

**Expérience d'un réseau d'aide aux soignants : le réseau  
d'aide aux soignants de Rhône-Alpes (réseau ASRA).  
Bilan après quatre ans de fonctionnement, thèse  
descriptive**  
Kristell Peltier

► **To cite this version:**

Kristell Peltier. Expérience d'un réseau d'aide aux soignants : le réseau d'aide aux soignants de Rhône-Alpes (réseau ASRA). Bilan après quatre ans de fonctionnement, thèse descriptive. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01421767>

**HAL Id: dumas-01421767**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01421767>**

Submitted on 22 Dec 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015-2016

N° 153

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par PELTIER Kristell  
née le 07 septembre 1986 à Saint Briec

le 03 novembre 2016

Titre de la thèse

**EXPERIENCE D'UN RESEAU D'AIDE AUX SOIGNANTS : LE RESEAU D'AIDE AUX SOIGNANTS DE RHONE-ALPES (RESEAU ASRA). BILAN APRES QUATRE ANS DE FONCTIONNEMENT. THESE DESCRIPTIVE.**

Directeur de thèse  
Docteur Alain PRIGENT

Jury

Président :

Monsieur le professeur Thierry BOUGEROL, professeur des universités, praticien hospitalier, Université de Grenoble

Monsieur le professeur Vincent BONNETERRE, professeur des universités, praticien hospitalier, université de Grenoble

Monsieur le professeur Bernard GAY, professeur universitaire de médecine générale, médecin généraliste, Université de Bordeaux

Monsieur le docteur Daniel HEILIGENSTEIN, cardiologue

Monsieur le docteur Michel EVREUX, gastro-entérologue

Rapporteur :

Monsieur le professeur Eric GALAM, professeur universitaire de médecine générale, Université Paris Diderot

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015-2016

N° 153

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par PELTIER Kristell  
née le 07 septembre 1986 à Saint Briec

le 03 novembre 2016

Titre de la thèse

**EXPERIENCE D'UN RESEAU D'AIDE AUX SOIGNANTS : LE RESEAU D'AIDE AUX SOIGNANTS DE RHONE-ALPES (RESEAU ASRA). BILAN APRES QUATRE ANS DE FONCTIONNEMENT. THESE DESCRIPTIVE.**

Directeur de thèse  
Docteur Alain PRIGENT

Jury

Président :

Monsieur le professeur Thierry BOUGEROL, professeur des universités, praticien hospitalier, Université de Grenoble

Monsieur le professeur Vincent BONNETERRE, professeur des universités, praticien hospitalier, université de Grenoble

Monsieur le professeur Bernard GAY, professeur universitaire de médecine générale, médecin généraliste, Université de Bordeaux

Monsieur le docteur Daniel HEILIGENSTEIN, cardiologue

Monsieur le docteur Michel EVREUX, gastro-entérologue

Rapporteur :

Monsieur le professeur Eric GALAM, professeur universitaire de médecine générale, Université Paris Diderot

*« De même que le médecin est toujours pressé, il ne tombe jamais malade, cela va de soi. L'imagerie populaire se le représente invariablement sous les traits d'un forcené toujours par monts et par vaux, une sorte de machine perfectionnée qui jamais ne s'enraierait... »*

Docteur Paul Perreve - La Burle - 1981, cité par docteur Michelle Lefevre, Addictions du Corps Médical - DIU Pratiques Addictives - Mémoire - Année 2013-2014

*« Je suis médecin. C'est ma raison de vivre : je suis médecin. Tout le reste, tout le monde passe après ce commandement : être médecin. Mon devoir s'ordonne à partir de là et il est très clair et très simple. Tout est second : ma vie sociale, ma vie familiale, ma vie d'écrivain, mes amis, mes amours, la gloire ou la fortune, ma vie tout court. Tout vient après. Je prends peut-être ma tâche trop au sérieux ? Possible. Mais je me souviens de ce travail lent et difficile qui m'a permis de devenir un médecin. » -*

Le Journal du Docteur Tom Dooley (Page 328 – Casterman – 1964), cité par docteur Michelle Lefevre, Addictions du Corps Médical - DIU Pratiques Addictives - Mémoire - Année 2013-2014

*"Si tu es Dieu, tu n'es pas malade"*

(médecin interrogé par le docteur Fanny Grau Coppieters, pour sa thèse "Etude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc Roussillon" - université de Montpellier - Décembre 2012)

*"Etre médecin, ce n'est pas un métier, c'est une sorte de malédiction".*

(film Hippocrate, réalisateur Thomas Lilti, 2004)

# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bougerol,

En vous remerciant de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse,

Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bonneterre,

En vous remerciant d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse, et en vous remerciant de m'avoir reçue pour éclaircir ma situation et pour m'avoir donné quelques pistes de réflexion,

Je vous prie d'agréer toute ma gratitude, et veuillez trouver le témoignage de ma considération,

A Monsieur le Professeur Gay,

En vous remerciant de bien avoir voulu représenter la faculté de Bordeaux, dans ce parcours partagé entre Bordeaux, lieu de mes premiers semestres d'internat et la Haute Savoie, où je choisis de poursuivre mon exercice à venir.

Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements ainsi que le témoignage de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Galam,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être le rapporteur de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Alain Prigent,

Je te remercie pour ta disponibilité, tes réponses rapides et avisées.

Merci de m'avoir guidée tout au long de ce travail, et d'avoir accepté d'être directeur de thèse.

A Monsieur le Docteur Michel Evreux

Je vous remercie de l'attention portée à mon travail, de votre soutien et de votre présence.

A Monsieur le Docteur Daniel Heiligenstein

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de faire cette thèse sur le réseau, et de m'avoir accompagnée durant celle-ci.

Aux membres d'ASRA, en particulier au docteur Granet, au docteur Navette, à Mme Isabelle Bouveau, au docteur Padzunass, au docteur Lefevre que je remercie pour leur participation à cette thèse, ainsi qu'aux docteurs Yoann Gaboreau et Jean Pierre Jacquet, de la faculté de Grenoble, pour leur aide lors de la recherche d'un sujet de thèse,

Aux docteurs Olivier Cloppet, et Caroline Ménard, associés du docteur Roland Descloîtres, qui m'ont mis en relation avec le docteur Alain Prigent, et qui ont vécu un moment douloureux, j'ai une pensée pour vous, et surtout un grand merci à vous communiquer.

A ma famille que j'aime, en particulier,

A ma Maman, qui me soutient d'une manière indéfectible depuis ces 12 années de médecine, et qui me portera encore, j'en suis sûre, dans mes choix futurs. Aurais-je encore le droit à ses odes d'inquiétude quant à l'avancée de mes impératifs, cette fois extra-universitaires ? Je plaisante, Maman. Je te remercie de m'avoir accompagnée, jusque là, et pour ton amour sans faille.

A Aurélie, ma sœurette, que je soutiens dans tous ses choix, ses interrogations. Je te souhaite de trouver la légèreté et la sérénité que tu mérites, et de partager à nouveau de nombreux bons moments ensemble !

A mon Papa, qui me regarde sans doute, et sans qui je n'aurais pas eu ce même cursus universitaire, avec ses bons côtés et le reste ! C'est une force que d'être passée par là !

A Farid, A nous, à notre prochaine expatriation avec beaucoup de belles aventures-tests !! Je te remercie pour les 3 dernières années passées à tes côtés ! Et je remercie ta famille, tes parents tout particulièrement, pour m'avoir accueillie.

A Sylvia, en espérant que la science s'affine pour remédier à certains problèmes,

A mes co-externes et co-internes les plus proches, avec qui j'ai passé des instants mémorables : Marielle, Muriel, Amélie, Lucile, Clémence. Merci pour tous ces partages, ces doutes, ces joies. Malgré la distance et nos parcours différents, j'espère qu'il y aura d'autres moments à graver.

