, très utilisés par tous, et qui viendraient compléter ce contact humain irremplaçable.

#### DISCUSSION :

Il existe une volonté forte de la part des CDOM de sécuriser l'installation des jeunes confrères, et de leur transmettre des valeurs fondamentales.

Notre travail peut permettre de développer la qualité de l'inscription au Tableau de l'Ordre, pour que les jeunes confrères se sentent soutenus, et que les conseillers qui ont cette tâche puissent effectuer leur mission dans les meilleures conditions possibles.

L'apport des questionnaires et l'expérience de chacun ont permis de mettre en valeur des supports de communication adaptés aussi bien pour nos jeunes confrères, que pour les conseillers. Un livret d'accueil est proposé reprenant les missions de l'Ordre qui serait remis lors de l'entretien, une présentation facilement consultables sur un onglet du site web du CNOM ou des CDOM équipés de site internet dont le contenu reprendra les informations du livret.

#### CONCLUSION :

La coopération avec les différents CDOM a été une aide précieuse pour la réalisation de ce travail. Le Livret et les supports web recensent les missions principales de l'Ordre des Médecins et informent le jeune inscrit sur des notions qu'il n'a pas encore. Ces éléments sont un support à la relation humaine, chaleureuse qui est au cœur de l'accueil confraternel, irremplaçable de façon unanime pour tous les Conseils.

J'émet l'espoir qu'avec ce modèle d'accueil, ce temps de rencontre reste un moment privilégié de leur vie professionnelle.

#### MOTS-CLE :

Jeunes Médecins, Ordre des Médecins, Livret d'Inscription Ordinaire, Présentation : Les jeunes médecins et l'ODM

**ETAT DES LIEUX DE LA SANTE DES MEDECINS URGENTISTES D'ILE DE FRANCE, VUE PAR LE PRISME DE LA DETTE DE SOMMEIL,**  
*Étude prospective auprès de 276 médecins urgentistes de 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 30 juin 2019*

**Dr Fatima BARGUI**

Médecin Généraliste

CDOM 93 et CROM Iles de France

**RESUME :**

**INTRODUCTION**

Au même titre que tous les travailleurs postés et de nuit, les médecins urgentistes ont des horaires de travail atypiques qui peuvent, de par leurs spécificités, engendrer des risques pour la santé et nuire ainsi à la qualité et à la sécurité des soins prodigués. La dette de sommeil est-elle la cause du stress excessif ressenti et de l'épuisement des urgentistes ainsi que du trouble de la concentration pouvant être à l'origine d'accidents ?

**OBJECTIF :**

Cette étude vise à :

- connaître l'incidence de la dette de sommeil chez les médecins urgentistes
- identifier certaines conséquences cognitives et comportementales
- proposer quelques règles de prévention

**MATERIEL ET METHODE :**

Cette étude a été réalisée sur 6 mois (du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 30 juin 2019) à l'aide :

- du questionnaire Epworth sur le sommeil.
- d'un questionnaire exhaustif déclaratif concernant les troubles de la concentration, le stress et l'épuisement ressenti, et la consommation de stimulants.

Ils ont été soumis à l'ensemble des urgentistes d'île de France et renseigné en ligne sur Google Form.

**RESULTATS :**

Nous avons recueilli 276 réponses dont 59.8% de sexe féminin et 40.2% de sexe masculin.

63% d'entre eux présentent au test d'Epworth une dette de sommeil.

**DISCUSSION :**

Si l'incidence de la dette du sommeil chez les médecins urgentistes semble supérieure à celle de la population générale, n'a-t-elle pas des conséquences cognitives, comportementales et sur leur santé pouvant mettre en danger leur sécurité, leur bien-être et la sécurité des patients ? N'est-elle pas à l'origine de stress, d'épuisement professionnel et source d'erreur et passage à l'acte ? Certaines règles d'hygiène de vie sont rappelées, ainsi que des propositions pour la prévention chez cette population.

**CONCLUSION :**

Un soignant reposé, est un soignant et des patients en sécurité !

