

Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 7 novembre 2019

Par le Dr Nathalie LAJZEROWICZ, Médecin addictologue hospitalier (33),

Le Dr Habib SANGARÉ, Médecin généraliste (33),

Et Le Dr Emilie VAUTRIN-CESAREO, Médecin généraliste (28)

EVALUATION DU DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Etude de satisfaction et mesure d'impact

Auprès des 50 médecins des trois premières promotions

Directeurs d'enseignements :

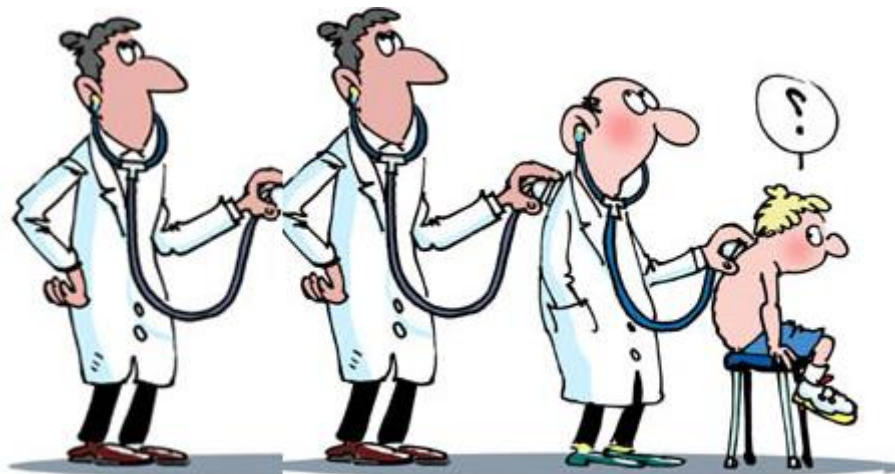
- Professeur Eric GALAM Paris Diderot
- Professeur Jean-Marc SOULAT Toulouse-Rangueil
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année universitaire 2018-2019

Nous remercions tous nos enseignants, pour leurs apports variés, leur grande motivation et leur contribution à nos réflexions, nous remercions nos Confrères et Collègues de nos Promotions respectives pour les échanges enrichissants, et la grande convivialité trouvées dans ces collectifs.

Nous souhaitons chacun remercier les 2 autres alliés de ce travail de mémoire collaboratif, qui nous a apporté mutuellement une grande satisfaction.

Nous remercions dans un même élan nos conjoints et familles respectives qui ont supporté notre investissement dans cette formation assez dense !



A l'écoute des soignants de soignants...

I- INTRODUCTION	p.4
II-METHODOLOGIE	p.6
II-1 Répartition concertée des axes de travail	p.6
II-2 Population cible	p.6
II -3 Supports du recueil des avis des participants	p.6
II-4 Réalisation du recueil de données	p.8
II-5 Méthodologie d'analyse des données recueillies	p.9
III- RESULTATS DU GOOGLE FORMS	p.10
III-1 Apports de ce Diplôme Inter Universitaire	p.11
III-1-1 Des connaissances supplémentaires sur les particularités de la santé des soignants et les risques liés à l'exercice professionnel ?	p.11
III-1-2 Un sentiment de compétence accru sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir ces risques ou gérer leur impact ?.....	p.12
III-1-3 Des idées pour des actions concrètes, visant à rendre le soignant-patient acteur de sa santé ?...p.	14
III-2 Les actions déjà appliquées, les facteurs favorisants et freins	p.16
III-2-1 : Parmi les actions concrètes imaginées, lesquelles ont pu déjà être appliquées ?.....	p.16
III-2-2 : Quels facteurs avez-vous identifiés, favorisant la mise en place d'actions.?.....	p.17
III-2-3 : Quels freins avez-vous identifiés pour certaines de vos actions ?	p.18
III-3 Les dispositifs existants pouvant être améliorés	p.19
III-4 Des prises de conscience et des stratégies pour évoluer dans le "prendre soin de soi"	p.20
III-5 Des possibilités de partager vos expériences et diffuser cette nouvelle dynamique	p.21
III-6 Niveau d'adéquation général de l'enseignement de ce DIU avec vos attentes	p.22
III-6-1 Les points forts de cette formation	p.23
III-6-2 Le contenu des enseignements.....	p.23
III-6-3 Une adéquation mitigée.....	p.24
III-6-4 Les points à améliorer	p.24
III-6-5 Les réflexions/propositions.....	p.25
IV-RESULTATS DES ENTRETIENS TELEPHONIQUES	p.26
IV-1 : Quelles étaient vos attentes en vous inscrivant au DIU ?	p.26
IV-2 : Qu'est-ce qui vous en reste ? Quels apports identifiez-vous ?	p.27
IV-3 : Qu'est-ce que vous avez fait du diplôme obtenu ? et/ou que pourriez-vous en faire ?	p.28
VI-DISCUSSION	p.29
VII-SYNTHESE ET PERSPECTIVES	p.34
VIII-CONCLUSION	p.37
Bibliographie	p.39

I- INTRODUCTION

• Contexte

Depuis les années 2000, de nombreuses études, ont mis en lumière l'existence d'un épuisement professionnel des soignants et plus particulièrement des médecins avec des risques particuliers pour cette population [1, 2, 3, 4, 5] mais ça n'est que plus récemment- avec la survenue de plusieurs faits divers dramatiques qui ont interpellé et sensibilisé la population générale -que les autorités ont commencé à prendre en considération cette problématique. Plusieurs commissions et enquêtes ont alors été réalisées [6, 7, 8] et ont conduit à la mise en place d'une stratégie nationale visant à améliorer la qualité de vie au travail, à préserver la santé des soignants et à prévenir l'épuisement professionnel : « prendre soin de ceux qui nous soignent » [9].

• Historique du DIU

En amont de cette prise de conscience récente des autorités, lors d'un congrès sur la santé des médecins organisé par le Conseil Département de l'Ordre des médecins de Haute-Garonne en 2010, l'association M.O.T.S (Médecin, Organisation, Travail, Santé) a été créée, pour venir en aide aux médecins en souffrance, face au constat des difficultés rencontrés par certains médecins dans leur exercice, nuisant à leur santé physique ou mentale, les amenant parfois au suicide et/ou mettant en danger la qualité et la sécurité des soins. Les co-fondateurs de MOTS sont les Drs Jean Thévenot, président, Jean-Jacques Ormières, Jean-Marc Soulat et Éric Galam.

Adossée au CDOM 31, elle réalise un accompagnement confraternel, de façon indépendante, garantissant une stricte confidentialité et une neutralité absolue. A travers un numéro d'appel, le médecin demandeur d'aide est orienté vers un médecin effecteur qui l'accompagne dans l'analyse et la résolution de ses problèmes.

Au fur et à mesure des années, est apparue la nécessité de proposer aux médecins effecteurs de MOTS mais aussi des autres associations d'entraide une formation spécifique. C'est lors de l'assemblée générale de l'association en 2014 qu'est née l'idée du DIU Soigner les Soignants.

• Contenu du DIU

Créée en 2015 Il s'agit d'une formation-action, accréditante et diplômante, destinée à former des soignants capables d'accompagner des professionnels de la santé en activité ou en formation dans la gestion de leur santé et de leur équilibre professionnel pour les aider à concilier exercice professionnel et projet de vie. L'approche centrée sur la personne se nourrit de la médecine de santé primaire et de la médecine de santé au travail.

Le cahier pédagogique utilise des méthodes validées qui ont démontré un impact sur les pratiques des professionnels. Il comporte 3 parties :

-Une partie didactique et interactive durant quatre modules présentiels.

-Une seconde partie réflexive avec la réalisation d'une autoévaluation des risques psychosociaux et d'épuisement professionnel.

-Et une troisième partie productive avec la rédaction d'un mémoire sur la santé des soignants et leur prise en charge, ainsi qu'une journée de soutenance jumelée à une journée d'actualités et d'échanges de pratiques

En 2015-2016, la première promotion a accueilli 16 médecins ; 16 médecins également en 2016-2017, 17 médecins en 2017-2018. Cette formation est ouverte, sur dossier et en nombre limité, à tous les professionnels de santé depuis la rentrée 2019, sur les 20 participants en 2018-2019 (médecins, infirmiers, psychologues et pédicures podologues) et 20 candidatures ont été retenues en 2019-2020.

L'objectif final est de créer un réseau associatif national de « soignants de soignants ».

- **Genèse de ce mémoire**

Depuis 2016, 50 médecins ont reçu la formation du DIU **Soigner les Soignants**, formation nationale homologuée et diplômante.

Nous avons simultanément eu l'idée de faire le point sur la question de la conversion de ce diplôme en projet professionnel, H. Sangaré et N. Lajzerowicz sur les promotions précédentes, et E. Vautrin-Césaréo sur la promotion en cours. En échangeant ensemble, nous nous sommes rejoints sur cette initiative. Nous avons donc souhaité définir quel était le profil de ce nouveau métier dans notre système de santé afin de considérer l'adéquation de l'impact « sur le terrain » de cet enseignement avec les objectifs initiaux établis par ses promoteurs universitaires.

Pour cela, nous avons décidé de questionner les promotions précédentes sur leur satisfaction de l'enseignement et la mise en pratique qui en avait découlé.

- **Objectifs de la recherche:**

L'objectif principal était d'investiguer l'impact du DIU sur les 3 axes habituellement concernés en pédagogie [10] : d'une part les connaissances issues de l'enseignement, d'autre part les compétences acquises par les participants, enfin les retombées sur la pratique de l'entraide et du « prendre soin de soi ». et des autres Il s'agissait également d'identifier les éléments facilitateurs et les freins à la mise en œuvre concrète sur le terrain, et de proposer des pistes utiles de développement.

II-METHODOLOGIE :

II-1 : Répartition concertée des axes de travail

Le sujet de ce mémoire induisant un travail conséquent, nous l'avons réalisé à trois, en répartissant le travail de la façon suivante :

Introduction, organisation de la collecte des données Google Form et présentation des résultats statistiques : Emilie Vautrin-Césaréo.

Conception des axes de recherche, du questionnaire Google Form et analyse/ classification des commentaires: Nathalie Lajzerowicz.

Conception des entretiens téléphoniques, organisation, réalisation et synthèse des données : Habib Sangaré.

Discussion, synthèse et perspectives, conclusion : Nathalie Lajzerowicz, Habib Sangaré, Emilie Vautrin-Césaréo.

II-2 : Population cible :

Il s'agit des participants des 3 dernières promotions du DIU : soit 50 médecins.

Nous avons décidé de ne pas intégrer la 4ème promotion dont la formation était encore en cours au moment de l'initialisation de la réalisation de ce mémoire.

II -3 : Supports du recueil des avis des participants

Décision méthodologique : Nous avons décidé d'utiliser 2 méthodes d'exploration avec :

- **La réalisation d'un questionnaire systématique associant :**
 - Des questions à réponses fermées pour une analyse statistique quantitative.
 - Des réponses ouvertes pour une analyse qualitative.
 - Et la sollicitation d'un avis global sur la formation suivie
- **La réalisation d'entretiens téléphoniques ciblés**, afin de compléter l'analyse qualitative.