A mes différents maîtres de stages, aux médecins les plus chaleureux, les plus encourageants et les plus pédagogues. Merci !

A tous ceux que j'ai pu oublier et qui ont pu participer de près ou de loin à ce travail, je vous remercie.

*En mémoire du docteur Roland Desclotres,  
et de tous les autres médecins qui ont souffert,  
et que l'on n'a pas su aider.*

# TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	p 10
INTRODUCTION	p 11
A - LE CONTEXTE	p 14
I - Le colloque "Vulnérabilité et Souffrance du soignant", décembre 2008	p 14
1. Le paradoxe	
2. Les conséquences	
II - Les expériences étrangères	p 15
1. Le Québec	
2. Les Etats Unis	
3. L'Espagne (Catalogne)	
4. L'Angleterre	
5. L'Australie	
6. La Suisse	
7. L'EAPH	
III. La situation en France	p 17
1. Un peu d'histoire	
2. L'entraide ordinale	
3. Les dispositifs d'aide français	
B - MATERIEL ET METHODES	p 21
C - L'HISTORIQUE DU LANCEMENT DE PROJET EN RHONE-ALPES	p 23
I - Mars 2010, le colloque à Lyon	p 23
1. L'état des lieux	
2. Les enseignements tirés du colloque	
II - Juin 2010, la concertation	p 25
III - Octobre 2010, établir un langage commun	p 26
IV - Janvier 2011, une alliance	p 27
V - Juin 2011, la proposition finale sous l'égide de RESTIM	p 27
1. Les éléments du projet	
2. Les zones de perfectionnement	
3. Le coût	
VI - Un nouveau projet	p 28
D - LA NAISSANCE DU RESEAU ASRA	p 30
I - Le concept	p 30
1. Le principe	
2. Le nom	
II - L'aspect législatif	p 30
1. Un montage régional	



2. Le bureau et le conseil d'administration
3. Les aspects juridiques et financiers du dispositif
4. Les statuts et règlements intérieurs
5. Les mutualisations

---

III - L'aspect pratique p 33

1. Les système d'appel
2. Le back office
3. Les personnes et institutions ressources
4. Le bilan d'activité
5. La communication
6. Le bilan comptable
  - a. Les dépenses
  - b. Les ressources
  - c. Le bilan en pratique
7. Les enseignements tirés de l'activité
  - a. La gestion des hospitaliers
  - b. Action de prévention primaire

---

E - LES CONFRERES DE SOUTIEN p 43

---

I - L'enquête p43

1. Qui sont-ils ?
2. Leurs motivations
3. Leurs avis sur les procédures d'ASRA
  - a. L'appel téléphonique
  - b. La complétude du tableau d'astreinte
  - c. Les modalités de prise en charge
  - d. Le compte rendu d'écoute, sur la forme
  - e. Le compte rendu d'écoute, sur le fond
4. Formation du médecin de soutien ASRA
5. Indépendance et confidentialité
6. Leur vécu général d'ASRA à l'issue de quatre années

---

II - Leurs formations p 50

1. La problématique des médecins en difficulté
2. Les principes de l'écoute active
3. Gestion de la crise et de l'urgence
4. Approche comportementale et cognitive de la relation d'aide
5. Autres thèmes abordés

---

F - LES SITUATIONS p 55

---

I - L'épuisement p 55

1. La relation médecin/patient
2. Un manque de reconnaissance

II - Les relations conflictuelles	p 60
1. Un choc émotionnel	
2. Une discrimination	
III - Les problèmes psychiatriques	p 63
1. Un syndrome anxieux généralisé	
2. La compliance des patients	
IV - Les difficultés financières	p 65
1. Une hospitalisation	
2. Des problèmes de santé	
V - Un besoin de parole, d'écoute	p 67
1. Une oreille indépendante	
2. Un avis	
VI - En quête d'un soutien	p 68
1. Un malaise identitaire	
2. Un soutien entre pairs	
G - DISCUSSION	p 73
I - Les points positifs du réseau	p 73
1. L'entraide	
2. La confidentialité, l'anonymat et la neutralité	
3. L'aptitude	
4. L'élargissement des frontières	
5. Le financement	
6. Les mutualisations	
II - Les limites du réseau	p 75
1. Une diffusion de l'information insuffisante	
2. Le suivi	
3. Le problème de l'ingérence	
4. Le dépistage des addictions	
5. Une prise en charge physique	
III - L'intérêt global des réseaux de soin destinés aux soignants	p 76
1. Le DIU Soins aux Soignants	
2. Le retour sur investissement	
CONCLUSION	p 80
BIBLIOGRAPHIE	p 82
ANNEXE 1 - CHARTE ETHIQUE et CHARTE D'ENTRAIDE	p 86
ANNEXE 2 - BILAN GRAPHIQUE DE 2016	p 89
ANNEXE 3 - CARTE ASRA	p 92
ANNEXE 4 - L'ENQUETE	p 93

## **ABREVIATIONS**

AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins libéraux

AFEM : AideS aux Familles et Entraide Médicale

APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

ARS : Agence Régionale de Santé

ASRA : Aide aux Soignants de Rhône-Alpes

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

CROM RA : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Rhône-Alpes

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

FAS : Fonds d'Action Social

FMC : Formation Médicale Continue

GPM : Groupe Pasteur Mutualité

IMG : Interne de Médecine Générale

MOTS : Médecin Organisation Travail Santé

PAIMM : Programme d'Aide Intégrale aux Médecins Malades

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

URCAM : Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## INTRODUCTION

Depuis le début de l'année 2016, 112 médecins se sont suicidés, selon le docteur Marie Pezé, lors des Journées nationales de médecine générale, qui ont lieu à Paris le 30 septembre 2016. L'épuisement professionnel ou burn out touche, à des degrés divers, environ 40% des médecins au cours de leur carrière (1) (2) (3).

Les difficultés rencontrées par les médecins sont légion. Le facteur le plus communément admis est sociétal : une surcharge de travail, une baisse de la démographie médicale, le vieillissement de la population et une certaine société de consommation de soins. Le second facteur est culturel cette fois-ci : la culture médicale peut favoriser ces difficultés par la pression intense qu'elle exerce pour que ses membres reflètent une image d'invulnérabilité, de contrôle et de compétence. Le troisième, plutôt politique : les politiques en matière de santé semblent concentrer leurs efforts en vue de l'atteinte d'un triple objectif : améliorer la qualité des soins, améliorer l'accès à ceux-ci et réaliser le tout au moindre coût.

Il est également question de hiérarchie. A l'hôpital, cela semble logique. Les tensions pour le médecin sont similaires à celles d'un autre salarié. En revanche, "*à première vue, un travailleur autonome ne devrait pas accumuler les tâches au point de s'épuiser*" (4). Le médecin libéral, pourtant, le fait. Un des avantages des médecins libéraux, être son propre patron, est une véritable chimère. "*Un tel médecin n'a pas zéro ou un mais trois patrons*" (4), selon Michel Vézina, ancien directeur de la santé publique de Québec. Trois patrons qui déterminent sa charge de travail et son comportement.

*"Le premier patron, c'est lui-même. Le médecin fait partie d'une élite, lui dit-on à son entrée à l'université. Dès l'adolescence, il a travaillé fort pour décrocher les bonnes notes lui permettant d'accéder aux études de médecine. La médecine est à ses yeux plus qu'un job, c'est une vocation. Ce n'est pas juste une question d'être obsessif compulsif ou trop perfectionniste, précise Michel Vézina. Le médecin est consciencieux parce qu'il travaille avec la vie des gens et ne veut donc pas faire d'erreur"* (4). De plus, comme le fait remarquer le président du Collège des médecins du Québec, le docteur Charles Bernard, le médecin a accepté sous serment de se dédier à ses patients.