**MOTS CLES :**

Santé – Médecins urgentistes - Sommeil rythme circadien - Pression de sommeil - Syndrome de retard de phase - Score d'Epworth - Chronotype – Chronobiologie – Mélatonine - Dette de sommeil - Conditions de travail - Travail posté de nuit - Qualité de vie au travail - Prévention – Stress - Epuisement professionnel - Trouble de la concentration - Surpoids – Tabac – Alcool - Anxiolytiques - Maladies métaboliques – Risque – Chrono nutrition.

## RENFORCER L'ENTRAIDE ORDINALE CHEZ LES PEDICURES-PODOLOGUES LIBERAUX

*Mise en œuvre pratique des outils d'entraide*

**Mme Emilie ROLLAND**

Pédicure-Podologue - Lyon (69)

CNOPP

### RESUME :

#### INTRODUCTION :

Les pédicures-podologues, dont l'activité est principalement libérale doivent faire face aux difficultés de la gestion d'un cabinet (administrative et financière), de la relation praticien-patient avec tout le stress associé, vecteurs d'épuisement professionnel. Le Conseil National de l'Ordre des Pédicures-Podologues a pris la mesure de cet enjeu avec la mise en place dès sa création d'une commission de solidarité dont l'objet est d'appuyer financièrement chaque praticien en difficulté. Néanmoins, au-delà des aspects financiers, il semble aujourd'hui nécessaire de compléter cette entité par une approche d'entraide et de soutien pour guider et aider les praticiens dans leur pratique professionnelle et ainsi lever le plus possible les différents poids qui peuvent peser sur leur exercice.

#### OBJECTIF :

L'objectif sera de définir les contours des actions à mener et donc de détailler les éléments constitutifs du renfort de la notion d'entraide au sein de la commission solidarité. Actions nécessaires au soutien des professionnels : une « boîte à outils » et une proposition de sa mise en œuvre via un support numérique.

#### MÉTHODE :

- Recherche bibliographique ciblée
- Analyse des retours d'expériences de la commission solidarité du Conseil National de l'Ordre des Pédicures-Podologues.
- Analyse quantitative des cas au travers de rapports d'activités ordinaires.

#### RÉSULTAT :

Le résultat sera la description détaillée et exhaustive des éléments à prévoir pour apporter la meilleure réponse aux professionnels en difficulté ainsi qu'une proposition de support pour une action concrète, rapide et adaptée.

#### CONCLUSION :

Cette étude pourra permettre au Conseil National de l'Ordre des Pédicures-Podologues de compléter sa commission solidarité par des actions d'entraide ordinale pour valoriser et promouvoir la prévention contre l'épuisement professionnel via l'outil numérique.

#### MOTS CLES :

Pédicure-podologue - entraide ordinale - prévention - outil numérique

## **ENTRAIDE INFIRMIERE, DE L'EXISTENCE A L'EFFICIENCE.**

*Pour un projet de coordination et de structuration de l'entraide infirmière.*

**Mme N BIGEON - Mr JP BUISSON - Mme A MUSEUX - Mme A PARIENTE**

Infirmiers - CNOI

### **RESUME :**

#### **INTRODUCTION :**

De nombreux soignants sont en souffrance. Après en avoir relevé les causes, nous avons étudié les dispositifs d'entraide existants. Nous avons ensuite cherché à mesurer l'écart entre les besoins et les ressources mises à disposition.

Afin de mieux coordonner l'accompagnement des soignants en souffrance, au-delà du rapprochement de l'Ordre National Infirmier avec la plateforme Nationale, nous nous sommes interrogés sur la nécessité d'adapter l'existant aux spécificités de la population infirmière. Pour conclure nous proposons des axes d'amélioration.