Conception des supports :

- **Création du questionnaire Google forms :**

Il s'agissait de concevoir cette évaluation **en se posant la question de son sens** [11]. Nous l'avons donc élaboré en nous appuyant sur les **axes pédagogiques objectivés** dans la présentation de la formation. Nous avons validé ces axes d'évaluation par entretien préalable avec les enseignants du DIU.

- Puis nous avons construit un support écrit investiguant les **apports perçus par les participants** sur les axes de la connaissance, des compétences acquises et des actions réalisées:
- *Des connaissances supplémentaires sur les particularités de la santé des soignants et les risques liés à l'exercice professionnel ?*
- *Un sentiment de compétence accru sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir ces risques ou gérer leur impact ?*
- *Des idées à la suite du DIU, pour initier des actions concrètes, visant à rendre le soignant-patient acteur de sa santé ?*
- *Parmi les actions concrètes imaginées, lesquelles ont pu déjà être appliquées ?*
- *Quels facteurs avez-vous identifiés, favorisant la mise en place d'actions ?*
- *Quels freins avez-vous identifiés pour certaines de vos actions ?*
- *Selon vous, quels dispositifs existants pourraient être améliorés ?*
- *Des prises de conscience et mise en place de stratégies ou de "petits changements" pour évoluer personnellement dans le "prendre soin de soi" ?*
- *De façon générale diriez-vous que l'enseignement de ce DIU a été en adéquation avec vos attentes ?*

- Mise en page, modélisation du questionnaire :

- **Google forms:** Nous avons choisi Google Forms pour sa simplicité d'utilisation : Google Forms est un outil bureautique de Google, Il n'y a pas de logiciel à installer, tout se passe sur le navigateur internet. L'outil est gratuit et sans publicité. Cet outil permet de réaliser des évaluations, avec un résumé et des statistiques, individuelles ou globales.
- **Anonymat :** Nous avons décidé de ne pas demander aux participants leur adresse mail, (une des options possibles sur Google Forms) afin de préserver l'anonymat, cadre indispensable pour que chacun puisse se sentir libre d'expression.

Nous avons décidé de demander une réponse obligatoire à chaque question, afin d'avoir un maximum de réponses.

- Support d'entretiens téléphoniques

Il s'agissait de compléter le retour général des avis sur le DIU par des entretiens directs: le format choisi est celui de **l'entretien semi-directif également appelé « entretien qualitatif ou approfondi »**. Les questions étaient assez généralement formulées. Nous pouvions poser de nouvelles questions si notre répondant disait quelque chose d'intéressant ou si nous ne comprenions pas complètement ce qu'il voulait dire, aboutissant à des informations plus détaillées, ce qui était le but de notre travail.

Nous rappelons les caractéristiques d'un entretien semi-directif :

- Thèmes précisés à l'avance.
- Questions plus ou moins nombreuses.
- Questions non préparées à l'avance.
- Guide d'entretien souple.
- Liberté importante du chercheur.
- Possibilité de discuter de thèmes non planifiés.
- Directif sur la forme, mais pas sur le fond.
- L'ordre des sujets abordés n'est pas défini.

Les étapes d'un entretien semi-directif : l'élaboration du guide d'entretien, le début de l'entretien semi-directif, la discussion sur un thème donné, la conclusion sur le thème donné et démarrage sur un autre thème, et la fin de l'entretien.

Le canevas de l'entretien s'est articulé autour de trois questions :

1. Que souhaitiez-vous en vous inscrivant à ce DIU ?
2. Qu'est-ce qu'il vous en reste ? Qu'avez-vous appris ?
3. Qu'est-ce que vous avez fait du diplôme obtenu ? et/ou que pourriez-vous en faire ?

Les interviewé(e)s ont été invité(e)s à décliner les réponses à la fois à titre personnel et à titre professionnel.

II-4 Réalisation du recueil de données :

- **Sollicitation des participants :**

Pour le questionnaire :

-Mail d'annonce : Avant de diffuser le mail contenant le lien vers le questionnaire, les responsables du DIU ont envoyé aux professionnels identifiés sur le listing du DIU un mail d'annonce de ce mémoire.

-Le listing des 50 participants (les 3 anciennes promotions) a été récupéré puis un mail descriptif/explicatif de l'objectif du mémoire, **contenant un lien vers le questionnaire**, a été envoyé.

-3 relances ont été effectuées, en plus du mail initial. Nous avons demandé aux participants de nous envoyer un mail indépendamment, nous signalant leur réponse, afin de ne plus être sollicités par les relances.

Afin d'être sûr que le mail contenant le questionnaire avait bien été reçu (devant le signalement par trois participants qui l'avaient trouvé dans les spams), une dernière relance par **SMS** a été effectuée auprès des 10 participants non-répondants restants.

Pour les entretiens téléphoniques :

10 personnes ont été contactées (par mail sms et téléphone) pour les informer que nous souhaitons les interroger sur le DIU dans le cadre de notre mémoire. Elles avaient toutes répondu au questionnaire. La principale difficulté a été de faire coïncider les agendas.

Nous avons éliminé les personnes formées et qui désormais intervenaient dans le cadre du DIU. Comme attendu, la mise en lien s'est établie de façon plus simple avec les participants de la promotion dont l'enquêteur était issu. Deux diplômés issus respectivement de la promotion 1 et 2 ont été également inclus. L'échantillon de participants concernés par les entretiens téléphoniques est constitué de 5 diplômés des promotions antérieures dont quatre médecins libéraux et un praticien hospitalier. Une diplômée de la première promotion, une de la seconde et trois de la troisième promotion.

- **Collecte des réponses :**

Pour le questionnaire : Google Forms propose une collecte très simple avec à la fois une possibilité de réponses transversales à chaque question et de graphiques.

Pour les entretiens téléphoniques : Les notes sont manuscrites, et l'anonymat est respecté afin de permettre une parole libre. Il s'agissait d'un complément qualitatif apporté à l'enquête générale, et ce nombre limité d'entretiens à 5 sujets a été prévu en accord avec les enseignants.

Sa pertinence a été confirmée par une saturation des données obtenues avec les 5 premiers répondants.

II-5 : Méthodologie d'analyse des données recueillies

Notre étude s'appuie sur une **triangulation des méthodes** :

Les avis des participants ont ainsi été obtenus à partir de deux sources : les réponses au questionnaire Google forms et les entretiens téléphoniques réalisés auprès de 5 participants. Cette triangulation des méthodes consiste, pour un même objet d'évaluation, à employer différentes méthodes pour recueillir des informations et en extraire un sens [12].

Berger et col, 2010, [13] expliquent qu'il s'agit d'obtenir des données différentes mais complémentaires sur un même sujet afin de mieux comprendre le problème de recherche.

L'analyse statistique des réponses : la production des figures était automatique par le logiciel. Elle permet de visualiser facilement la répartition des réponses.

L'analyse des commentaires du questionnaire google forms :

Première synthèse : Chaque idée nouvelle identifiée était classée dans une rubrique « chapeau », et les avis suivants apparentés étaient placés, au fil de la lecture, dans chaque rubrique appropriée. Tous les verbatim étaient ainsi retranscrits de façon exhaustive.

Seconde synthèse : Nous avons ensuite gardé les verbatim les plus illustratifs, en éliminant les messages redondants, et ajoutant un encadré de synthèse à l'issue de chaque question traitée. Nous avons choisi de « défaire » des commentaires parfois fournis et très riches de certains participants pour les classer au sein des diverses rubriques « chapeau ». C'est pourquoi l'addition du nombre de réponses est supérieur au nombre de répondants.

Les *thèmes mentionnés en italiques* correspondent à l'expression même des participants.

L'analyse des entretiens téléphoniques

Ils ont été retranscrits de façon manuscrite. Ensuite, pour analyser les réponses, nous avons utilisé la technique du codage ouvert en surlignant des fragments du texte (verbatim) qui indiquaient des thématiques principales retrouvées dans les différentes interviews.

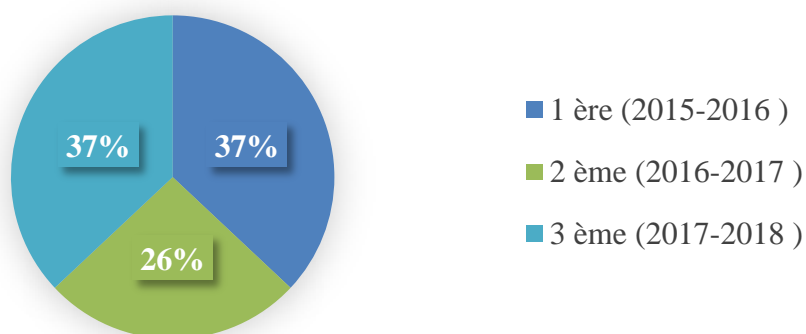
Les entretiens téléphoniques ont duré en moyenne une demi-heure.

III- RESULTATS DU GOOGLE FORMS

Nous avons reçu 43 réponses sur 50 participants soit un taux de participation de 86%.

Sur 50 mails envoyés nous avons reçu 40 questionnaires retour. Sur 10 sms envoyés aux non répondants nous avons eu 3 questionnaires supplémentaires, un refus de répondre et six personnes sont resté non répondantes.

De quelle promotion êtes-vous ?



La 1^{ère} et la 3^{ème} promotion était les plus représentées.

Nous aborderons ce point dans la discussion.

III-1 Apports de ce Diplôme Inter Universitaire,

III-1-1 : Suite à ce DIU, vous diriez qu'il vous a apporté des connaissances supplémentaires sur les particularités de la santé des soignants et les risques liés à l'exercice professionnel ?



Nous retrouvons 82% de réponses positives et 18% de réponses négatives.

Sur quels aspects plus précisément ?

Les apports de connaissances, très diverses, ont ciblé surtout :

Les risques psychosociaux : (14 réponses), en particulier *le dépistage du risque suicidaire* mais aussi *le burn-out, les addictions... et concernant notamment les hospitaliers*

Les dispositifs existants (7 réponses) : *les dispositifs de prise en charge dans d'autres territoires* ou encore *la connaissance sur les aides disponibles pour les médecins libéraux en souffrance, l'entraide ordinale.*

Le repérage, l'abordage d'un collègue en difficulté (5 réponses) dont également la *communication, la bonne distance relationnelle, l'analyse plus rapide des difficultés d'un confrère*

Les aspects psychologiques (5 réponses), ou de santé psychique des soignants, avec des notions de types de personnalité à risque (*sentiment d'invincibilité/ de toute puissance*), ou de *surinvestissement du statut professionnel, la difficulté à déléguer.*

Le déni des soignants vis-à-vis de leur santé : (4 réponses) et la nécessaire « *prévention concernant les conditions de travail et de vie personnelle* », « *organisation du travail et auto-protection* »

Le concept du curriculum caché (4 réponses) : « *notion très intéressante* »

L'erreur médicale et ses conséquences (4 réponses),

Le partage (3 réponses) : *Avoir des échanges entre participants et **partages d'expériences**, qui ont fait partie de l'enrichissement de l'enseignement.*

2 ont cité l'« **auto-soin** » : *accès facile en matière d'auto prescriptions, souvent absence de médecin traitant...*

1 autre : **l'imprévoyance** du médecin libéral,

L'auto-évaluation a également été citée comme apport de connaissances.