*"Son deuxième grand patron, c'est la corporation"* (4), les collègues et les institutions (Ordre, Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)). Le médecin ne fait rien qui va à l'encontre des règles du métier. Il ne peut enfreindre les normes de bonne pratique, sous peine d'être exclu du groupe.

*"Son troisième grand patron, c'est la société"* (4), ou la patientèle. L'imaginaire collectif a des attentes très élevées par rapport à ses capacités. "*Puisque c'est lui qui détient le pouvoir de guérison, le médecin se présente au travail même malade. C'est ce qu'exige la société de lui*", (4) conclut Michel Vézina.

Les conséquences de toutes ces différentes difficultés, rencontrées sur le long terme, peuvent être également multiples, non systématiques loin de là, évidemment personne-dépendante, mais non moins très inquiétantes, et heureusement réversibles. D'après l'étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Bourgogne (1), 33 % des médecins interrogés reconnaissent avoir tendance à ne plus voir leurs patients comme des

personnes (dépersonnalisation). Les médecins s'estimant en difficulté consomment plus d'alcool, de tabac, consomment plus de médicaments et partent moins en vacances. Et enfin le constat terrifiant de 2003, masqué pendant quelques années : le suicide représentait 14% des causes de décès des médecins libéraux en activité (5). Selon Martine Pacault-Cochet du Groupe Pasteur Mutualité (GPM), *"dès lors qu'il ne se sent plus apte à exercer, le soignant ne se sent plus digne d'exister"*(6). Comment expliquer que le bien-être de ceux qui doivent prodiguer des soins de première qualité ne soit jamais pris en compte ?

Le sentiment d'être épuisé par son travail peut durer des années. Les médecins attendraient en moyenne huit ans avant de consulter, peut-être par négligence, par manque de temps et/ou en raison de toute une série de «barrières psychologiques », avec en tête de liste, la peur de déranger un collègue, surtout pour des symptômes qui pourraient être jugés futiles ou peu spécifiques, ainsi que la crainte que leur autodiagnostic soit erroné.

*"Chez les médecins qui savent tenir le burn out à distance, on trouve une caractéristique commune"*, note Sandra Roman, médecin conseil au Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) (4) : *"beaucoup de soutien entre collègues. Ça veut tout simplement dire parler et s'entraider."* La première aide c'est donc d'abord l'écoute, le conseil, le soutien moral et psychologique. *"Un pair pourra en miroir faire alliance et percer le mur de l'incommunicabilité"* (6), selon la responsable Action sociale du GPM.

Une étude du docteur américain Shanafelt (7) a étudié un groupe de 80 médecins, ensuite divisé en trois, chacun ayant passé le test Maslach. Le premier groupe a travaillé normalement. Le deuxième a eu une pause d'une heure par semaine, pour faire des tâches administratives ou ne rien faire. Dans le troisième et dernier groupe, six à huit médecins se réunissaient une heure par semaine, avec un animateur, autour de thèmes sensibles touchant la profession. Le taux d'épuisement professionnel a légèrement augmenté dans le premier groupe, a diminué dans le second et a connu une diminution encore plus marquée dans le troisième groupe. Pour ce dernier, l'effet persistait un an après l'arrêt de l'étude.

Il paraît donc évident qu'il faille multiplier et faire connaître davantage les réseaux d'aide aux médecins en difficulté. Cette culture de l'invincibilité sous-tend une honte à consulter, un besoin d'auto-prescription pour masquer un problème aigu, chronique, problème qui peut représenter, pour certain, une faille, une ombre sur l'image non froissée du médecin. D'après de multiples études, 80 à 90% des médecins sont leur propre médecin traitant. En parallèle d'une médecine préventive, il semble important d'avoir des réseaux de première ligne à visée d'écoute et de soutien entre pairs. *"Être écouté, validé dans ce que l'on vit, c'est déjà une première étape de franchie"*, selon un médecin du PAMQ (4).

Ma jeune expérience de remplaçante m'a déjà permis d'être confrontée aux difficultés des médecins. Il est difficile d'en faire autrement par les temps qui courent, mais en ayant choisi des remplacements semi-ruraux, dans une région peu convoitée par les jeunes médecins, j'ai effectivement pu rencontrer (peut-être plus que si j'avais choisi une grande ville) quelques médecins fatigués, non pas tant de leur exercice, mais des conditions dans lesquelles ils évoluent (surcharge de travail, charge administrative et financière, problème de secrétariat...). La démographie médicale dans le Chablais fait l'objet d'une descente vertigineuse. Sans doute plus ou moins comparable à celle d'autres régions dépourvues de

grandes villes, et en partie due à la réduction du numerus clausus, me disais-je, je ne cherchais pas plus loin la cause de cette baisse, et je n'écoutais pas mon ressentiment : la médecine libérale, c'est beau, mais quand on s'installe, cela peut être également, difficile. D'où la proportion la plus importante de 41.9% des nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre en 2013 en médecine générale représentée par les remplaçants (8). 33.4% ont choisi le salariat et seulement 20.4% le libéral. Le grand tabou du médecin à bout est bien tu dans la société mais transpire au sein de la communauté médicale.

Je ne m'y suis penchée que suite au choc ressenti à la lecture d'un mail nous apprenant le décès par suicide d'un médecin de la communauté médicale du Chablais, très investi dans les projets avec les internes, dans une maison de santé pluridisciplinaire, dans la vie associative et sportive de la région, et apprécié de tous. J'avais remplacé ce médecin à plusieurs reprises.

Suite à une discussion avec un de ses confrères du cabinet, j'en ai pris la mesure. Si la médecine générale libérale rencontre des difficultés, des améliorations sont possibles. Les médecins ne sont pas forcés de subir leur exercice. Des solutions existent pour adoucir l'exercice. Nous sommes encore lâchés sans filet ; nous apprenons avec l'expérience, mais pour les plus jeunes, comme pour les plus âgés, il est important que des mesures soient prises progressivement pour faire changer les habitudes.

Avec l'aide d'un de ses anciens associés, nous avons voulu mettre en place à l'échelon local une consultation de médecine préventive. Bien que tous les médecins du Chablais n'aient pas été interrogés lors d'une précédente étude (9), il en ressortait déjà que les libéraux des deux Savoie et de l'Isère étaient favorables à un système de prévention comme de soins. Il fallait donc avancer dans le projet au lieu de les réinterroger, et se mettre en quête de construire ce réseau de soin.

Dans un premier temps, la nécessité était d'avoir recours aux structures déjà mises en place et d'analyser leurs forces et leurs faiblesses, comme il m'a été permis de le faire avec le réseau ASRA (Aide aux Soignants de Rhône-Alpes). Ce réseau est pionnier dans sa forme comme nous allons le voir.

Après une rapide description du contexte national et international dans lequel ce réseau est apparu, un historique des différentes phases du processus de construction est présenté avant de décrire le fonctionnement du réseau en lui-même. Il s'ensuit la présentation des principaux résultats d'une étude sur le ressenti des confrères de soutien à propos de leur vécu au sein du réseau, ainsi que leurs formations. Pour finir, quelques situations rencontrées sont décrites et analysées.

## **A - LE CONTEXTE**

*"Toute relation de soin contient une souffrance."(10)*

A l'occasion du colloque "Vulnérabilité et Souffrance du soignant", organisé par le Groupe Pasteur Mutualité, le 4 décembre 2008, à Paris, une étape importante de la prise de conscience à propos du mal-être des médecins français est franchie.