#### **OBJECTIFS :**

- Identifier les raisons de la souffrance infirmière
- Mesurer la réponse apportée aux infirmiers en souffrance par l'Ordre National des Infirmiers
- Référencer l'organisation des différentes plateformes
- Proposer des axes de réflexion et d'amélioration
- Diffuser les différentes solutions d'entraide
- Participer à la transmission des enseignements du DIU soigner les soignants

#### **METHODE :**

- Recherche documentaire, dans laquelle nous avons mis en évidence l'historique, la formation, les valeurs et les contraintes de la profession.
- Étude quantitative auprès des présidents de Conseils Départementaux de l'Ordre des Infirmiers afin d'évaluer l'existant en matière d'entraide
- Entretiens avec les intervenants des différentes plateformes d'entraide existantes et analyse comparative par grille d'observation.
- Étude phénoménologique du fonctionnement de l'entraide

#### **RESULTAT et DISCUSSION :**

La souffrance des soignants est multifactorielle. Le stress généré par la surcharge de travail constante, les conflits avec les valeurs professionnelles, le manque de reconnaissance conduisent aujourd'hui les infirmiers à un épuisement professionnel.

Cette observation est relayée par l'analyse du nombre croissant d'appels d'infirmiers sur la plateforme. Même si la mesure de ce nombre d'appels n'est qu'un des indicateurs de la souffrance des soignants,

Il apparaît que la méconnaissance du dispositif d'entraide par les soignants a été une limite mise en évidence par notre travail. A ceci s'ajoute une carence en temps dédié pour la structuration de l'entraide.

L'analyse des multiples plateformes met en évidence un découpage géographique des structures d'entraides et une juxtaposition de leurs actions, malgré un objectif commun.

Un problème émerge de l'analyse organisationnelle : l'utilisation d'outils est effective, les procédures sont respectées, seule la coordination vers un relais départemental manque d'efficacité alors que l'inverse fonctionne, bien qu'en dernier recours.

#### **CONCLUSION :**

Ce travail de recherche nous permet de proposer quelques axes d'améliorations qui passent par une refonte de la structure organisationnelle d'entraide ordinaire.

A l'heure où les missions de l'ordre infirmier sont parfois questionnées, une proposition de communication sur l'entraide nous semble indispensable. Tout comme une mise en place d'infirmiers effecteurs dans les cellules d'entraides. Qui mieux qu'un infirmier pour accompagner un infirmier en souffrance ?

Ce travail de recherche laisse place à d'autres explorations. Elles pourront au fil des participations d'infirmier à ce DIU permettre d'accompagner dans toute sa mesure les infirmiers. Et pourquoi pas en valoriser la profession d'infirmier ?

A l'avenir les infirmiers qui participeront à ce DIU pourront reprendre et approfondir ces items et développer de nouvelles perspectives.

#### **MOTS CLES :**

Santé des infirmiers - Entraide infirmier - Plateforme d'appels

## REGARDS DES RESPONSABLES DE STRUCTURE SUR LA SANTE AU TRAVAIL : LA LEUR ET CELLE DES AUTRES PRATICIENS

*Enquête réalisée auprès de 222 médecins et pharmaciens du Centre Hospitalier Universitaire de LILLE*

### **Dr Sophie MICZEK**

Médecin du Travail – Praticien Hospitalier  
Service de Médecine du Travail du Personnel Hospitalier  
CHU de LILLE (59)

#### **RESUME :**

##### **INTRODUCTION :**

Être responsable de structure (UF, service, clinique, pôle) dans un établissement hospitalo-universitaire inscrit le médecin dans une dimension de manager complémentaire à celles de clinicien, chercheur et enseignant. Dans un monde hospitalier en tension, comment ces médecins appréhendent-ils leurs missions de médecins-managers ? Quels regards portent-ils sur leur santé au travail et celle de leurs confrères ?

##### **OBJECTIFS :**

Les objectifs sont : faire un point sur leurs conditions d'exercice, évaluer leur charge de travail, la conciliation vie professionnelle/vie privée, leur état de santé global (physique, psychique, niveau d'épuisement professionnel) et leur sensibilisation à la question du bien-être au travail.

##### **METHODE :**

Pour ce faire, une enquête a été réalisée au sein de la population des responsables fonctionnels du CHU de Lille du 03 juin au 31 juillet 2019, par l'intermédiaire d'un questionnaire diffusé par messagerie professionnelle.