5 réponses étaient négatives : ne retenant aucun apport particulier, ou regrettant le *manque de travail sur les types de personnalité*. 1 autre réponse pointait *la complexité des associations d'aide*.

L'apport de connaissances a porté surtout sur les risques psycho-sociaux, les dispositifs de prise en charge dont l'entraide ordinaire, le repérage des Confrères en difficulté, les spécificités psychiques du soignant, dont le déni et l'influence du curriculum caché, mais aussi des apports relatifs à l'erreur médicale, l'auto-soin, l'imprévoyance du libéral. L'organisation de l'enseignement a en lui-même été vecteur d'enrichissements, par le partage d'expériences, et l'auto-évaluation.

III-1-2 : Un sentiment de compétence accru sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir ces risques ou gérer leur impact (en particulier concernant l'équilibre psychique) ?



Nous retrouvons 80 % de réponses positives et 20% de réponses négatives

Sur quels moyens plus précisément ?

Un large éventail de moyens à mettre en œuvre pour prévenir les risques liés à l'exercice des soignants ont été identifiés de la façon suivante :

Une meilleure connaissance pratique des ressources (10 réponses) : *des réseaux de soins spécifiques aux soignants, des dispositifs d'écoute et d'aide, des lieux de soins spécialisés*

Une plus grande compétence sur les modalités de repérage, d'abordage et d'accompagnement (10 réponses) : *« j'ai l'impression de mieux savoir repérer et aborder un confrère malade ». « Savoir rejoindre les confrères en difficulté avant qu'ils ne soient en réel danger pour eux-mêmes ».*

Des compétences accrues sur des axes spécifiques (5 réponses) : *organisation du travail, addictions. Prévention du risque suicidaire. Prévention auprès des médecins en formation*

Prendre soin de soi (3 réponses) : *avoir une attitude réflexive sur sa propre pratique de façon à pouvoir aider ensuite les confrères en difficultés. Prendre soin de soi pour prendre soin des autres !*

L'auto-évaluation comme support (3 réponses) : *intérêt des audits d'autoévaluation comme support à la réflexion des soignants*

La valeur pédagogique de l'erreur (2 réponses)

La légitimité apportée par le DIU (2 réponses) : *Reconnaissance d'une Expertise de la part des différentes instances hospitalières : CME-Directoire.... », « Le DIU apporte sans doute un sentiment de légitimité à prendre en charge ses confrères/consoeurs, mais ne remplace pas le travail d'un spécialiste, psychiatre ou psychologue, notamment lorsqu'il y a des conduites à risque associées à l'épuisement professionnel*

Apports de l'Ordre (2 réponses) : *Mise en place de Commissions d'aide à l'installation. Mise en place de l'entraide régionale*

Formations et réunions (2 réponses) : *des formations courtes dans le domaine de la prévention des risques professionnels adaptées au secteur d'activité*

Un accès aux soins repensé (2 réponses) : *gérer la santé au travail des médecins libéraux comme tout salarié avec une réglementation. Des créations de consultations spécifiques dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire*

2 réponses évoquaient le renforcement d'une **formation déjà acquise**

1 participant **nuançait** : *Pas de compétence en plus mais plutôt une motivation pour agir, 1 participant **regrettait** une « formation ciblée sur les médecins libéraux », 5 réponses **négatives** ne percevaient aucun apport, 3 n'ont pas précisé.*

<p>Des compétences accrues ont été exprimées dans le domaine des ressources et dispositifs d'aide, ainsi que dans le repérage des Confrères en difficulté. La réflexivité et le « prendre soin de soi » ont été notamment mis en avant. La légitimité apportée par le DIU a été évoquée.</p>

III-1-3 : Des idées (même paraissant utopiques), à la suite du DIU, pour initier des actions concrètes, visant à rendre le soignant-patient acteur de sa santé ? (sur les conditions de travail et / ou son parcours de santé) ?



Nous retrouvons 89% de réponses positives et 11% de réponses négatives.

Réaliser des formations (12 réponses) sur la prévention des RPS, les risques professionnels (burn-out, gestion de la plainte...), l'erreur médicale (citée 3 fois), les techniques relationnelles : des **médecins** en exercice (soirées FMC), des internes, des **étudiants**, des **secrétaires**.

Réaliser des actions de sensibilisation générale (8 réponses) : *Campagnes d'informations des médecins et pourquoi pas des patients. Sensibiliser mes confrères au rôle de l'entraide du CDOM, notamment auprès des étudiants* (6 réponses)

Proposer des consultations de prévention/médecine du travail (8 réponses) : *spécifiques préventives pour les médecins et étudiants en médecine (soutenu par le CDOM et la CPAM). Création d'un réseau coordonné et global d'un parcours de santé, avec des professionnels ressources...). Collaboration avec la Médecine du travail et Direction des Soins.*

Participer activement aux structures d'aide aux soignants et organiser les réseaux de prise en charge (6 réponses) : *Déploiement d'un réseau de soin et prévention localement, « permettre à SPS (Soin pour les Professionnels en santé) d'être accepté par les institutionnels notamment l'Ordre des médecins, et ainsi de pouvoir se professionnaliser ». Organiser les relais formalisés et bien identifiés au sein d'un réseau coordonné, suivi d'aval post hospitalisation USPS par ex, pour accompagnement au retour médico-prof etc. . Mise en place d'un dispositif de soin dédié aux soignants en addictologie.*

Cibler l'organisation du travail (5 réponses) : *la gestion du temps de travail et la définition de seuils maximaux d'activité.*

Participer à des ateliers pratiques et Groupes de paroles/Balint au sein de sa structure (5 réponses) *pour prévenir la vulnérabilité des soignants: pleine conscience, autohypnose, activité physique de groupe. Apprentissage d'habiletés sociales (affirmation de soi, gestion des émotions, etc...). Groupes Balint afin de prendre conscience de la relation à l'autre dans ses différents aspects, développer des groupes de partage d'expérience.*

Avoir un médecin traitant (3 réponses)

Réalisation d'actions envers les jeunes médecins (3 réponses) : *Recevoir les jeunes installés après 1 an ou deux d'exercice. Evoquer les risques dès l'inscription, proposer un livret d'accueil des jeunes médecins, voire un questionnaire d'audit santé lors de l'inscription à l'Ordre.*

Actions pour la gestion des Confrères en difficulté (2 réponses) : *la réception des confrères en leurs donnant les documents nécessaires : auto-questionnaire, proposition de consultation avec un psychiatre spécialisé aux soins des soignants.*

Via l'action du CDOM (3 réponses) : *appeler et dépister les médecins subissant une conciliation difficile ou qui apparaît mal vécue. Investissement de la Commission d'entraide beaucoup plus active* (1 réponse).

Commencer par prendre soin de soi (2 réponses)

Agir sur le système en amont (2 réponses) : *Congé parent ou enfant malade. Faire en sorte que les pouvoirs publics arrêtent de charger la barque des médecins par une action syndicale, URPS et ordinale*

Via l'action de l'URPS (1 réponse) : *Mise en place d'une dotation pérenne annuelle par l'URPS dédiée à financer l'association MOTS pour notre région avec 2 médecins référents élus URPS*

Faire connaître le DIU à toutes les professions soignantes (1 réponse)

Faire des travaux de recherche sur le sujet (1 réponse)

Communiquer sur internet (1 réponse) : forum sur le burn-out

En diminuant la Pression financière (1 réponse) : *«par exemple assurance en baisse si bilan santé »*

3 réponses négatives ne percevant aucun apport, **1 réponse** sans précision

Sans surprise, les idées pour initier des actions concrètes ciblent surtout les formations et la sensibilisation des Confrères, des jeunes installés, des étudiants, (...et mêmes des patients).

Les consultations de prévention en lien avec la médecine du travail sont également largement citées, de même que l'organisation du travail, la formalisation des réseaux de prise en charge, des dispositifs spécifiques (addictologie) et l'importance d'un médecin traitant. Des idées très concrètes sont avancées, telles que des groupes de paroles/Balint ou encore des ateliers pratiques au sein des structures. Le CDOM est aussi évoqué, notamment dans sa gestion des conciliations.

Apparaît dans ce chapitre « l'action sur le système en amont ».

III-2 Les actions déjà appliquées, les facteurs favorisants et les freins

III-2-1 : Parmi les actions concrètes imaginées, lesquelles ont pu déjà être appliquées ?

La réalisation des sensibilisations (4 réponses) : *Mise en place de réunion d'information. Interventions brèves lors des répartitions de garde des médecins. Campagne d'incitation à [réaliser] un examen de santé et au choix d'un médecin.*

La création de réseaux et associations (3 réponses) : *création d'un réseau de médecins traitants et spécialistes d'organe pour orienter des médecins qui seraient demandeurs. Création d'association avec centre d'appel gratuit et psychologue, mais (...) il n'y a pas de circuit spécifique, ni de surveillance. Accompagnement individuel dans un cadre associatif.*

La réalisation de formations (2 réponses) : *intervention au sein enseignement des internes en médecine. Animation de sessions de formation destinées aux soignants (congrès)*

Prendre soin de soi (2 réponses). ..ou du temps pour soi.

Organisation du travail (2 réponses) : *Espaces de discussions sur le travail en routine dans le service, Collaboration avec Direction des Soins.*

Actions auprès des étudiants (2 réponses) : *consultations spécifiques délocalisées dans la région et séminaires auprès des internes. Formation optionnelle sur 4 demi-journées.*

Actions envers les jeunes médecins (1 réponse) : *aide à l'installation.*

Ateliers pratiques (1 réponse) : *ateliers d'affirmation de soi.*

Actions mises en place partiellement ou en cours (5 réponses) : *un peu pour les étudiants mais je me suis heurté au sein du CDOM à une indifférence totale et polie, projet en cours de mise en œuvre... Besoin de formalisation d'un réseau véritablement structuré et identifié, nous y travaillons collectivement. Une expérience en groupe de médecins mais pas de suivi ultérieur ...*

Aucune action: (5 réponses), **Non-réponses** (3 participants)

Un commentaire négatif : *Nous continuons à proposer des consultations de promotion de la santé des soignants, nous continuons à promouvoir la promotion de la santé auprès des externes et internes de MG au sein de la fac. Le DIU n'a été d'aucune aide, aucun relai n'a pu être concrétisé. C'est bien regrettable.*

... et une fatigue à agir... : « *On m'a appelée, par exemple, le samedi 29 décembre 2018 à 14h pour me déplacer au près d'un confrère vraiment pas en forme (...)* »

Quelques actions ont pu déjà être appliquées, notamment des formation brèves, ou la sensibilisation des internes en médecine. Beaucoup restent partielles, dans le champ de l'organisation des réseaux, ou des groupes de réflexion professionnels. Le « prendre soin de soi » fait partie des actions appliquées par certains participants. 10 répondants se sont montrés réservés.

III-2-2 : Quels facteurs avez-vous identifiés, favorisant la mise en place d'actions?

Une prise de conscience collective de l'importance de la souffrance au travail (8 réponses) : *par le biais d'articles de journaux, de flyers, des médias...*

L'implication du Conseil de l'Ordre (6 réponses), dont la Commission d'Entraide.