### **I - Le colloque « Vulnérabilité et Souffrance du Soignant », décembre 2008**

#### **1. Le paradoxe**

*"En même temps que la pratique médicale, le rapport médecin-patient a évolué, mais sans que personne ne prenne conscience des conséquences : le regard du souffrant pour celui qui sait tout, a fait place à l'exigence de l'usager à l'égard du prestataire de soins". Ce prestataire de soins qui s'est malgré tout forgé une ligne de conduite astreignante : « faire de la qualité, du zéro défaut, et en même temps réduire les coûts, être inattaquable, poli, disponible, compatissant... » comme le résume le professeur Marc Berthel, professeur de gériatrie Université Louis Pasteur, Strasbourg (10). Avec un désir de soigner qui peut parfois annihiler sa capacité à pouvoir se détacher de certaines choses. "La maladie, et en particulier la maladie chronique, est un échec. Ne pas guérir, de l'aveu du soignant, est toujours un aveu d'impuissance. Ne pas souffrir est envisagé comme un droit exigible du sujet, voire comme un devoir imposé aux soignants", explique Corinne Pieters, professeure de philosophie, Université Paris V (10), qui y voit l'expression du mal-être des soignants. Elle en tire un paradoxe : "le malade accepte de moins en moins d'être malade et le soignant se sent de plus en plus coupable de ne pas guérir". Seulement, l'on oublie que les médecins sont liés par une obligation de moyens et non de résultats. Ainsi notre exigence devrait être celle de la prise en charge, des soins, et non de la guérison, comme l'explique Mme Pieters.*

#### **2. Les conséquences**

Dues à ces considérations du médecin super héros, et à l'image idolâtrée du droit à la santé, on estime que 14% des causes de décès des médecins libéraux en activité seraient liées à des suicides contre 6% au niveau national (5). C'est le taux le plus élevé de toutes les catégories socio-professionnelles libérales.

42% des invalides à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), en 2015, le sont pour des raisons de maladies psychiques ou d'addiction (11).

Cette culture du métier comporte encore des éléments d'invulnérabilité et de performance à vie. *"Un médecin qui fait une crise cardiaque reçoit des fleurs de ses collègues qui viennent le voir à l'hôpital, illustre le Dr Michel Vézina (4). Celui qui souffre d'épuisement professionnel n'aura ni visite ni fleur"*.

A partir du début des années 2000, les études successives sur la santé des médecins français, mettent en évidence l'usure de la profession, les vices, les difficultés, l'absence de prévention, de prise en charge, et la spécificité du médecin malade. D'autres pays s'y sont penchés quelques années auparavant.

## **II - Les expériences étrangères**

Depuis 1990, des projets et des institutions fleurissent à travers le monde pour prendre en charge correctement et spécifiquement les médecins en difficulté.

### **1. Le Québec**

L'initiative revient au Québec, avec le PAMQ, le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (12). Il s'agit d'un organisme autonome, gratuit, à but non lucratif (financé par les associations médicales du Québec et les collèges de médecins), qui propose de prendre en charge les praticiens en difficulté : épuisement au travail, problème de santé mentale, troubles affectifs, addictions. Le service est également ouvert aux familles. Le PAMQ est composé de médecins conseils, au bout d'une ligne téléphonique, adeptes du caring ("neutralité bienveillante"), et de personnes ressources. La confidentialité est de mise. En 2014, la totalité des demandes d'aides (première demande ou renouvellement de demande) a été de 1372, nombre en constante augmentation depuis 2011 (1043 demandes totales cette année), malgré un programme de prévention primaire très abouti.

### **2. Les Etats Unis**

En 1990 également, sur une initiative de l'American Medical Association, la Federation of State Physicians Health Programm (FSPHP) (13) proposait le soin et la réadaptation de médecins en difficulté, notamment lors de maladies psychiatriques ou lors d'addictions.

### **3. L' Espagne (Catalogne)**

En 1998, c'est le modèle catalan, premier modèle européen, qui apparaît : un programme intégral de soins, pour les médecins en activité, souffrant de maladies mentales et/ou de troubles liés à la dépendance de l'alcool et/ou d'autres substances (14). Depuis sa création, la fondation Galatea du conseil de l'Ordre des médecins de Catalogne, qui gère la structure, a permis d'ouvrir de nombreux lits avec en 2007, la fondation d'une clinique Galatea



comprenant 22 lits d'hospitalisations et 15 lits d'hospitalisations de jour. Son but est d'atteindre la réhabilitation des souffrants, leur obligation déontologique, en passant par un contrat thérapeutique entre médecins-malades et tuteur ordinal ou thérapeute. Les subventions sont assurées par l'Ordre de Catalogne pour 20% et le gouvernement de Catalogne pour 80%. La confidentialité est garantie par un changement de nom, dès la prise en charge. A la différence du système français, parmi les obligations déontologiques, on trouve l'obligation de signalement confraternel.

#### **4. L'Angleterre**

En 1999, la British Medical Association (15) a mis en place un service de conseils téléphoniques 24h/24 et 7j/7, accessible à tous les médecins et étudiants en médecine, mais qui se limite à une écoute et un soutien dans les pathologies liées au burn out et aux dépendances.

#### **5. L'Australie**

En 2000, le Royal Australian College of General Practitioners lance son projet intitulé Victoria Doctor's Health Project (16). Il propose de l'aide pour les problèmes liés à l'alcool, aux drogues et à la dépression. Récemment en 2013, il a sorti des recommandations (17) de prévention primaire, secondaire et tertiaire en vue de promouvoir une meilleure santé globale des "GP". En tête de leur check list, on peut y lire que tous les médecins doivent avoir un confrère traitant ; qu'une meilleure santé physique et mentale pour soi même améliore les soins pour les patients et est bénéfique pour la santé de sa propre famille. Les vices de nos médecins français concernant leur santé sont donc internationaux.

#### **6. La Suisse**

Remed (18) est un réseau de soutien pour les médecins en situation de crise. Après une prise de contact par téléphone ou par mail, un membre de la direction médicale donne une réponse dans les 72h. Expérimenté au départ dans deux cantons, à partir de 2007, il s'est ensuite extrapolé à l'ensemble de la Suisse. Son objectif est la promotion de la santé ainsi que la préservation de la capacité de travail des médecins. Une de leurs principales méthodes d'action est le coaching, le mentorat, très prisé de l'autre côté de la frontière lémanique. Mais Remed peut également adresser le médecin appelant vers d'autres réseaux de soutien ou vers un spécialiste ambulatoire ou hospitalier. Cette organisation est financée par la Fédération des Médecins suisses (FMH), qui n'a cependant aucun droit de regard sur les dossiers des médecins faisant appel à Remed.

## 7. L'EAPH

L'association européenne pour la santé des médecins (European Association for Physician Health) (19) qui a des partenaires anglais, espagnols, français, norvégiens et allemands, oeuvre pour bâtir un réseau européen sur ce sujet, permettant d'élever le niveau de soutien accordé aux médecins en difficulté.

### III - La situation en France

#### 1. Un peu d'histoire

Pour tenter de retrouver les fondements de la solidarité et de la confraternité du corps des médecins en France, il faudrait se rendre au XIXe siècle. En effet, afin de "*secourir les médecins tombés dans l'infortune et fortifier la profession*" (20), la confraternité professionnelle et l'esprit d'entraide, par le regroupement d'associations départementales créées à cette fin, permettent la naissance le 31 août 1858, de l' "Association Générale de prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France", dont le premier président, le professeur P. Rayer fut nommé par Napoléon III ; ceci, avant même les bases d'un projet législatif d'un futur Conseil de l'Ordre (1923, et création du Conseil de l'Ordre actuel en 1945).

La Commission Nationale d'Entraide a ensuite été créée par le Conseil National de l'Ordre, selon le Code de Santé Publique : article L4121-2 « *l'Ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes, et celui des sages-femmes peuvent organiser toute œuvre d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droits* ».