##### **RESULTATS :**

222 questionnaires ont été recueillis sur les 421 responsables recensés, soit un taux de réponse de 53%. Les résultats ont été traités selon différentes thématiques dont la charge de travail, la santé perçue, les contraintes psycho-organisationnelles, l'équilibre vie privée/vie professionnelle ou encore l'épuisement professionnel. 49% trouvent l'exercice d'une responsabilité satisfaisant. Ils le jugent complexe (à 93%), déplorent un manque d'accompagnement (76% la pensent nécessaire lors de la prise de fonction) et estimeraient une formation utile (à 75%). 70% ont déjà songé à renoncer définitivement à leur mission de manager au cours des 12 derniers mois. L'impact du travail sur leur santé et leur vie personnelle est vécu négativement (respectivement 58% et 68% d'insatisfaits de leurs horaires et rythme de travail pour leur santé et vie privée). Ils sont 61% à penser pouvoir jouer un rôle dans le bien-être au travail de leurs confrères, 86% à estimer qu'il est de leur devoir d'avoir une attention particulière à la santé de leurs confrères. Concernant l'épuisement professionnel, évalué grâce à l'échelle MBI, 18.9% présentent un niveau d'épuisement émotionnel élevé, 18.5% un score de dépersonnalisation élevé et 35.7% un score d'accomplissement personnel faible.

##### **CONCLUSION :**

Les principales pistes de réflexion et axes d'amélioration dégagés par l'analyse des données concernent : la reconnaissance et la meilleure prise en compte du management médical au sein de l'institution, la formation spécifique de ces médecins, les outils complémentaires à amener aux responsables médicaux, déjà convaincus de leur rôle de veilleur auprès de leurs confrères, afin de leur permettre d'être d'avantage acteurs dans la prévention des risques psycho-sociaux des praticiens hospitaliers.

##### **MOTS CLES :**

Responsable médical - manager médical - praticien hospitalier - qualité de vie au travail - bien-être au travail – sante - épuisement professionnel

## UNE PSYCHOLOGUE EN REANIMATION : UNE PISTE POUR LE « MIEUX-VIVRE » DES SOIGNANTS EXERCANT EN REANIMATION ?

*Un retour d'expérience du service de réanimation du CH de Béthune.*

**Dr Marie Christine DUFOSSEZ**

Médecin réanimateur

CH Béthune (62)

### RESUME

#### INTRODUCTION :

Près de 70% de la population française décède en institution ; au sein de l'hôpital, un décès sur cinq survient en réanimation. La mort en réanimation est « une mort particulière » dans le sens où les patients sont souvent non autonomes et inconscients et leur vie est dépendante des machines et des techniques qui suppléent leurs défaillances viscérales. La mort résulte le plus souvent d'une décision médicale dans un contexte de haute technicité, décision collégiale d'une limitation thérapeutique ou arrêt des soins actifs. Il existe un paradigme pour les soignants exerçant en réanimation entre « tout faire pour faire vivre » et laisser mourir », ceci avec deux temporalités différentes : dans le premier cas : faire vite et bien, dans le deuxième cas : donner du temps au temps. La conjoncture financière actuelle des hôpitaux avec la rentabilité liée à la T2A ne permet pas aux soignants de prendre le temps nécessaire pour « récupérer émotionnellement ». Ce contexte engendre souvent un mal-être voire une souffrance des soignants.

#### OBJECTIF :

L'objectif de ce travail est d'aborder la mort en réanimation du point de vue de la pratique réelle, du ressenti et de l'accompagnement des soignants pour leur apporter une meilleure qualité de vie. Nous y présenterons l'expérience du service de réanimation du CH de Béthune.

#### METHODE :

Les réflexions ont été menées à partir des résultats d'un questionnaire proposé aux soignants en 2014 et d'une réorganisation managériale avec l'arrivée d'un nouveau chef de service qui a permis la création d'un poste de psychologue à 80% en 2018 dédiée au service de réanimation. Une évaluation des actions mises en place depuis 2018 a été réalisée en juillet/aout 2019 par une étude qualitative par entretiens semi-directifs basés sur un guide d'entretien réalisé au préalable avec 8 questions (présentation du soignant, point de vue sur les impacts des actions mises en place dans la prise en charge des patients en fin de vie, sur la qualité de vie des soignants).