Un moteur personnel (5 réponses) : *La motivation, l'implication. La détermination personnelle. L'investissement en temps et en énergie. «Le vouloir et ne pas avoir peur des bâtons dans les roues ou les craintes diverses »*

L'existence du DIU (4 réponses) : *La création de ce DIU montre que des responsables se mobilisent pour essayer de créer des relais. L'émulation car nous sommes plusieurs [dans notre territoire] à avoir fait le DIU, voir que cette problématique est importante et partout en France. La légitimité par le diplôme obtenu. La mise en relation avec d'autres participants et la mise en commun de nos propres expériences.*

La construction d'un groupe de professionnels motivés (4 réponses) : *esprit de groupe. Sensibilisation des groupes acteurs. La rencontre de soignants bienveillants et intéressés à cette problématique (émulation).*

Le contexte de l'actualité (3 réponses) et les évènements aigus : *suicide d'étudiant ou de médecin installé. Suicides de soignants surprenants et imprévus... Passage d'un confrère devant le conseil de discipline de l'ordre.*

L'existence d'un réseau (3 réponses): *réseau uni. Politique de mutualisation des moyens, avec cahier des charges commun.*

Possibilité personnelle et temps libre : (3 réponses)

Soutien local/hierarchique (3 réponses)

Réponse à la demande de médecins eux-mêmes: (2 réponses)

Aide concrète aux médecins (2 réponses) : *Ne pas laisser un proche s'enfoncer. Bon accueil des confrères*

Aucun facteur favorisant (3 réponses)

« *Ne sait pas* » ou « *sans objet* » (2 réponses), 3 réponses non exploitables

<p>Les facteurs favorables les plus cités ont été sur un plan général : la prise de conscience collective, l'implication des CDOM, et les évènements aigus de l'actualité. L'investissement personnel ainsi que l'association à des pairs motivés, la mutualisation en réseau, ou encore l'émulation par le DIU sont également porteurs. La concrétisation des actions dépendent aussi du soutien local et/ou hiérarchique. Un bémol est exprimé sur le temps disponible.</p>
--

III-2-3 : Quels freins avez-vous identifiés pour certaines de vos actions ?

L'absence de soutien (13 réponses) : institutionnel (6 réponses): *notamment de la part des Conseils de l'Ordre, mais aussi la lenteur du ministère de la santé à s'engager sur ce terrain.*

Au sein des structures (6 réponses) : *Manque d'implication du DRH et de la Direction des Affaires Médicales, «division entre soignants», lenteur administrative, méconnaissance de ces problématiques de la part des structures. Et la question du soutien aux acteurs eux-mêmes* (1 réponse) : *... et qui va prendre le temps de s'occuper des soignants de soignants ?*

Sujet difficile à évoquer avec les professionnels (11 réponses) : *Sujet tabou, en rapport avec la mentalité médicale, la peur, la gêne, la réticence ou le sentiment de toute puissance, les auto-prises en charge, les confrères ne se sentant pas concernés, l'absence de réflexion*

Manque de temps (10 réponses) : *le temps nécessaire est le frein principal*

Des raisons liées à la vie personnelle (3 réponses) : *éloignement géographique, retraite...*

Difficultés à mobiliser (3 réponses) : *individualisme, mobilisation des médecins, difficultés des FMC collectives sur des confrères surbookés, désistements des internes ne pouvant se libérer !*

Difficultés organisationnelles (2 réponses) : *en particulier pour joindre les nouveaux médecins installés*

Organisation préemptée (2 réponses) : *« nécessité de rentrer dans le moule préétabli pour être adoubés ». « La main mise de l'Ordre des Médecins et le désir de monopole de l'Ordre »*

Action trop tardive ou complexe (2 réponses): *Situation des médecins suivis souvent très dégradée et fréquemment dans le cadre d'une problématique psychiatrique. Peu de prévention. Plus complexe si le confrère est signalé par un confrère ou des patients.*

Absence de rémunération (1 réponse) : *L'absence de rémunération du temps passé à aider les confrères limite forcément l'investissement.*

Difficultés de positionnement (1 réponse) : *Le double rôle d'un conseiller ordinal*

Enjeu trop vaste (1 réponse) : *La pénurie médicale qui entraine une surcharge de travail majeure sur les médecins qui restent présents dans l'établissement avec la moitié de l'effectif médical dans mon établissement qui est en épuisement professionnel*

Pas de soutien aux acteurs (1 réponse)

Pas de frein identifié : *Aucun [frein], dans l'institution où je travaille, la prise en charge des soignants constituait un axe du projet d'établissement*

3 non-réponses

Les 3 freins principaux mis en exergue sont l'absence de soutien aux intervenants (au niveau institutionnel ou des structures elles-mêmes), la difficulté à évoquer un sujet encore tabou et à mobiliser sur ce thème, et le manque de disponibilité des intervenants. La prise en charge trop tardive est évoquée, de même que l'enjeu trop vaste lié au système de soins en amont (pénurie médicale).

III-3 : Les dispositifs existants pouvant être améliorés

L'appui sur les Associations régionales/structures d'Entraides (6 réponses): *Financement par les ARS obligatoire des Structures de soin aux soignants existantes. Travail en synergie entre ces Associations, avec une meilleure coordination et sans rivalités de chapelle ni mise en avant d'egos ... Le maillage du territoire par de nombreux médecins intéressés par cette action confraternelle est le garant d'une prise en charge optimale de tous*

La médecine du travail/ Centres de santé (5 réponses) : *une médecine du travail hospitalière beaucoup plus accessible ». « Tenir compte des RPS dans le Projet Stratégique de l'Établissement. Un réseau dédié de Centres de Santé au travail, soit en intégrant les médecins libéraux au système actuels des services inter-entreprises, soit en créant des Services de santé au travail [spécifiques]. Bilans de santé proposés régulièrement.*

L'appui du Conseil de l'Ordre (4 réponses) : *Appui du Conseil de l'Ordre des différentes professions. Une assistante sociale ordinale départementale. Favoriser le signalement anonyme et bienveillant aux commissions d'entraide ordinales en garantissant la confidentialité. Une action plus directe des CDOM sous forme de conférences de "médecine préventive"*

La formation (4 réponses) : *Rendre cette formation obligatoire. Intervention au cours des études médicales, utiliser les circuits de FMC, en parler aux Congrès.*

La communication (3 réponses) : *La diffusion des actions par notre newsletter. La "publicité" des actions entreprises. Faire un concours de films ou d'affiches*

Les modalités de prises en charge (3 réponses) : *Hospitalisation spécifique, favoriser les consultations de terrain, Proposer un accompagnement en groupe*

La cible des étudiants (2 réponses) : *une médecine préventive universitaire digne de ce nom. Cibler les associations d'étudiants*

Une commission dédiée dans les structures (1 réponse) : *Mise en place d'une Commission vie hospitalière au sein du Centre Hospitalier*

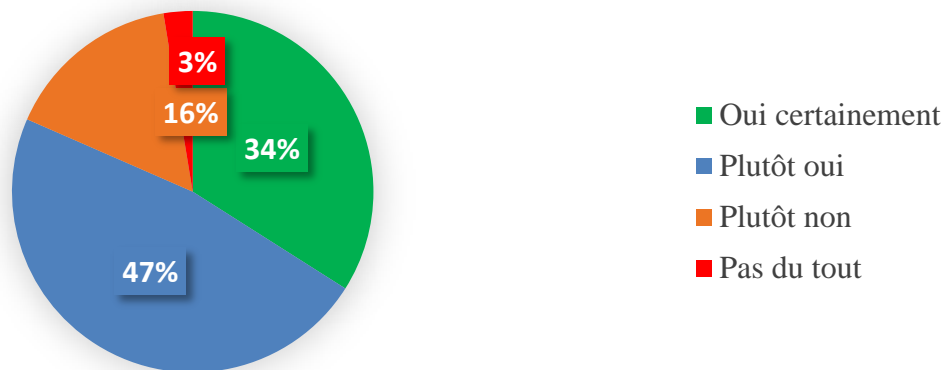
L'ARS (1 réponse) (sans précision)

Prise de conscience (1 réponse) : *Le déni de l'épuisement professionnel des médecins hospitaliers est un frein à toute action d'amélioration*

Réponses non exploitables (7 réponses) : (ex : *cela dépend du contexte local*) **Question non comprise** ou « *pas très claire* » (6 réponses), *ne sait pas* (2 réponses), *sans objet* (1 réponse)

<p>L'appui sur les Associations régionales ou structures d'Entraide est cité majoritairement, suivi de près par l'organisation d'une médecine du travail pour les médecins/soignants spécifique, avec bilans de santé réguliers. L'appui du Conseil de l'Ordre pourrait lui aussi être amélioré, et plus généralement la formation et la communication dans ce domaine. (À noter qu'une coquille a paru gêner la compréhension de la question...)</p>
--

III-4 : Des prises de conscience et mise en place de stratégies pour évoluer personnellement dans le "prendre soin de soi"



Nous retrouvons 82 % de réponses positives et 18% de réponses négatives.

Quels exemples concrets plus précisément ?

Prendre du temps et/ou mieux gérer son temps (16 réponses au total) : *Plus de temps pour soi. Maîtrise des horaires. Projet de réduction du temps de travail à brève échéance. Limitation du temps de travail. S'autoriser plus de vacances. Augmenter le temps de loisirs et avec la famille. Création d'une journée complète libre par semaine*

S'occuper de sa propre santé, y compris psychologique (7 réponses)

Réduire –ou modifier-ses responsabilités professionnelles (5réponses) : *Diminution de mes activités et de mes responsabilités. Réévaluation des objectifs prioritaires et démission des activités universitaires trop coûteuses en temps et en énergie.*

Savoir dire non (5 réponses): *Accepter de reporter un travail prévu. Annuler des engagements professionnels. Savoir couper mon téléphone professionnel. Apprendre à dire non!*

Prendre un médecin traitant (3 réponses)

Faire du sport/loisirs (3 réponses)

Prise de conscience (2 réponses) : *une prise de conscience personnelle pouvant aider à la prise de conscience des autres en difficultés. Evolution dans le « registre du savoir-être »*

Agir pour les autres (2 réponses) : *former les [étudiants]. L'enquête auprès des médecins hospitaliers pour la rédaction du mémoire a donné plus de visibilité au rôle du médecin du travail*

Prendre exemple sur les autres (1 réponse) : *par la découverte et l'exemplarité de l'engagement personnel de certains élèves du ...DIU de ma promotion mais aussi des suivantes !!*

Hygiène de vie globale (1 réponse) : *Rapport au travail, à l'alimentation, au sommeil, à l'activité physique, à la vie sociale et familiale*

Pas d'évolution ni de changements (6 réponses au total)

Ne sait pas (1 réponse), **Réponses non exploitables** (4 réponses, ex : *démarche personnelle*)

L'évolution personnelle vers « le prendre soin de soi » fait la part belle à une meilleure gestion du temps et des loisirs (près de la moitié des réponses). Certains annoncent mieux s'occuper de leur propre santé, dont la décision de prendre un médecin traitant, d'autres déclarent avoir réduit leurs responsabilités professionnelles, et appris à dire « non ». Seuls 6 participants répondent ne rien avoir modifié dans leur propre organisation à la suite du DIU.