#### 2. L'Entraide Ordinale

Au niveau national :

Aujourd'hui, les situations pour lesquelles l'entraide ordinale entre en jeu sont multiples et variées : la baisse de revenus (maladie, divorce, suspension d'exercice), les décès brutaux, le surendettement, l'imprévoyance, les statuts de précarité et autres. Les situations nouvelles sont régulières, surtout compte tenu des modifications sociétales notables.

Au niveau départemental :

L'entraide ordinale est financière mais également morale, avec en première ligne d'intervention, les conseillers départementaux et régionaux. C'est à eux que revient la lourde tâche d'informer et de prévenir des différents écueils auxquels un médecin peut faire face. C'est également à ce niveau départemental que les premières écoutes, les premières aides, les premières prises en charge sont réalisées.

La commission d'entraide départementale qui avait pour rôle d'apporter une aide financière ponctuelle ou pérenne, une assistance juridique dans les surendettements, devient la cellule de veille confraternelle avec un rôle élargi d'action sociale. A vocation de véritable compagnonnage, celle-ci est vecteur de messages encore trop peu diffusés, de recommandations peu appliquées en particulier sur la vulnérabilité de la profession, la prévoyance, la maladie des soignants, ses dépendances, ses addictions, l'épuisement professionnel, mais aussi les violences aux soignants, la conciliation des conflits de non confraternité....

### 3. Les dispositifs d'aide français

) Le premier dispositif d'aide a vu le jour en France en 2004, avec l'AAPML (Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux) (21), créée par le professeur Eric Galam. Il s'agit d'une plateforme nationale de réception d'appel téléphonique, anonyme, 24h/24 et 7j/7, qui s'adresse à l'ensemble des soignants français. Les appels sont réceptionnés par des psychologues cliniciens, appartenant à la société PSYA, rôlés à repérer les signes de burn out et d'épuisement professionnel. Leurs particularités, en appartenant à cette société, est de "*savoir écouter l'autre tout en gardant une distance et une neutralité bienveillante*" (21). L'orientation, si nécessaire, se fait vers des psychologues libéraux formés pour les soignants et la prévention des risques psychosociaux en entreprise, appartenant à PSYA ou vers des réseaux de prise en charge pour les victimes ou encore vers un réseau de personnes ressources. C'est une association loi 1901 dont les partenaires institutionnels sont l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la Fondation de France et le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) Ile De France. Le budget est de 10 000 euros par an, de cotisations par l'URPS. Le 11 septembre 2014, l'AAPML a été reconnu comme un organisme d'intérêt général à caractère social par l'administration publique.

) L'Association pour la Promotion des Soins des Soignants (APSS) (22), née de l'association entre la CARMF et le CNOM, en juillet 2009, tente, de son côté, d'offrir des structures d'hospitalisation pour remédier aux problèmes des médecins en difficulté. La CARMF avait noté une augmentation de malades en indemnités journalières, une chronicisation des prises en charge, et de nombreuses invalidités. A l'instar d'autres pays, il apparaissait nécessaire de créer des structures de soins pour aider ce patient pas comme les autres, pour "*soigner fort et vite*", selon le docteur Colson du CNOM. Un contrat thérapeutique a été créé, faisant le lien entre le médecin malade, le thérapeute et un parrain issu du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. La CARMF et le patient ont un intérêt dans ce contrat thérapeutique lors d'hospitalisation : soins validés, parcours accepté et sécurisé, prise en charge précoce des indemnités journalières dès le premier jour en hospitalisation, aide de la CARMF jusqu'à la reprise de l'activité. L'APSS passe par une centrale d'appels téléphoniques, 24H/24, anonyme, puis oriente les médecins vers des "*doctor's doc*", et délocalise les hospitalisés vers des établissements validés.

) MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) (23), association loi 1901 créée en 2010, assure des consultations confraternelles d'aide et de soutien aux médecins en difficulté professionnelles ou personnelles, qui sont réalisées par des médecins compétents en ergonomie et santé au travail. Après un appel téléphonique, le médecin appelant reçoit un questionnaire à items d'autoévaluation : le guide pratique d'analyse ergonomique et psychosocial de son exercice. S'ensuit une rencontre unique ou répétée avec un médecin du travail, salarié de MOTS, avec recherche directe de solutions pour mieux s'organiser. Si nécessaire, le médecin appelant peut être redirigé vers un autre réseau de personnes ressources. Cette assistance permet de prévenir l'épuisement professionnel en aidant les praticiens demandeurs à retrouver des conditions favorables à leur épanouissement professionnel et personnel. Les subventions proviennent essentiellement des cotisations de ses membres, de l'aide financière du CNOM, des subventions de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics. En 2014, le prix de la meilleure action de prévention du Grand prix du Généraliste fut remis à l'un de ses fondateurs.

) IMHOTEP (24) qui n'a duré qu'un an (2011) pour des raisons d'insuffisance budgétaire, était le premier service français de médecine préventive à destination des médecins libéraux de Haute Normandie. Le principe de fonctionnement était qu'un médecin salarié par IMHOTEP, recevait les médecins libéraux à leurs demandes dans des locaux de médecine du travail inter entreprises, loués par l'association IMHOTEP, pour des prises en charges à type de prévention (évaluation des facteurs de risques personnels et professionnels de santé, dépistage et surveillance périodique de la santé), ou pour des problèmes bien précis (aide à l'orientation diagnostique et thérapeutique, aide psychologique avec orientation possible vers des personnes ressources). Les subventions provenaient de l'Ordre des médecins, de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et de l'adhésion annuelle (pour une ou plusieurs consultations) des médecins consultants, à hauteur de 70 euros par médecin. Le possible recours au "*docteur Imhotep*" est dans les têtes de beaucoup de médecins de Haute Normandie, bien que cette association soit en sommeil depuis 2012.

) Des consultations de prévention et d'évaluation de l'épuisement professionnel sont disponibles sur l'ensemble du territoire, depuis décembre 2012 (25), pour les adhérents du Groupe Pasteur Mutualité. Nommées consultation "Souffrance du soignant", elles sont menées par 40 médecins spécialement formés à la détection et au traitement de ces symptômes. La première consultation est prise en charge par le GPM.

) Dernièrement, en juin 2015, une consultation de médecine préventive à destination des médecins libéraux et hospitaliers de la région du Gard, a ouvert ses portes. "Inter.Med, prendre soin du soignant", répond aux exigences de la profession, en matière de respect du secret médical, d'indépendance des instances, et d'absence de notion d'aptitude au travail.

) Dans la région Centre, des ateliers intitulés « Prévention de l'épuisement professionnel et amélioration des conditions d'exercice » sont mis en place sous l'égide de l'Union Régionale des Professions de Santé (URPS)-Médecins Libéraux, animés par des encadrants et des experts de qualité, répondant aux inquiétudes d'une douzaine de personnes maximum par atelier(26).

) Le Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne a créé à l'été 2015 une cellule d'écoute et de médiation, à destination des médecins, baptisée également Inter-Med (27), a priori sans lien avec la consultation du Gard. "Quatre niveaux d'interventions ont été définis" selon le professeur François Lang, psychiatre et coordonnateur au sein de la cellule. Dans un premier temps, Inter-med écoute et oriente le confrère après un entretien ; il entame une médiation en cas de conflit entre deux collègues, et si ce conflit perdure Inter-Med peut organiser une conciliation. Ensuite, il est prévu un niveau d'arbitrage, non encore utilisé à ce jour.