#### RESULTATS :

Le questionnaire en 2014 avait montré que les soignants souhaitaient des débriefings à chaud, que les RMM n'amélioraient pas leur mal-être dans les situations de fin de vie, qu'ils souhaitaient davantage d'écoute, un accompagnement pour eux-mêmes pour mieux informer, communiquer et accompagner les familles d'un patient en fin de vie, une formation sur la compréhension du vécu et des réactions des familles, sur les étapes du deuil, une communication pluridisciplinaire à travers un groupe de travail, le recours à une « tierce personne » détachée des soins pour gérer leurs propres émotions et leur vécu professionnel.

L'intégration d'une psychologue à l'équipe soignante du service de réanimation a permis d'ouvrir des pistes de réflexion à travers la création d'un groupe de travail « famille-Réa » (mise en place d'une grille LATA informatisée, livret fin de vie, protocole d'accueil des enfants), la mise en place de débriefing à chaud, des entretiens individuels ou en équipe auprès des soignants (AS, infirmiers, étudiants hospitaliers).

#### DISCUSSION :

L'évaluation réalisée en juillet et aout 2019 montre que la présence d'une psychologue au sein du service de réanimation, intégrée à l'équipe soignante a permis une meilleure communication sur la fin de vie, un accompagnement des patients et familles, la prévention et la gestion des conflits au sein du service. Ces mesures préventives ont été nécessaires pour améliorer le bien-être des soignants. La mise en place de stratégies de communication active sur la gestion de la fin de vie en réanimation auprès des patients, familles et soignants a contribué à limiter le turn-over des soignants et le burn-out et à assurer la qualité et la sécurité des soins. Les entretiens ont mis en évidence des ressources personnelles mises en place par certains soignants.

#### CONCLUSION :

Proposer une formation à la gestion du stress avec mise en place d'atelier de sophrologie ou relaxation en amont et dans le service pourrait être un nouvel axe de réflexion.

#### MOTS CLES :

LATA - échanges pluriprofessionnels en service hospitalier - qualité de vie au travail - stress.

## **FATIGUE DE COMPASSION CHEZ LES SOIGNANTS**

*Etude comparative entre les cliniques psychiatriques de Saujon (Charente-Maritime, 17) et des cliniques de rééducation dans l'Hérault (34) au travers de la passation de trois questionnaires: ProQol 5, test d'usure de compassion (TUC) et stratégies de coping (WCC-R) chez 40 soignants.*

**Mme Maud NIEDERBERGER**

Psychologue clinicienne  
Cliniques de Saujon (34)

### **RESUME :**

#### **INTRODUCTION :**

Le travail de soignant n'est pas sans effet pour le soignant lui-même. En effet, la relation de soin se tisse dans un espace où a lieu une rencontre entre deux sujets ayant chacun sa propre histoire, son caractère, son vécu. Cette rencontre peut s'avérer complexe, dans la mesure où elle est caractérisée par une asymétrie fondamentale, avec le patient « souffrant » et le soignant ayant pour rôle d'accueillir avec bienveillance et empathie cette souffrance, mission éprouvante qui peut se retourner contre lui-même

Des études ont montré que les soignants en contact avec des patients en détresse, ont un risque de développer *une fatigue de compassion*, définie comme une nouvelle forme d'épuisement et une profonde douleur morale résultant d'une préoccupation excessive et de stress en écho à la souffrance de la personne prise en charge.

Nous allons nous intéresser aux soignants concernés par une exposition régulière au matériel traumatique des patients dans deux unités de soins: 20 soignants travaillant dans une clinique psychiatrique de Saujon (17) et 20 soignants travaillant au sein d'un centre de rééducation du Dr Ster (34) afin de mettre en lumière la prévalence de l'usure de compassion.

#### **OBJECTIFS**

Les objectifs seront de définir la notion de fatigue de compassion, et de prendre conscience de son importance au travers de différentes variables, nous permettant de mettre en avant des facteurs de risque pour l'épuisement des soignants.