III-5 : Des possibilités de partager vos expériences et diffuser cette nouvelle dynamique



Nous retrouvons 84 % de réponses positives et 16 % de réponses négatives.

De quelles façons plus précisément ? (Supports, éléments de langage...)

Lors de formations/conférences (10 réponses) : *FMC, soirées formation /information, réunions professionnelles, conférences ou Congrès. Il est également proposé de faire connaître le rôle des médecins formés au DIU...*

Au cours d'une activité d'Association d'entraide (7 réponses) : *exercice au sein d'Associations d'entraide pour médecins avec nombreux échanges, séminaires interdisciplinaires, communications diverses, etc., Sont cités : imhotep, SPS.*

En parler autour de soi et aux Collègues (5 réponses) : *Savoir échanger, écouter, initier la conversation sur le sujet, parler des apports du DIU, du numéro national, des actions des collègues très régulièrement à des collègues médecins ou non médecins*

Diffusion au sein du CDOM (4 réponses) : *Information orale et flyer à chaque inscription de nouveaux confrères au CDOM. Bulletin du conseil de l'Ordre. Lancement d'une démarche active auprès des CME et associations de médecins*

Par le biais du DIU (3 réponses) : Organiser un Réseau de [professionnels] ayant fait le DIU

Actions au sein de l'établissement (3 réponses) : Par ex, pérenniser les espaces de discussions sur le travail au sein d'un service hospitalier...

Communication via les URPS (2 réponses) : Organisation de forums avec l'URPS sur la gestion du temps, la prévention et la gestion du risque médical

Site internet dédié (1 réponse): Enrichissement d'un site dédié avec articles et fiches thématiques. Développement de « référents prévention de l'Épuisement Professionnel » pouvant être contactés par des confrères en difficulté.

Diffusion large de livrets/plaquettes (1 réponse)

La diffusion d'une large enquête (1 réponse) : Enquête pluri-établissements [par la médecine du travail], sur l'épuisement professionnel des médecins.

Réponses trop vagues pour être exploitables (4 réponses): ex : *Création de contact*, **Pas d'avis** (3 réponses). **Pas de possibilités** (2 réponses)

Les vecteurs les plus cités pour la diffusion de cette dynamique sont bien sûr les FMC et autres rencontres professionnelles, les associations d'Entraide, et les institutions : le CDOM lors des inscriptions de nouveaux médecins, ainsi que l'URPS (forums). Mais sont également proposés des espaces de communication numériques (sites internet) ou au sein des établissements hospitaliers.

III-6 : Niveau d'adéquation général de l'enseignement de ce DIU avec vos attentes



Nous retrouvons 82% de réponses positives et 18% de réponses négatives.

Merci d'étayer votre réponse (points forts, points à améliorer...)

III-6-1: Les points forts de cette formation :

La dynamique de groupe (9 avis) : *Les rencontres entre participants ont été très enrichissantes. Les rencontres et échanges avec les enseignants et étudiants. Dynamique de groupe, échanges qui participent autant à l'enrichissement de la formation. Groupe intéressant et dynamisant. Retours sur expériences des partenaires.*

L'autoréflexivité (5 avis) : *les audits. L'apprentissage ou l'amélioration de l'auto-analyse / autoréflexivité est un point capital. Auto-évaluation de sa pratique personnelle à chaque module, auto analyse enrichissante. Audits de qualité.*

L'enseignement de bon niveau et concret (4 avis) : *Très bonne analyse de la particularité du soignant. Eventail des outils, institutions et aides possibles des plus complets. Excellente formation sur la crise suicidaire, jeux de rôles très bien choisis. Enseignement très concret, pratique et interactif. Meilleure connaissance des structures en places et de leurs dynamiques, bonne distance avec le soignant. Les 2 formateurs du DIU sont excellents dès l'énoncé des problématiques rapportées, des difficultés rencontrées sur le terrain et des propositions d'amélioration.*

La bienveillance et confraternité (3 avis) : *Sentiment de grande bienveillance et de confraternité, étayage par les pairs et possibilité de partages intimes en toute liberté et sans jugement. Ambiance très bienveillante. Echange avec les confrères très positif en particulier avec la médecine du travail méconnue et déconsidérée.*

Le mémoire (3 avis) : *La restitution des mémoires riche d'enseignements pour tous. Travail de mémoire intéressant et avec des applications concrètes.*

La rencontre des autres promotions (2 avis) : *Le regroupement des promotions lors de la soutenance des mémoires. Rencontrer les autres promotions de DIU.*

III-6-2 : Les enseignements

Compréhension globale (3 avis) : *Prise de conscience du mal-être profond de cette profession. Ce DIU m'a demandé de réaliser des recherches personnelles dans ces domaines d'activité pour mieux comprendre la problématique. Cette première formation a permis d'ouvrir les possibles*

Apports pour agir (3 avis) : *Aide méthodologique, meilleure connaissance des outils à mobiliser pour un soignant en souffrance. « Dépistage ordinal » plus efficace. Une bonne motivation pour s'occuper des confrères en souffrance + l'occasion de concrétiser des actions -*

Enseignement pour soi-même (3 avis) : *L'amélioration de la vie personnelle. A favorisé ma prise de conscience des RPS dans mon exercice professionnel et m'a permis de prendre du recul. A permis de mettre en place une prophylaxie / situation à risque*

III-6-3: Une adéquation mitigée (3 avis)

Utilisation des connaissances : *J'ai eu du mal à dégager les connaissances théoriques (...) mais je pense que c'est plus lié à MA façon de fonctionner qu'à la structure du DIU, qui était très riche aussi j'ai bien aimé le mémoire et le processus d'élaboration de celui-ci, un peu moins la restitution très formelle à mon goût, mais ceci est sans doute incontournable!*

Apports de solutions ? *Franchement j'attendais des réponses toutes faites! A nous de lier une relation de confiance avec le soignant en "mal-être"...*

Un manque de temps : *Toute démarche d'amélioration de la QVT nécessite du temps et les praticiens hospitaliers actuellement n'ont plus aucun temps disponible pour des tâches non cliniques*

Motivation de participants ? *J'insiste sur l'excellente ambiance et la bienveillance du groupe. Certains membres semblaient plus investis dans une démarche thérapeutique personnelle que dans une formation universitaire mais bien intégrés dans le groupe.*

III-6-4: Les points à améliorer :

Une formation plus concrète (6 avis) : *Formation très théorique, pratiquement aucune mise en situation. J'attendais plus de suggestions pratiques. Augmenter les outils utilisables en pratique. Davantage de transmission d'outils d'aide à l'analyse de la situation du médecin. Manque de cas, de jeux de rôle pour mettre en place et articuler les aides, les traitements, établir le suivi à long terme. Frustration sur certains modules : pas assez de mises en situation / jeux de rôle, exposés parfois trop théoriques*

D'autres axes à développer (6 avis): *Un approfondissement sur la thérapie des schémas, souvent présents dans le burnout. La souffrance des médecins hospitaliers n'est pas abordée. Développer les spécificités et l'abord des problématiques en milieu hospitalier. Plus de social et de juridique. DIU très " généraliste" dans l'approche, ambiance sympathique mais pas d'apports nouveaux. Sensibilisée à travers des groupes Balint et des supervisions je fus déçue du contenu un peu " léger".*

Une juste participation institutionnelle (5 avis) : *Trop dépendant des institutions... Manque d'indépendance [vis-à-vis du CNOM. Il est aberrant qu'un organisme disciplinaire s'empare de la bienveillance ! Par contre, l'Ordre pourrait mettre une partie de ses moyens financiers au service de structures déjà existantes. Impression d'une sélection des candidats en fonction de leur appartenance à l'ODM dans une démarche " d'appropriation" d'un thème dont on parle beaucoup actuellement. Forte insistance par les enseignants de l'aspect " validant "par l'ODM dont je ne perçois pas bien l'objet.*

Plus de documentation (4 avis) : *Améliorer les supports de cours et la documentation fournis. Bon enseignement qui mériterait un support polycop préalable. Anticiper la session d'enseignement et surtout libérer ce jour là du temps pour une réflexion interactive enrichissante entre "professeurs" et "élèves".*

Plus d'aide pour le mémoire (3 avis): *Plus de temps de tutorat pour la rédaction du mémoire, il a été un moment mal vécu pour plusieurs d'entre nous,... Trop axé sur le mémoire, pas assez d'intervention d'experts. Les contraintes du mémoire étaient assez pesantes mais contournables !*

Le réseau des promotions (2 avis) : *Une cartographie simple à retrouver pour nos confrères de tous les diplômes en France le maintien d'un contact avec notre promotion.*

La prévention primaire (2 avis) : *Davantage de prévention primaire. Outre l'aspect des structures /démarches existantes en cas de problème, ce qui m'intéresse personnellement c'est la prévention et sur ce plan il y a un manque !*

Le lien avec les Associations (2 avis) : *Association MOTS omniprésente. La réponse au mal être des soignants ne peut être uniquement téléphonique. Des lieux de consultations dédiés doivent se développer et être favorisés. Pourquoi de la concurrence sur un sujet aussi grave ?*

Modalités des cours (1 avis): *Enseignement relevant plus de la verticalité que de l'horizontalité.*

III-6-5 : Les réflexions/propositions...

Créer une formation similaire mais moins longue pour les internes et des cours pour les étudiants en médecine, afin de créer une prise de conscience. En parallèle, proposer en partenariat avec les universités, un réseau dédié avec une psychologue, un psychiatre et sensibiliser les maîtres de stage. Les générations actuelles ne s'approprient pas le travail de la même manière que les précédentes et cela entraîne parfois une incompréhension des tuteurs...

On peut s'interroger sur la finalité du DIU : Est-ce former des soignants-soigneurs à de nouvelles stratégies de prise en charge concrètes ?ou recruter des "petites mains" pour l'entraide du CNOM ou d'Association d'entraide ? Parfois ces objectifs me sont apparus confondus, or il importe de pouvoir conserver une pensée "indépendante".

Et la suite ?

Quid du relais par les Instances ? *Le DIU oui, mais le relais n'a pas été pris par les instances compétentes*

Quid de l'utilisation des compétences acquises ? *L'enseignement et le travail autour du DIU m'ont intéressée et apporte des éléments théoriques utiles. Mais je suis déçue qu'en aval il n'y ait pas d'utilisation de ces nouvelles compétences, pas de mise en place d'un réseau réellement fonctionnel*

Quid du suivi ? *Je n'ai d'ailleurs jamais reçu d'attestation de réussite et aucun suivi après cette formation. Je ne comprends pas bien non plus l'intérêt " utile" de ce DIU une fois celui-ci terminé. Peut-être est-ce ce que vous désignez par " efficacité du diplôme " ?... Au total : tout ça pour quoi?*

Et pour conclure ce chapitre :

Les réponses de normand (2 réponses) : *Depuis ...ça a dû être amélioré !!! Tout peut toujours être amélioré surtout quand c'est la première fois!*

Et un encouragement ! « *Très bonne idée de mémoire. Qui est à l'initiative? Bon courage pour la synthèse des résultats !* ».