) L'établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la vallée de l'Arve a mis en place des entretiens (27) avec les nouveaux *arrivants* "3 à 6 mois après la prise de poste pour favoriser l'échange et la communication et accompagner le nouveau praticien dans son intégration" selon la directrice des ressources humaines et des affaires médicales de l'EPSM. Cet entretien durerait entre 1h30 et 2h et reprendrait les points qui ont facilité son intégration, ou au contraire, qui l'ont mis en difficulté, ainsi que les relations avec l'équipe soignante, et ses suggestions pour améliorer le système...

Les structures en France et dans différents pays se sont développées dans le domaine de la prise en charge du médecin en difficulté démontrant par là même l'existence et la réalité des problèmes. La profession médicale est l'une des plus exposées au syndrome d'épuisement professionnel. Les résultats sont au rendez-vous. La Norvège est passée d'un facteur de surexposition au suicide chez les médecins de 2.20 à 1 (28). Le système français, quant à lui, a pris un retard considérable.

## **B - MATERIEL ET METHODE**

L'idée originale de cette thèse était la mise en place d'un réseau de soin, à but de médecine préventive, au sein du Chablais. Nous nous intéressions donc à la problématique générale de la santé des soignants et non à l'épuisement professionnel exclusivement. Pour diverses raisons, ce projet a été remis à plus tard, et ce travail s'est orienté vers la description d'un réseau régional existant, le réseau ASRA.

Il s'agit donc d'une thèse descriptive, analytique du fonctionnement d'un réseau.

Le CROM Rhône-Alpes (CROM RA) m'a autorisé à récupérer l'ensemble des comptes rendus de réunion des différents groupes de travail, ayant permis le montage et le fonctionnement de la structure actuelle. Tous ces documents ont ensuite été analysés.

L'enquête sur le groupe des confrères de soutien a été faite à partir de la diffusion, à l'ensemble des 36 membres, d'un questionnaire par voie électronique, courant avril 2016, par le secrétaire du réseau, le docteur Navette, à l'occasion de son travail de validation du Diplôme Inter Universitaire "Soin aux Soignants". Une relance par l'envoi du questionnaire sous forme papier, par la voie postale, cette fois, a été faite début juin 2016, à ceux qui n'avaient pas encore répondu. 27 réponses ont été collectées, soit 75% de répondants. Ce travail rejoignant totalement ce que je pouvais faire de mon côté pour faire une analyse d'un des piliers du réseau, l'on m'a proposé de reprendre pour cette thèse, les résultats obtenus. L'enquête permet de relever les opinions des médecins de soutien sur différents sujets : leurs motivations, leurs avis sur les procédures d'ASRA et leur vécu général. L'auteur propose une réponse sous la forme d'une échelle de Lickert pour chaque proposition qu'il fait.

Les situations décrites sont tirées du tableau récapitulatif des appels, que remplit la secrétaire du réseau ASRA, suite aux notes fournies par les confrères de soutien. Ceux-ci ont pour forte recommandation de transcrire le contenu de leurs appels téléphoniques avec les médecins appelants. Ils y inscrivent, selon les informations qu'ils ont pu avoir de la part du médecin en difficulté, leur sexe, leur âge, leur spécialité, et souvent leur fonction hospitalière ou non, ainsi que le département où celui-ci exerce. Si l'appelant n'est pas le médecin en difficulté, il est prévu de le noter également, ainsi que la qualité de leur relation. Vient ensuite le motif du contact avec le réseau ASRA. Dans cette partie, la plupart des confrères de soutien notent, de manière plus ou moins exhaustive, toutes les informations délivrées en lien ou pas avec le problème rencontré. De la situation familiale et/ou professionnelle, aux antécédents médico-psychologiques, à l'état de santé physique et psychologique et parfois à la qualité du bouclier assurantiel, tout peut être entendu et noté selon leur propension à se (dé)livrer. Une huitième colonne du tableau porte sur l'aide apportée par le confrère de soutien du réseau ASRA : des conseils généraux sur la conduite à tenir ; des coordonnées de contact ressource ; des recommandations de prendre contact avec telle ou telle personne de l'entraide de tel ou tel département... Dans bon nombre de cas, le confrère de soutien fait le lien directement avec le confrère ou l'institution ressource, avec l'accord du médecin en difficulté, en exposant les problèmes. C'est alors souvent le référent ressource qui rappelle l'appelant, en lui proposant un rendez-vous rapide. Cette façon de procéder peut être bien appréciable par certains appelants qui ont déjà de la peine

à initier leur demande d'aide. A la suite de cette description de l'aide apportée, parfois, il y est noté les éléments du suivi, collectés soit par les confrères de soutien qui rappellent leur confrère en difficulté, en fonction de leur accord, soit par les confrères ressources qui souhaitent donner quelques informations. Ce dernier récapitulatif de suivi par les confrères ressources est finalement rare, car ils sont soumis au secret professionnel. Il s'agit encore une fois, d'un accord avec le médecin concerné. Enfin pour terminer, une dernière colonne du tableau indique s'il s'agit d'un échange de mail ou d'une conversation téléphonique, et pour cette dernière modalité, le temps passé avec le confrère appelant.

Pour pouvoir analyser l'adéquation du mode de fonctionnement du réseau et des éléments apportés aux besoins des médecins en difficulté, il aurait fallu faire une enquête de satisfaction, comme initialement imaginé, en les rappelant afin de savoir si ces réponses, ces orientations étaient conformes à leurs attentes en ayant recours à ce réseau. Pour de multiples raisons éthiques, déontologiques et pratiques, le bureau d'ASRA a mis une objection à la réalisation d'une enquête de la sorte. On peut éventuellement le regretter quand on sait que la plupart des confrères qui ont eu recours au réseau sont reconnaissants de la démarche de suivi dont certains confrères de soutien font preuve quand ils s'enquérissent de leur santé, et de leur mieux-être. On observe d'ailleurs que le nombre de confrères souhaitant garder l'anonymat ne dépasse pas un à deux par an. Cependant, il est à noter qu'au moins un cas, et peut-être non isolé, n'a pas apprécié cette démarche de suivi, et s'est offusqué en interprétant cela comme une levée du secret médical. De même, dans une institution d'aide, reconnue, comme SOS Amitiés, il n'y a pas de rappel des appelants, prévu par les codes de l'association et ceux-ci sont même défendus.

## **C - HISTORIQUE DU LANCEMENT DE PROJET EN RHONE ALPES**

Dans les suites du colloque de Paris, le CROM RA, sous l'impulsion de son président le docteur Georges Granet, décide de passer à l'action, conscient des enjeux, en terme de santé publique. Il souhaite mettre en place une expérience pilote en Rhône-Alpes. Il prépare alors un nouveau séminaire pour sonder les esprits, diffuser cette réalité et avancer vers des propositions.

La préparation de ce colloque rhône-alpin fait éclore l'idée d'un service de médecine préventive, plutôt dédié au secteur libéral, d'accès volontaire ou incitatif, avec des consultations par un médecin du travail habilité et selon un montage indépendant des institutions ordinaires, syndicales ou des caisses d'assurance maladie. L'idée d'un service d'accueil téléphonique ou via Internet émerge également en parallèle.

En attendant la réalisation de ces éventuels projets, le CROM RA incitait déjà à l'orientation vers des confrères non ordinaires, de toutes spécialités, rompus à l'approche médicale du soignant malade.

### **I - Mars 2010, le colloque à Lyon**

#### **1. Un état des lieux**

Le colloque du 25 mars 2010, « La souffrance du Soignant, Savoir se protéger », fait le point sur cet état de prise de conscience. Organisé à Lyon, par le CROM RA et le CDOM du Rhône, de nombreux spécialistes du soin aux soignants interviennent.

12% des médecins vont très mal selon le professeur Galam, qui insiste sur la nécessité de démystifier ce dogme du "Saint médecin sain", en libérant la parole, en enseignant les spécificités de la prise en charge du médecin malade.