Un autre objectif sera de faire une analyse plus « qualitative » des situations de stress au travail, vécues par les soignants et leurs moyens d'y faire face.

#### **METHODE :**

Trois questionnaires ont été remplis par 40 soignants: L'échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL 5) avec 30 items repartis en trois sous-échelles (épuisement professionnel, stress traumatique secondaire, satisfaction de compassion) de 10 items chacun, le test d'usure de compassion (TUC) avec 40 items repartis entre deux sous-échelles : la fatigue de compassion (23 items) et l'épuisement professionnel (17 items), et le questionnaire des stratégies de coping: La WCC-R, comportant 27 items.

Nous allons ainsi faire ressortir le lien entre plusieurs variables (la profession, l'âge, le sexe, l'ancienneté dans l'établissement, la présence de traumatisme personnel et la satisfaction de compassion) et le risque d'usure de compassion chez les soignants

#### **RESULTAT :**

Une première analyse permettra de faire un état des lieux de l'usure de compassion dans les deux domaines d'activité et de mettre en avant les liens observés en fonction des différentes variables.

La partie consacrée à l'analyse des stratégies de coping utilisées par les soignants nous permettra de nous questionner sur notre propre pratique, et de prendre conscience qu'une faible recherche de soutien social peut être liée à une usure de compassion.

Des pistes de réflexion pour prévenir l'épuisement du soignant et favoriser l'entraide seront envisagées afin de favoriser un partage social des émotions et une lutte contre l'isolement et la souffrance au travail.

#### **DISCUSSION et CONCLUSION :**

Cette étude permet de prendre conscience de la prévalence de l'usure de compassion dans différents secteurs d'activité. Une discussion se portera sur les limites de cette étude, et sur une prévention de ce risque comme proposer une mise en place de temps de supervision pour les soignants ayant pour objectif d'améliorer le prendre soin.

#### **MOTS CLES :**

Fatigue de compassion, traumatisme vicariant, épuisement professionnel, stratégies de coping.

## **LA RELATION D'AIDE AU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL D'UN CENTRE HOSPITALIER.**

*Pratique analysée à la lumière des travaux de Carl Rogers. A propos de neuf cas.*

**Dr Anne PAULY**

Médecin du Travail

CHR Metz-Thionville (57)

### **RESUME :**

#### **INTRODUCTION :**

Les personnels soignants de notre CHR n'échappent pas au contexte national actuel de souffrance au travail en lien non seulement avec les organisations, le management, les contraintes budgétaires mais aussi spécifiquement inhérente aux métiers du soin. Notre service de santé au Travail confronté directement à leur mal-être, tente d'y répondre en proposant des visites médicales au cours desquelles nous mettons en place une relation d'aide.

#### **OBJECTIF :**

Analyser notre méthode de travail puis la confronter à celle de Carl Rogers, décrite dans ses deux de ses ouvrages : « La relation d'aide et psychothérapie » et « Le développement de la personne », afin de l'approfondir et la perfectionner.

#### **METHODE :**

Après avoir déterminé les critères à prendre en compte selon Rogers pour expliquer notre méthode d'accompagnement, nous les analyserons au travers de neuf cas cliniques choisis dans notre pratique professionnelle de médecin du travail.

#### **RESULTATS :**

Analyse de notre pratique au travers de neuf cas cliniques : de la visite médicale initiale aux visites ultérieures. Mise en évidence de l'évolution psychique des personnes en détresse morale : des sentiments négatifs exprimés aux actions positives concrétisées.

#### **DISCUSSION :**

Confrontation des caractéristiques de notre accompagnement aux travaux de Carl Rogers : similitudes, différences et limites. Perfectionnement de notre méthode.

#### **CONCLUSION :**

Suggestions pour élaboration d'une maquette « type » de relation d'aide pouvant être mise en œuvre en Santé au Travail en milieu hospitalier.