La formation dispensée a reçu des remarques satisfaisantes, de la part de nombreux participants (dynamique de groupe, auto-réflexivité, niveau de l'enseignement, l'ambiance bienveillante). Toutefois des participants, également nombreux, disent regretter le manque de solutions pratiques, une formation trop généraliste, et déplorent le manque de temps dédié pour agir ensuite. Les liens institutionnels ou avec certaines associations sont jugés trop apparents, mais sans aide concrète. La prévention primaire apparaît inexistante.

IV-RESULTATS DES ENTRETIENS TELEPHONIQUES

IV-1 : Quelles étaient vos attentes en vous inscrivant au DIU ?

- **Acquérir des compétences : un savoir-faire, une démarche clinique**

E3 : « à travers des supports techniques tels que l'audit, comment aborder un confrère qui ne va pas bien et qui ne demande rien, et/ou à qui l'adresser. »

E2 : « mieux structurer ma démarche de repérage et d'intervention auprès des confrères, également donner du poids à notre action au sein de conseil ordinal auquel j'appartiens. »

E5 : « une malle à outils pour un étayage clinique concret, pratique »

- **Echanger – Partager – Réfléchir : un groupe de pairs....**

E1 : « que et comment font les autres confrères ? je pensais intégrer un réseau déjà structuré. »

- **Une écoute : pour mieux écouter....**

E4 : « à titre personnel de l'écoute car à un moment douloureux de ma vie, j'étais manifestement moins disponible pour assumer mes fonctions de conseiller ordinaire, plutôt que de la bienveillance, il m'a été suggéré de démissionner. »

- **Des apports théoriques :**

E5 : « La conceptualisation d'un profil psychopathologique du soignant en souffrance, et une malle à outils pour un étayage clinique de sa prise en soins »

IV-2 : Qu'est-ce qui vous en reste ? Quels apports identifiez-vous ?

On constate que l'audit est plébiscité, l'obtention du diplôme permet de renforcer des positions déjà occupées mais ne débouche pas sur un projet nouveau à titre professionnel

- **L'apport de légitimité :**

E4 : « au sein du conseil ordinal au sein duquel je siège, je devenu un sachant reconnu par un diplôme reconnu par le CNOM, »

E2 : « j'ai dans ma patientèle un grand nombre de soignants, ce diplôme me donne une légitimité au sein de la profession. »

E3 : « J'ai une plus grande assurance face aux confrères »

- **L'apport d'un savoir-être : une approche clinique plus apaisée et mieux assumée**

E4 : « j'ai développé mon écoute, n'ayant pas eu cela quand j'en avais besoin, je veux pouvoir le faire pour d'autres. »

E3 : « Je suis plus à l'aise lors des entretiens avec une meilleure écoute. La bienveillance, la confraternité sont des mots qui prennent tout leur sens lorsque je rencontre des soignants même en cas de divergence d'opinions. »

E5 : « je suis plus globale dans mon approche clinique avec une évaluation professionnelle et extra-professionnelle, ce qui me m'amène à un diagnostic plus affiné et donc une réponse plus adéquate. Un confort d'exercice, ne pas me laisser déborder en essayant de répondre dans l'urgence aux demandes. Rassurée et apaisée quant à la mise en évidence du tabou qui entoure la souffrance des soignants notamment en milieu hospitalier

- **Une plus grande efficacité dans l'activité d'Entraide :**

E4 : « comment aborder et écouter un confrère en difficulté, une meilleure connaissance de l'entraide ; savoir ce qu'on peut faire et jusqu'où on peut aller pour mieux orienter et accompagner les confrères, distinguer le volet financier, du volet social. »

E3 : « Mon implication est plus appuyée au sein de l'entraide. La prévention du suicide : j'explique et exhorte les confrères au droit d'ingérence pour faire remonter des informations préoccupantes. J'ai une meilleure connaissance des ressources existantes à titre d'exemple le service social du CNOM

- **Prendre soin de soi : de loin le point partagé par tous les confrères**

E4: « essayer de diminuer mon activité car étant installé dans une région sinistrée quant à l'offre médicale je stressais à l'idée de fermer mon cabinet. Prendre plus de vacances, arrêter mes activités annexes. Je me pose la question d'une orientation professionnelle salariée. »

E2: « J'ai démissionné de mon poste d'enseignante à la faculté et je réorganise mon temps de travail. »

E3 : « Je me suis choisi un médecin traitant, je fais davantage de sport car il faut être bien pour aider les autres, éviter le surrégime, j'ai même décliné une proposition alléchante d'une plus grande responsabilité ordinale. »

E5 : « Une meilleure conscience de mon « moi professionnel, accepter de différer ma réponse aux demandes, ne pas être dans la sur réaction. »

E1 : « Je continue dans ma pratique clinique à intégrer l'idée qu'être empathique c'est aussi pour soi. »

- **Des questions :**

E1 : « faible émulation supplémentaire, que font les autres ? car il existe d'autres structures impliquées dans le soin aux soignants, nous manquons de temps d'échanges entre nous donc nos différents pratiques n'étaient pas valorisées. »

IV-3 : Qu'est-ce que vous avez fait du diplôme obtenu ? et/ou que pourriez-vous en faire ?

- **Quid de la visibilité ? : nécessité de faire vivre un réseau**

E2 : « je l'ai mentionné sur mes ordonnances, un investissement au sein d'une association locale de soins aux soignants, la mobilisation reste faible alors que les soignants disent se sentir abandonnés, la question de la diffusion de l'information se pose. »

E3 : « Je trouve qu'il y a un vide après, il n'y a pas de suivi, de lien avec l'équipe enseignante notamment, on ne sait pas ce que font les autres. Je ne sais pas comment les confrères peuvent avoir connaissance des médecins diplômés de leur région. »

E4 : « Communication difficile avec l'association MOTS malgré plusieurs mails et appels téléphoniques. »

E1 : « Il ne m'a pas ouvert de portes aussi je me suis intéressée à ce qui se fait ailleurs et je participe à l'European Association for Physician Health. »

E5 : « Manque de relais pour orienter les soignants. »

- **Disparité au sein des différents Conseils ordinaires départementaux**

E1 : « la question d'une uniformisation se pose quant à la relation des ordres et de l'entraide, parfois les demandes émanent directement du CNOM ce qui est mal vécu par l'ordre départemental »

- **Un diplôme, un métier, le flou**

E1 : « c'est le vide, on est seul, on regagne nos pénates... »

VI-DISCUSSION

Points forts :

Le sujet de ce mémoire : Il s'agit d'un point d'étape important à l'issue de la formation de maintenant 4 promotions successives. Il est crucial d'évaluer cet outil qu'est le DIU afin que son développement se poursuive efficacement. A noter également l'approbation des enseignants à notre proposition de réaliser une évaluation générale de la formation dispensée : celle-ci a pu être réalisée en toute indépendance, sans interférence sur les résultats.

La réalisation à plusieurs mains de ce travail, de façon concertée et constructive : Il a reposé sur 6 versions successives du mémoire, alimentées par une centaine de mails échangés, et 3 conférences téléphoniques successives de relectures intégrales de rédaction.

La triangulation des méthodes de recueil des avis vise la convergence des résultats issus de différentes méthodes dans une optique de validation des interprétations [14]. Elle permet d'accroître la richesse des réponses émises, qui ont été particulièrement **diverses**, témoignant de l'étendue du champ concerné.

Concernant le questionnaire google :

On relève un **score important de participation** : 43 répondants sur 50 inscrits au 3 promotions, à l'issue de 3 relances, soit un taux de participation de 86%. Cela démontre l'intérêt et l'implication de la plupart des sortants du DIU à poursuivre la construction de l'entraide sur le territoire.

Concernant les entretiens téléphoniques

Les participants interrogés ont clairement manifesté leur soutien à ce travail d'évaluation, en apportant en toute authenticité leurs avis, dans un désir de participer à l'évolution de ce DIU.

Limites:

Concernant la population cible :

On peut se poser la question de l'intérêt de ré-évaluer le DIU maintenant qu'il est ouvert aux autres professions de soignants car cette analyse ne s'intéresse qu'aux médecins. (Seuls à avoir accès lors des 3 premières années)

Nous n'avons pas questionné le type d'activité des médecins de la cohorte dans le questionnaire. Or, il ressort des disparités de réponses en fonction du type d'activité (libéral, hospitalière, médecine du travail, médecin effecteur d'une association d'entraide, conseiller ordinal...)
Il est certain que cela aurait été un élément intéressant, voir majeur à analyser, afin de voir les différences d'adéquation en fonction des types d'activités.

Concernant l'administration du questionnaire google :

Des difficultés liées à l'outil internet ont été rencontrées: adresses mail invalides, accès à certaines boîtes mails sécurisées compliqué, lien du questionnaire envoyé dans les spams. Nous ne savons donc pas, si tous les participants ont bien reçu le lien du questionnaire, n'ayant pas eu tous les mails retour de participation.

La problématique de l'anonymat a compliqué les relances, car nous n'avons pas pu les cibler, faute de retour de mail.

Dans les mails nous informant de leur participation, 3 professionnels ont évoqué leur crainte de ne pas avoir un réel anonymat ; ils évoquaient le petit nombre de participants et le fait que le parcours de chacun est connu des enseignants. Ils craignaient un manque de distance des responsables et questionnaient l'initiative du mémoire.

Un conflit d'intérêt nous a été signalé par trois participants du fait qu'ils étaient, en sortant du DIU, devenus intervenants dans cette formation. Nous souhaitons tout de même, leur participation : devenir intervenant dans le DIU fait partie, de fait, des débouchés existants.

Les réponses les plus enthousiastes ont été apportées par les premiers répondants, les réponses à coloration négatives sont arrivées plus tard et poussivement. Ce qui nous amène à penser que les non-participants sont probablement des « déçus » du DIU, ou des anciens participants désinvestis de l'entraide et que leur absence de réponse fausse de façon positive les résultats. Leur nombre est toutefois réduit.

Concernant le recueil des commentaires du google groupe

Des réponses assez souvent laconiques ont été recueillies: 1 mot ou simple groupe de mots, ou phrase courte. Cela a pu réduire la portée des apports. *Ex à la question « quels leviers favorisant les actions ? réponse: « méthode participative ».* La synthèse des propos n'a donc pas pu être effectuée selon une véritable analyse des verbatim, mais par un classement d'idées.

Les 3 premières questions ont pu être comprises de **façon redondante** par les répondants, entre connaissances, moyens, actions, avec des propositions croisées (certains indiquaient avoir déjà répondu à la question précédente).

Nous rappelons leur intitulé : Le DIU vous a-t-il apporté...

1- Des connaissances supplémentaires sur les particularités de la santé des soignants et les risques liés à l'exercice professionnel ?

2- Un sentiment de compétence accru sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir ces risques ou gérer leur impact ?

3- Des idées à la suite du DIU, pour initier des actions concrètes, visant à rendre le soignant-patient acteur de sa santé ?