Selon le docteur Léon, orateur, l'entraide nationale a vu son nombre de demandes de dossiers augmenter de 23% en 2009. Il insiste sur la carence de l'éducation des futurs confrères.

Le professeur Carayon fait état de 5 à 10% des médecins souffrant d'addictions dont 70% liées à l'alcoolisme. Aucune structure n'est dédiée à ce problème en France mais quelques accueils spécifiques dans des structures d'addictologie sont possibles et quelques projets sont à naître.

L'état des lieux de l'Association pour la Promotion des Soignants est fait par le docteur Colson. L'ambition de l'APSS est de donner un label aux établissements de soins dédiés aux médecins malades.



Faisant écho aux spécialités françaises, le docteur Artéman parle de son Programme d'Aide Intégrale aux Médecins Malades de Catalogne, le PAIMM. Créé en 1998, celui-ci est dédié aux médecins malades, en activité, avec des problèmes mentaux, et/ou une dépendance à l'alcool et/ou aux médicaments psychoactifs. Il prône l'accès volontaire mais pour 5% des patients, les demandes d'accès ont été faites par la hiérarchie ou des confrères, de la famille, voire même par la plainte de citoyens pour 1%. Depuis sa création jusqu'au 30 septembre 2010, 2340 médecins ont été traités. Ses caractéristiques principales sont la confidentialité (changement de nom du souffrant), la gratuité des soins pour les médecins inscrits en Catalogne, et l'engagement par un contrat thérapeutique.

## 2. Les enseignements tirés du colloque

Il est maintenant admis que les difficultés des médecins peuvent éventuellement retentir sur la qualité de leurs soins. Selon un médecin interrogé dans une émission radiophonique (29) *"un soignant en souffrance n'est pas un excellent soignant, car il pense autant à sa propre souffrance qu'à celle des autres"*. En conséquence, la prise en charge de ces médecins souffrants devient un problème de santé publique. Cependant, il n'est pas du devoir exclusif des pouvoirs publics et des autorités sanitaires de prendre en charge ces problèmes. Il appartient également, à plus petite échelle, celle du corps médical, d'intervenir par le devoir de confraternité qui lie tous les médecins, comme le rappelle Jean Thevenot, président du CDOM 31 : *"Soigner ses patients est naturel, aider à soigner ses confrères devrait l'être autant. Notre devoir d'ingérence et d'assistance est une obligation éthique"*. L'article 56 (30) du code de déontologie médicale a été modifié, en ce sens, en 2014, pour harmoniser les pratiques européennes.

A l'issue de ce colloque, face à ce constat d'urgence des prises en charge des médecins en difficulté, l'intervention des différents orateurs a permis au CROM RA de confirmer, parmi ses actions prioritaires, la mise en place d'un dispositif d'aide aux médecins en difficulté.

La mission de structurer une telle entreprise est revenue au CROM pour permettre une mutualisation des moyens. Il est, de plus, bien au fait de ces situations de plus en plus complexes de part les structures de la Formation Restreinte et de la Chambre Disciplinaire de Première Instance, dont il a la charge.

Il définit alors les étapes pour aboutir à un système de prise en charge, de manière rapide, prévu initialement début 2011 ; la première étant d'informer toutes les structures professionnelles (structure de Formation Médicale Continue, Développement Professionnel Continu, URML, syndicats et Commission Médicale d'Etablissements publics et privés) d'un tel engagement ; la seconde, celle de la formation des intervenants auprès des confrères en difficulté, par des experts en addictologie et/ou dans les problèmes de souffrance au travail des cadres à hautes responsabilités ; et enfin pour finir, celle de définir un plan d'action précis de la prise en charge.

Une des premières idées serait qu'un confrère en difficulté, repéré par une structure ordinale, partenaire (URML, FMC, CME, syndicat) ou de manière volontaire, puisse solliciter ou accéder à une rencontre confraternelle avec un médecin d'une structure départementale, éventuellement accompagné d'un membre de la cellule de veille confraternelle. La situation serait, dans un deuxième temps, soumise à un expert consultant qui ferait des propositions adaptées aux problèmes. En cas de nécessité de soins, le confrère en difficulté pourrait bénéficier de l'accès à un réseau de soignants formés aux spécificités du soignant malade et éventuellement, pourrait accéder à une prise en charge par des spécialistes en gestion de stress, en organisation du travail et en gestion financière. Une hospitalisation dans une structure dédiée serait également possible.

## **II - Juin 2010, la concertation**

En juin 2010, un audit est réalisé auprès des huit conseils départementaux de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes à propos du fonctionnement des commissions d'entraide, avant de les réunir ensemble pour tenter d'harmoniser les pratiques afin de solutionner la problématique des médecins en difficulté.

De cette expertise, il ressortait que cinq départements sur huit avait eu au moins un cas de suicide de médecin dans l'année, et même jusqu'à cinq dans le département du Rhône.

Tous les départements sauf un font état de cas d'addictions.

De même, tous sauf un, connaissent l'existence de cas de syndrome d'épuisement professionnel avec le qualificatif d' "innombrables" pour la Haute Savoie.

Les violences à confrères sont nombreuses dans presque tous les départements.

Les difficultés financières suite à un décès ou à une maladie sont régulières et réparties dans toute la région.

Le mode d'entraide matériel classique est, le plus souvent, une dispense de cotisation (généralement 10 à 15 par an pour chaque département) ainsi que quelques dons et prêts.

La cellule de veille est principalement déclenchée par l'ingérence confraternelle, la demande d'exemption de garde, et éventuellement des arrêts de travail prolongés. Parfois, dans une moindre mesure, celle-ci est alertée par des doléances de patients, ou de structure comme la CARMF.

La gestion de la crise se fait majoritairement par un entretien confraternel avec un ordinal, et parfois par des intervenants extérieurs dont des psychiatres volontaires pour le cas de la Savoie.

Le suivi est parfois organisé par quelques confrères ou une commission dédiée.

Il apparaît que la prévention et l'information au niveau départemental est loin d'être inexistante. Tous les départements réalisent un entretien lors de l'inscription à l'Ordre ;

régulièrement sont édités des articles dans les bulletins départementaux et parfois sur un site internet. En outre, pour cinq départements sur huit, des conseillers ordinaires prennent la parole lors de FMC pour sensibiliser le maximum de confrères.

Pour expliquer l'édifiant constat de l'incidence croissante des confrères en difficulté malgré la mise en place de mesures, il peut être admis que ces mesures sont encore trop récentes et/ou destinées aux plus jeunes des confrères.

Les suggestions de la part des comités départementaux en fin de sondage évoquent le souhait de développer des référents à portée des CDOM en matière d'addiction, de psychiatrie et de sexologie, d'appuyer sur le bouclier de prévoyance et de créer une structure régionale avec au minimum des psychiatres, des addictologues, et des sexologues.

### **III- Octobre 2010, établir un langage commun**

Suite à l'analyse du précédent audit, il apparaît que l'action des commissions d'entraide départementales est très efficace, notamment dans la gestion des problèmes financiers rencontrés par un certain nombre de médecins. Cependant, dans certains cas, ces structures sont insuffisantes (addiction...).

Ce futur dispositif régional aura pour missions principales de repérer les médecins en difficulté, de les aider dans la perspective de maintenir et/ou de restaurer leur capacité professionnelle, avec certains prérequis, tous retrouvés dans les dispositifs d'aide aux médecins en difficulté déjà mis en place, qui sont : confidentialité, secret médical, écoute, compétence des ressources, participation active du médecin malade et réinsertion.