#### **MOTS CLES :**

Relation d'aide - santé au travail - hôpital - Carl Rogers

## LE PSYCHOLOGUE DE COULOIR

*Mise en lumière d'une pratique clinique implicite et habituelle*

**Mme Sandrine THONNERIEUX**

Psychologue clinicienne

CH Gaillac (81)

### RESUME:

#### INTRODUCTION:

Le psychologue clinicien a de nombreuses missions: soutien auprès des patients/résidents, soutien de l'entourage familial et professionnel, fonction de cadre dans les institutions au niveau des projets d'établissement, des évaluations internes et externes. Il peut également être référent : du projet de chaque patient/résident, de la qualité, de la prise en charge globale de la souffrance psychique (HAS). Il organise des formations auprès des équipes soignantes dans le cadre de l'amélioration des pratiques.

Au cours du DIU, lors des échanges, il est apparu une autre fonction du psychologue, une fonction non notée sur les fiches de poste mais semblant intéressante à mettre en lumière au cours de cette formation : la pratique de couloir du psychologue.

Il s'agira de mieux comprendre ce qu'il s'y passe et voir comment nous pouvons l'étendre pour améliorer le bien-être des soignants en se reliant à la stratégie nationale d'amélioration de la QVT (décembre 2016) – Engagement 3 qui souhaite permettre à chaque professionnel de bénéficier sur son lieu de travail d'une prise en charge globale dont l'aspect psychologique.

#### OBJECTIF :

L'objectif de ce mémoire est de :

- savoir si le psychologue de couloir existe vraiment en termes de pratique.
- analyser ce qu'il se passe durant ce temps : à quoi cela sert-il ? Quels sont les sujets abordés?...
- savoir si cette fonction pourrait être développée dans le cadre du bien être des soignants.

#### METHODE :

Deux questionnaires ont été construits pour recueillir des données et une analyse qualitative a permis de répondre aux 3 objectifs fixés.

- Le premier questionnaire a été envoyé par mail à des psychologues de mon réseau travaillant en milieu hospitalier et dans des établissements médico-sociaux.
- Le second questionnaire est à l'attention de professionnels soignants ayant eu recours au psychologue de couloir et se fait sous forme d'entretiens directifs.

#### RESULTATS :

La pratique de couloir est très répandue; chaque psychologue interrogée dit être sollicitée régulièrement par les professionnels soignants pour des motifs tant professionnels que personnels. Parfois cela permet de les orienter vers des professionnels extérieurs.

L'établissement de façon informelle a conscience de la fonction contenante du psychologue.

Un psychologue dédié semble être un élément positif dans les dispositifs d'aide aux professionnels mais des inquiétudes sont exprimées quant à son utilisation par les soignants.

#### DISCUSSION :

Il est intéressant de voir une homogénéité des réponses malgré le faible retour. Nous pouvons constater que cette pratique semble tout à fait naturelle. Nous pouvons nous questionner sur le positionnement du psychologue.

Les travaux de Mr René Roussillon et de ceux qui ont repris cette notion nous éclairent sur le cadre qui existe pour cette pratique ainsi que sa fonction de dépôt permettant de gérer les angoisses groupales. Il nomme le couloir "l'interstice", un lieu d'échanges allant de la banalité à des sujets en lien direct avec le travail, un espace privilégié, de rassemblement.

#### CONCLUSION :

Ce travail pourrait n'être qu'une introduction à un travail de recherche plus poussée en se requestionnant sur son utilité en l'état ou sur le développement de services pluriprofessionnels de santé au travail en créant un cadre de la pratique clinique du psychologue prenant en compte ce besoin d'être au plus près des soignants tel le petit prince d'A. De Saint Exupéry auprès du renard avec la célèbre phrase « Apprivoise moi ».

#### MOTS CLES :

Pratique de couloir – interstice – régulation – bien être soignant

**FICHES THERAPEUTIQUES REFERENCES D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES LIES AU TRAVAIL DES PROFESSIONS DE SANTE.**

*FTA-Méditation de pleine conscience. FTA-Groupe de Psychoéducation de la Dépression. FTA-Gestion du stress et des émotions. + FTA (4 autres fiches)*

**Dr Jérôme LEROND**

Psychiatre,  
Clinique des Boucles de la Moselle - Toul (54)

**RESUME :**

**INTRODUCTION :**

Alors que l'Éducation Nationale a su développer des dispositifs spécifiques de manière structurée (unité d'hospitalisation dédiée, hôpitaux de jour, réseaux d'entraide...) pour le corps enseignant, la prise en charge des troubles psychopathologiques liés au travail des professions de santé (Burn-Out, dépressions sévères, conduites addictives, crises suicidaires...) est encore à l'heure actuelle peu développée.