Les deux 1ères questions ont parfois été confondues par les répondants (apport de connaissances, et sentiment de compétences accrues), avec toutefois l'apparition de la notion de légitimité dans la partie « Compétences »

La 3^{ème} question n'a pas toujours permis de faire la différence entre actions réalisées et actions imaginées

Et en conséquence : la question 4 (*Parmi les actions concrètes imaginées, lesquelles ont pu déjà être appliquées ?*) pouvait pour certains être une redite de la question 3. Mais il apparaissait important d'insister sur l'aspect concret des actions découlant de cette formation.

Une petite coquille dans la question 5 (*Selon [vous], quels dispositifs existants pourraient être améliorés ?*) a pu gêner sa compréhension pour un certain nombre de répondants, par l'absence du mot « vous ».

L'anonymisation des questionnaires empêchait de faire facilement le lien entre les réponses d'un même participant, en particulier quand était indiqué « même réponse que précédemment »

Méthodologie de classement des réponses : nous avons tenté de les répartir par notions-clés. Le regroupement des idées a pu parfois être subjectif, donnant plus de poids à certaines qu'à d'autres. Mais toutes les réponses ont été retranscrites, au sein d'un groupe d'idées ou bien seules

Concernant les entretiens téléphoniques :

Ils ont été menés par un participant de la promotion 3 et le choix des personnes interviewées n'a pas été effectué de façon complètement aléatoire.

Cette technique d'interviews a pour but, tout en étant centrée sur le confrère interrogé, de garantir l'étude de l'ensemble des questions qui nous intéressent, et l'enquêteur unique assure l'homogénéité des entretiens menés et la cohérence de l'analyse.

Toutefois, l'interviewer faisant lui-même partie de la promotion 3, il a pu lui être par moments difficile de garder la neutralité au cours de l'entretien et peut –être a-t-il, malgré lui, orienté certaines réponses. Il s'est tout de même efforcé de garder le fil des interrogations et a décidé de laisser libre le déroulement des réponses.

Le tropisme libéral de l'échantillon interviewé pouvait constituer une limite. Cependant les libéraux étaient majoritaires dans les promotions concernées.

Principaux enseignements :

Concernant les résultats statistiques du google groupe :

On note que la seconde promotion a moins participé que les 2 autres : on peut interpréter ce constat par une éventuelle forte motivation des premiers inscrits au DIU, et peut-être pour la 3^{ème} promotion par l'appartenance au même groupe que l'un des auteurs du mémoire.

Sur l'apport de connaissance : 82% des participants ont le sentiment d'avoir acquis des compétences spécifiques, versus 18 %.

Sur le sentiment de compétence : 80 % des participants sont ressortis de ce DIU avec un sentiment de compétence accru sur cette problématique, versus 20 %.

Sur des idées d'action : 89 % des participants ont trouvés des idées d'actions concrètes à mettre en place suite à ce DIU, versus 11 %. *C'est le plus gros score statistique des réponses.*

Sur l'évolution personnelle sur le prendre soin de soi : 82 % des participants ont réalisés des changements dans leurs vies afin de mieux prendre soin d'eux meme, versus 18 % qui n'ont rien changé.

Sur leur capacité de diffusion et partage sur cette thématique : 84 % des participants ont trouvés des moyens de partage et diffusion, versus 16 % qui n'en ont pas trouvé.

Satisfaction globale sur le DIU : 82 % des participants ont trouvé que le DIU répondait à leurs attentes versus 18 % qui n'ont pas été satisfaits.

Les résultats statistiques de l'enquête sont très favorables : Environ 4/5ème des participants ressortent du DIU avec un sentiment d'avoir plus de connaissances, un sentiment de compétence accru, des idées d'actions à mener, une meilleure prise de soin d'eux-mêmes et une plus grande capacité à communiquer au sein de la profession autour de cette thématique.

Concernant les commentaires du Google groupe :

L'audit a été plébiscité dans tous les champs investigués : apport de connaissances, accroissement des compétences, et même actions pratiques

Les actions prioritaires prévues ou imaginées étaient plutôt les **actions de formation et de sensibilisation**, notamment auprès des jeunes médecins et étudiants.

De façon inattendue, « **avoir un médecin traitant** » n'est pas apparu parmi les actions prioritaires, de même pour les consultations de santé dédiées aux soignants.

Des idées très variées ont été imaginées pour initier des actions concrètes, visant à rendre le soignant-patient acteur de sa santé (sur les conditions de travail et / ou son parcours de santé)

Mais peu ont déjà pu être appliquées : on ne relève dans cette rubrique qu'un tiers de répondants. Ainsi les actions **déjà mises en œuvre** étaient plus clairsemées, avec une dizaine de réponses négatives, et une part importante d'actions partielles, d'autres laconiques ou décalées.

Les facteurs favorisants les actions concrètes pointent le moteur personnel et l'investissement en énergie

Les freins aux actions, beaucoup plus fournis, font une large place aux difficultés de communiquer sur le sujet, au manque de temps et à l'absence de soutien institutionnel et hiérarchique

L'appui de l'URPS est souvent cité en complément des actions CDOM (Commission d'Entraide et sensibilisation des nouveaux inscrits)

Au-delà de toutes les idées émises somme toute classiques, pour développer le DIU (FMC, CDOM...), nous retenons les pistes novatrices, telles que le lancement d'une **démarche active auprès des CME** d'établissements, la réalisation de **Congrès dédiés**.

... il est également proposé de **faire connaître le rôle des médecins formés** au DIU.

Mais de nombreux participants estiment qu'on peut s'interroger sur la finalité du DIU, car « *il n'y a pas d'utilisation* » de ces nouvelles compétences et « *le relais n'a pas été pris par les instances compétentes* ». La question semble être douloureuse mais résume bon nombre d'avis : « *Au total : tout ça pour quoi ?* »

Enfin, une grande majorité des répondants ont trouvé un bénéfice de la formation pour leur **évolution personnelle**, en s'appuyant d'ailleurs souvent sur **l'audit réalisé sur eux-mêmes**. Cet angle d'acquisition des compétences est effectivement majeur : comme le souligne E. Galam dans son article en 2014, Carl Rogers : une approche centrée sur la personne, « *il appartient à celui qui se donne d'écouter pour aider, de faire un travail sur lui-même pour s'acclimater (...) à la façon dont il articule sa vie professionnelle et sa vie privée* » [15].

Concernant les entretiens téléphoniques :

5 personnes déclaraient attendre de la formation un « **outillage** » **clinique précis** et pratique pour aborder, dépister et intervenir ou orienter un confrère en souffrance.

La question du « **prendre soin de soi** pour prendre soin des autres » est soulignée par toutes les personnes interviewées.

La légitimité pour intervenir, pour porter la question de la santé des soignants est soulignée par les participants ayant des fonctions ordinales, notamment par une meilleure connaissance de l'entraide.

« Être titulaire du diplôme n'ouvre pas de porte professionnelle » est partagé par tous.

L'après-DIU est qualifié de « vide » de façon unanime.

<p>Les attentes diffèrent probablement selon le niveau de sensibilisation à la souffrance des soignants et/ou l'implication dans la prise en soins de ces derniers. Toutefois nous constatons que la demande d'une démarche clinique pratique concrète et adaptée est commune à tous les diplômés interrogés.</p>

VII-SYNTHESE ET PERSPECTIVES

- **Réflexions sur « la mission cachée » du DIU Soigner les Soignants.** (H.S)

Le DIU soigner les soignants suscite des interrogations, parfois de la méfiance, séduit, fait espérer et souvent déçoit malgré lui. Bon nombre de confrères posent la question de savoir pourquoi suivre un tel enseignement. Soigner un confrère devrait aller de soi, à moins que le tabou qui entoure la question de la santé du médecin ne soit à l'œuvre.

Les attentes des participants sont fonction d'un parcours individuel. Certains y arrivent portés par un vécu personnel douloureux, alors ce DIU devient le lieu qui donne légitimité à la souffrance du soignant. Ce n'est peut-être pas un hasard si **la question de la légitimité** y est fréquemment abordée. Légitimité pour soigner un confrère mais aussi légitimité de souffrir par (et pour) son travail. A ce titre, il remplit parfaitement sa « mission cachée ». **L'audit est plébiscité** et amène bon nombre à interroger, qui son organisation du travail, qui son mode de vie, et même à envisager une nouvelle orientation professionnelle. Nous pouvons dire que ce point est largement partagé.

Le contenu de l'enseignement est sans aucun doute la pierre d'achoppement désigné par de nombreux diplômés ; nous ne ferons pas de distinction entre le fond et la forme. Pourquoi concentre-t-il la majorité des critiques ? Espoir déçu ? Lequel ? A quoi s'attendaient-ils ? Peut-il en être autrement ? *Soigner, ils savent faire, et ils ne sauraient pas soigner un confrère ?* Le mécontentement signifie-t-il un supposé attendu ? Ils venaient donc vérifier si leurs savoirs étaient les bons. Ils repartent avec des connaissances supplémentaires, mais dans le colloque singulier avec le confrère malade, seront irrémédiablement seuls. Être seul avec son patient, ce n'est pas nouveau pour un médecin (libéral surtout), mais être seul face à son confrère malade, cela n'était pas prévu au programme des enseignements de la faculté de médecine.

Le médecin n'est sans doute pas (et/ou ne peut pas être) pas un patient comme les autres...

En somme, qu'était il attendu de l'enseignement du DIU ? Sans doute un projet clinique défini, structuré et surtout opérationnel. Une fois diplômé, l'embarras, patatras, tout est à faire ; On entend souvent dire qu'on apprend son métier une fois diplômé. Dans ce cas présent comment nommer ce nouveau métier ? Certains confrères « extérieurs » restent perplexes quant au choix de suivre un tel enseignement ; encore et certainement l'œuvre du déni concernant la vulnérabilité du soignant.

Le réseau : être ensemble pour être moins seul face au « confrère-malade » Il est à construire par chacun d'entre nous, toutefois nous (diplômés) semblons constituer les pièces d'un puzzle dont on ne sait l'image finale. Qu'attend-on des diplômé(e)s ? Qu'en attend le CNOM qui est la caution éthique et déontologique de ce diplôme ?

La politique de santé : quid des partenaires institutionnels ARS, Syndicats et Autres associations impliquées dans la lutte contre la souffrance des soignants ?

Enfin, ne pas être malade c'est mieux : **quid de la prévention primaire** ? Nous pouvons dire sans ambages que c'est une des sources du mécontentement relevé dans notre enquête.

- **Réflexion sur la professionnalisation et la cible du DIU (E.V-C)**

Nombreux sont ceux qui ont eu le sentiment d'être en plein laboratoire, non pas simples étudiants mais **participants activement** à l'élaboration de ce puzzle encore en cours.

Le métier qui devrait découler de ce DIU n'existe pas encore, nous en sommes à l'élaboration des plans, à discuter ses contours, son financement, sa légitimité, poussant les murs des paradigmes, questionnant les fonctionnements du système, posant chacun nos pierres à l'édifice.

Cela est passionnant, mais insuffisant.

Les autorités qui valident et financent ces enseignements doivent augmenter les moyens et accélérer les mises en action : il nous semble déplacé de demander à des soignants de s'acquitter des droits d'un statut d'étudiant qui n'en est pas un. Il est également dommage que les professionnels participant à ce DIU soient qualifiés de simples étudiants au fil de l'article récent du Quotidien du Médecin présentant ce diplôme, alors qu'ils contribuent activement, par **leur expérience et l'interaction avec les enseignants, à l'évolution du contenu pédagogique** [16].