**OBJECTIFS ET METHODES :**

Ce travail a pour objectif l'élaboration de Fiches Thérapeutiques Référencés d'Aide à la Prise en Charge.

Elles sont toutes rédigées selon le même plan :

- 1- définition
- 2- objectifs (et évaluations)
- 3- indications
- 4- contre-indications
- 5- « mode d'emploi »

**RESULTATS :**

Plusieurs Fiches thérapeutiques ont été constituées :

*Méditation de pleine conscience, groupe de Psychoéducation de la Dépression, Gestion du stress et des émotions, 4 autres.*

**MOTS CLES :**

Aide à la prise de charge - troubles psychopathologiques - travail des soignants

## **EVALUATION DU DIU SOIGNER LES SOIGNANTS**

*Etude de satisfaction et mesure d'impact auprès des 50 médecins des trois premières promotions*

**Dr Nathalie LAJZEROWICZ**, Médecin addictologue (33) - **Dr Emilie VAUTRIN-CESAREO**, Médecin généraliste (28) - **Dr Habib SANGARE**, Médecin généraliste (33)

### **RESUME :**

#### **INTRODUCTION :**

Le Diplôme Inter-Universitaire Soigner les Soignants (Toulouse-Paul Sabatier/Paris-Diderot) a été créé en 2015 pour répondre à un besoin de formation et de professionnalisation des effecteurs d'entraide.

Notre travail porte sur les 3 premières promotions, c'est-à-dire les 50 premiers participants. Il étudie l'adéquation de l'impact sur le terrain de cet enseignement avec les objectifs fondateurs établis par ses promoteurs universitaires.

#### **OBJECTIFS :**

En nous référant au cahier pédagogique, nous nous sommes efforcés :

- D'objectiver les attendus de la formation.
- De recueillir les apports perçus par les participants, concernant l'acquisition de nouvelles connaissances, l'accroissement des compétences et les retombées sur la pratique du « prendre soin de soi » et de « l'entraide ».
- D'identifier les éléments facilitateurs et les freins à la mise en œuvre d'actions concrètes sur le terrain.

Des pistes d'amélioration sont ensuite proposées.

#### **METHODE :**

- Entretien préalable avec les enseignants du DIU.
- Questionnaire sous Google Form, adressé à chaque diplômé des 3 premières promotions du DIU, fait de questions fermées mais aussi ouvertes avec analyse qualitative des verbatim.
- Entretien téléphonique individuel de 5 participants sur leurs attentes et leurs implications dans la santé et le soin des soignants suite à cette formation.

#### **RESULTAT et DISCUSSION**

43 sur 50 participants ont répondu (taux de participation : 86%).

Ils ont trouvé l'approche réflexive et productive particulièrement intéressante et formative. Ils souhaitent un renforcement des apports théoriques concernant notamment le curriculum implicite du soignant, la gestion de l'erreur médicale et la conduite à tenir face aux violences et aux incivilités.

Notre travail met en évidence le degré de motivation des participants et leur volonté de s'investir dans des dispositifs coordonnés d'entraide.

#### **CONCLUSION**

Ce DIU répond à une attente forte, individuelle mais aussi collective. Pour y répondre, l'évaluation et la démarche qualité doivent faire partie intégrante de la formation. Elles permettent de l'adapter et de la faire évoluer, surtout au moment où elle s'ouvre à tous les professionnels de santé. Un lien étroit avec les organismes et les institutions professionnelles est indispensable. Il permet aux professionnels de santé ainsi formés de s'impliquer et de diffuser la culture du « prendre soin de soi et de ses confrères ».

#### **MOTS CLES :**

DIU soigner les soignants – évaluation - impacts de la formation - perspectives