Ce diplôme semble adapté **aux médecins déjà intégrés** et payés par les associations d'entraide ordinale ou non déjà en place. Mais, il ressort que les soignants non investis dans une structure déjà établie, en l'occurrence surtout les libéraux, n'ont pas, ou peu de moyens d'action et n'arrivent pas à trouver un relais concret. Peut-être est-ce alors un problème de ciblage des participants ? Le DIU, en l'état, ne devrait-il s'adresser qu'à une certaine catégorie de professionnels ?

Nous proposons des voies d'amélioration :

Poursuivre le développement des associations d'entraide, avec l'unification des réseaux et une meilleure communication.

Créer un statut/métier rémunéré pour les différents types de soignants impliqués et formés.

Créer des vacations de conseil auprès de l'ARS.

Créer une tarification pour les libéraux, par une nouvelle cotation dans la nomenclature des actes, afin qu'ils puissent avoir le temps et les moyens d'agir.

Il faut que tous les soignants désireux de s'investir dans cette mission puissent trouver un moyen concret de le faire.

- **Réflexions sur la prévention primaire (N.L.)**

La prévention primaire a été décrite dans les commentaires comme nécessaire, au-delà des « *structures /démarches existantes en cas de problème* », « *et sur ce plan il y a un manque !* ».

Ce constat peut expliquer également une partie substantielle des interrogations, inquiétudes, voire insatisfactions soulevées : Que faire de ce diplôme face à l'immensité de la problématique sur notre territoire ?

La formation de professionnels du Soins aux Soignants est-elle la seule réponse efficace au « *mal-être profond des professionnels de santé* » évoqué par les répondants, notamment des généralistes, mais aussi des hospitaliers ? N'y a-t-il pas à réfléchir sur l'amont ?

Le sentiment de malaise, d'épuisement, de détresse parfois, de nombreux médecins [17], en lien avec la surcharge de travail, la difficulté financière à accepter de s'arrêter, les charges administratives, les exigences des patients, les agressions de plus en plus nombreuses et la judiciarisation, peut-il trouver sa résorption dans l'écoute par un confrère ou le repos quelques jours dans un service de Soins ?

La presse médicale se fait l'écho quotidien des témoignages de médecins accablés. Certains demandent clairement une réponse éducative de la part des responsables politiques [18].

Quelle charge mentale induite par le rôle de « tampon sociétal » où le cabinet médical est souvent le dernier havre de soutien inconditionnel, dans un environnement vécu comme de plus en plus rude ou contraignant ?

Que dire de l'impact de ce que l'on peut appeler la maltraitance médiatique ? Que ressentent les médecins qualifiés de nantis, de lobbyistes [19], de professionnels dépourvus d'empathie [20], au fil des journaux ou revues grand public ? Quelle action face à cela ? F. Broucas, Président du CDOM Gironde dans la revue départementale d'octobre 2019, souligne « *le malaise structurel des soignants* » et « *l'urgence de faire face à la déconsidération, la suspicion, le doc-bashing* ». [21].

D'autres questions se posent :

-Comment organiser les Centres de consultations préventives dédiés à la médecine libérale ?

-Comment s'assurer que les « Commissions QVT », annoncées dans les hôpitaux, sont efficaces ?

-Comment positionner les diplômés du DIU dans le paysage institutionnel ? Les aidants sont d'autant plus efficaces « qu'ils s'affirment dans leur position », comme le souligne E. Galam. [15], favorisant ainsi leur congruence. Cette affirmation est bien évidemment applicable aux diplômés du DIU.

Nous soumettons quelques pistes de réflexion à nos lecteurs:

Pour la médecine libérale :

Des Centres de Santé spécifiques devraient être développés par l'Assurance-Maladie pour proposer de réelles consultations de Prévention dédiées aux professionnels de santé, sous réserve d'une confidentialité dûment assurée.

Des campagnes d'information auprès de la population ont été proposées par un participant. Quel contenu ? La vulnérabilité des médecins ? ou une responsabilisation des patients sur leurs demandes, le nombre de motifs de consultations, leur nature également ? le nombre de consultants par RV ? et plus généralement leur comportement vis-à-vis des médecins ?

Une cellule de vigilance pourrait être mise en place au CNOM, chargée de veiller au respect de la profession au titre des articles 1382 et 1383 du Code civil, pour faire face aux pamphlets dénigrant la profession. Un soutien concret serait ainsi assuré aux médecins.

Pour la médecine hospitalière :

Une évolution notable a déjà été réalisée avec l'incitation par les ARS au « développement systémique de la démarche QVT » au sein des établissements de santé [22]. Ce document annonce même qu'un « vivier de médiateurs régionaux sera mis en place ». Les professionnels formés par le DIU pourraient donc être proposés par les ARS pour tenir un **rôle de conseil auprès de ces instances hospitalières**, en tant que de besoin.

Pour l'ensemble des acteurs du système de santé :

Des Congrès annuels pourraient être organisés sous l'égide des responsables du DIU, avec la participation régulière des diplômés de la formation, pour y faire part des actions entreprises sur les territoires. Ces Congrès, ouverts à tous, pourraient s'intituler « **Qualité de Vie au travail des Soignants** » plutôt que « Soigner les Soignants », pour faire écho à l'organisation hospitalière, et également communiquer dans des termes positifs... et préventifs !

VIII-CONCLUSION

Les professionnels ayant participé à ces trois promotions du DIU sont des soignants motivés par l'envie d'améliorer les choses, réunis autour de valeurs communes humanistes. Ils sont ressortis de cette formation globalement satisfaits d'avoir trouvé un espace de parole, de soutien, d'élaboration, avec un sentiment d'avoir **acquis des connaissances, une compétence accrue et une certaine légitimité.**

4/5ème des participants annoncent mieux **prendre soin d'eux-mêmes**, expriment des idées d'actions à mener, et une plus grande capacité à communiquer au sein de la profession autour de cette thématique.

Mieux armés oui, mais cela ne suffit pas. Malgré les nombreuses idées d'action exprimées, leur mise en œuvre concrète est freinée par le manque de temps, de relais ou réseau, et l'absence de soutien institutionnel. De plus, le métier ou la qualification acquise au sortir du DIU n'ouvre pas à un statut ou des moyens supplémentaires. En découle une **perplexité nettement exprimée** par les participants, sur laquelle il faut insister.

Au-delà de la médiatisation de la souffrance des soignants, et afin que perdurent d'une part la prise en compte des difficultés inhérentes au métier de soignant dans le contexte sociétal, et d'autre part l'accompagnement et la prise en soin des soignants en difficulté e/ou malades, il est indispensable de **mutualiser et structurer les ressources** (humaines, ordinales, politiques.....) et de **développer la prévention primaire.**

Sans l'appui de l'environnement institutionnel pour préparer le contexte de notre action, celles-ci risquent de ne jamais se concrétiser... Des pistes concrètes existent, nous les avons évoquées dans les perspectives. Rappelons que l'évaluation se définit comme **une aide à la décision** [11].

L'action la plus rapidement effective pourrait être de **missionner les diplômés** dans chaque région :

-d'une part auprès des sections QVT de leurs ARS respectives, et auprès des CROM, pour nourrir la réflexion des instances référentes du système de santé ;

-et d'autre part, leur donner un rôle concret de Conseil dans les Commissions QVT des établissements de santé, au-delà des dispositifs déjà en place, tels que le numéro d'écoute national et les effecteurs des Associations d'Entraide.

Un statut métier rémunéré pour les diplômés du DIU devra également être développé, afin de valoriser ces missions, de même qu'une tarification spécifique pour les actions de soins aux soignants.

Ce mémoire réalisé à plusieurs démontre, si besoin était, le bénéfice de la mise en commun des réflexions, et de la capacité à travailler ensemble.

Nous sommes également heureux d'avoir tenté, par cette contribution, d'aider...le DIU
« Soigner les Soignants ».

BIBLIOGRAPHIE

- [1] H. Dusmesnil, B. Saliba-Serre, JC Régi, Y Leopold et P Verger. L'épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants; S.F.S.P. « Santé Publique » 2009/4 Vol. 21 | pages 355 à 364 ISSN 0995-3914
- [2] R. Mouries, E. Galam. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : Témoignages, analyses et perspectives. URML. 27 juin 2007
http://www.urml-idf.org/upload/presse/DP_070621.pdf
- [3] S. Ballester, D. Macovei, C. Puel, JM. Soulat . Causes & Conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés hors structures de soins, vécu professionnel & prévalence du Burnout via l'échelle Maslach Burnout Inventory : Approche préliminaire.
Service de Santé au Travail, CHU de Toulouse
http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/PR_JM_SOULAT.pdf
- [4] P. Cathébras, A. Begon, S.Laporte, C.Bois, & D.Truchot Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Médicale, 33 : 1569-74, 2004.
[https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(04\)98994-4](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(04)98994-4)
- [5] Anoui P, Mauranges. A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses. Paris : Masson ; 1998.
- [6] G. Le Breton-Lerouillois. La santé des jeunes médecins – 2016 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1u012ze/sante_et_jeunes_medecins.pdf
- [7] Donata Marra. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf
- [8] Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins. HAS janvier 2016
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf
- [9] Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail - Prendre soin de ceux qui nous soignent" - Décembre 2016
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf
- [10] Pottiez J. L'évaluation de la formation-Pilotez et maximisez efficacité de vos formations. Ed Dunod, oct 2017
- [11] Figari G., Remaud D. Méthodologie d'évaluation en éducation et formation. Ed De Boeck, fév 2014.
- [12] Pinard R, Potvin P, Rousseau R. Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. Recherches qualitatives. 2004
- [13] Berger E, Crescentini A, Galeandro C, Mainardi Crohas G. La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire. Acte du congrès de l'actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université Genève, Sept 2010.
- [14] Guével MR, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustrations. Santé Publique. 2012.24
- [15] Galam E.- Carls Rogers : Une approche centrée sur la personne. Revue Médecine, nov 2014.

[16] Catala I. - 4ème Promotion du DIU «Soigner les soignants» Se former et s'engager pour aider ses confrères- Le Quotidien du Médecin, 24 juin 2019 – n° 9760

[17] Lhote M. « J'ai 35 ans et je suis en burn-out », le SOS d'un médecin en détresse. Le quotidien du Médecin.fr, 2 mars 2019.

[18] Jung G. Agressions : le rapport soignant-soigné en cause. Le Quotidien du médecin.fr, n° 9746

[19] Lajzerowicz N. Maltraitance médiatique : nous sommes tous des lanceurs d'alerte. Le quotidien du médecin, juillet 2015.

[20] Revue « ça m'intéresse », sept 2019 : Existe-t-il encore de bons médecins ?

[21] F. Broucas, éditorial : Où est l'urgence ? La Revue du CDOM Gironde, n°73, octobre 2019

[22] ARS Nouvelle-Aquitaine : Schéma Régional de Santé 2018-2023, axe 3 : Prendre Soins des Soignants, p.94 et 107-109.