Une réunion des délégués ordinaires des commissions d'entraide a eu lieu après cet audit. Elle est à visée de premier groupe de travail sur la question de la prise en charge du médecin en difficulté. Le CROM RA informe, à cette époque, après un tour d'horizon des structures existantes sur le territoire national (AAPML, MOTS, mutuelle AGMF, APSS, centre d'addiction du Pr Carayon à Besançon), s'être rapproché d'une société commerciale, RESTIM, agence conseil en alcoologie et addictologie en milieu professionnel notamment chez les cadres à haute responsabilité dans l'industrie et dans l'armée.

Il propose de s'appuyer sur les compétences et le réseau de RESTIM via une interface gérée par le CROM ou, éventuellement, de former de manière plus approfondie les conseillers ordinaires aux spécificités de l'addictologie et de constituer un réseau régional rhône-alpin de personnes ressources choisies dans les différents départements.

La réflexion est reportée en octobre 2010, lors d'une réunion-formation à la problématique des addictions et de l'épuisement professionnel, avec des intervenants spécialisés dans ce domaine. Cette réunion tient lieu de séance de travail, sous la direction du fondateur de RESTIM, M. François Nicaise.

Parmi les différents invités, le docteur Eric Hispard, médecin addictologue, médecin de santé au travail, chef de service d'addictologie de Fernand Widal, administrateur de la société

française d'addictologie, résume les facteurs déclenchants d'une conduite addictive ou conduisant à l'épuisement, avant de parler des comportements du souffrant, puis d'évoquer quelques clés pour les repérer et les accompagner.

Tout ceci permet aux différents participants de chaque CDOM d'établir une base commune quant à la problématique des addictions et du burn out chez les médecins.

## **IV - Janvier 2011, une alliance**

Cette réunion conduit à une alliance avec RESTIM, le 12 janvier 2011, sous la forme d'un transfert de compétence au CROM pour former un comité de pilotage (COPI) qui aura sous sa tutelle un ou plusieurs groupes de travail plus ou moins spécialisés. Le COPI, formé d'un groupe restreint de personnes, deux à cinq, dont une collaboratrice de RESTIM, spécialiste en constitution de projets de gestion, et spécialiste en gestion de crise, sera le décisionnaire final des propositions d'action.

De nombreuses réunions du COPI d'une part et d'un groupe de travail régional d'autre part ont permis d'échafauder un dispositif, dont l'ingénierie du montage revenait au savoir-faire de la société RESTIM.

La composition de ce comité de pilotage a été finalement la suivante : le président, le secrétaire général, le trésorier, et la secrétaire, tous issus du CROM RA, ainsi que le fondateur de RESTIM. S'y sont ajoutés Mme Tierce-Monier, chargée de projet, psychoclinicienne, spécialiste en constitution de projets de gestion et en gestion de crise, collaboratrice de RESTIM depuis 10 ans, et le docteur Bourboul, médecin du travail depuis 1979, très expérimenté dans la surveillance des salariés (addictologie notamment) au sein du monde de la banque (CIC lyonnaise de banque) et de la presse (Le Progrès).

## **V - Juin 2011, la proposition finale sous l'égide de RESTIM**

### **1. Les éléments du projet**

) Une plateforme téléphonique d'accueil, avec une plage horaire réduite, mais 7j/7, et un courriel disponible, dont le délai de réponse serait de 72h maximum.

) Le "back office" : une personne écoutante, de formation non définie, mais qualifiée, d'une grande solidité physico-psychique ("musclée cérébralement" selon le professeur Terra), dont le rôle serait de convaincre l'appelant de rencontrer un professionnel ressource.

) La prise en charge ultérieure : rencontrer un médecin de santé au travail puis une orientation vers des personnes ressources, dont le corps serait à étoffer, ou un confrère de soutien. Le réseau d'aide juridique de l'URPS Médecins est mis à disposition par celle-ci. Le lieu de la rencontre serait laissé au libre choix du médecin souffrant.

## **2. Les zones de perfectionnement**

) La plage horaire de la plateforme téléphonique d'accueil est limitée, mais une éventuelle alliance avec des structures existantes comme AAPML peut être envisagée, quoique les modes de prises en charge diffèrent légèrement.

) Certains membres du groupe régional de travail déplorent l'absence d'un pôle prévention dans ce dispositif.

) L'évaluation du niveau potentiel des demandes est très difficile

) Il serait à prévoir un module de « formation secourisme psychique » pour les écoutants

) Les communications téléphoniques pourraient être enregistrées pour analyser rétrospectivement les situations.

## **3. Le coût**

) La première prise en charge par les confrères de soutien prévoyait de les indemniser à 3C de l'heure (comme les conseillers ordinaires) puis le financement des soins était laissé à un accord entre les deux protagonistes.

) Une assurance spécifique était à prévoir pour la prise en charge des soignants.

) L'apport financier par les structures ordinaires de 22 000 euros par an, correspondant à une cotisation de 0.50 euros par médecin inscrit en Rhône Alpes, (à la différence d'autres dispositifs d'aide français, dont la cotisation est volontaire).

) Le soutien par les autres structures restait à définir.

) Les consultants de RESTIM à rémunérer

## **VI - Un nouveau projet**

Finalement en juin 2011, un nouveau projet est évoqué, suite à plusieurs écueils :

) Des barrages structurels et financiers

) L'ingérence de personnes extérieures au monde médical est mal perçue par certains membres des CDOM.

) L'URPS ne peut plus s'engager car n'a pas l'accord de tous ses représentants.

) Le CNOM, sur lequel comptait s'appuyer le CROM RA, ne prévoit pas d'aide financière.

) La collaboration avec RESTIM est trop onéreuse pour un tel système (entre 6500 euros et 22 500 euros pour chaque "cas" traité).

) Le niveau d'activité est difficile à évaluer.

Une nouvelle proposition est alors bien accueillie, faite par le docteur Michel Evreux, président de la commission d'entraide du CDOM 69. Celui-ci soumet l'idée d'une astreinte téléphonique 24H/24 7J/7 par des confrères de soutien, bénévoles et volontaires, essentiellement ordinaires. Une période test de 6 à 12 mois est mise en place à compter du 17 juin 2011.

## **D - LA NAISSANCE DU RESEAU ASRA**

### **I - LE CONCEPT**

#### **1. Le principe**

Tout médecin présentant une difficulté quelle qu'en soit la nature bénéficie d'une première écoute à sa demande, d'un entretien avec un confrère de soutien, et si besoin, d'une orientation vers une personne ou une institution ressource (psychiatres, addictologues, conseillers juridiques et fiscaux, commission d'entraide ordinale, CARMF, GPM, avocats, expert-comptables...), dans un bref délai. Cette plateforme téléphonique est accessible 24h/24 7j/7. Les confrères de soutien sont adhérents à une charte éthique, qui précise entre autre, la confidentialité, et l'indépendance à toute structure professionnelle (Annexe 1). Le confrère de soutien peut donner les coordonnées de la personne ressource ou le contacter avec l'accord du médecin appelant. Si ce dernier le souhaite, le confrère de soutien pourra rester en contact avec lui.

En cas de nécessité, le confrère pourra être orienté vers une structure d'hospitalisation dédiée à la prise en charge des soignants.

Ce dispositif, indépendant de toute structure corporative ordinale ou syndicale agira selon des prérequis éthiques : confidentialité, secret médical, écoute empathique, participation active du médecin, agissant ainsi dans l'intérêt des patients.

#### **2. Le nom**

Le nom du réseau , Aide aux Soignants de Rhône-Alpes (ASRA), est entériné définitivement fin novembre 2011.

## **II - L'ASPECT LEGISLATIF**

#### **1. Un montage régional**

Afin de faire émerger ce dispositif d'assistance, le CROM RA se rapproche de l'URPS RA et organise une rencontre le 8 septembre 2011. Ils s'associent dans ce projet.

L'URPS RA est formée de 80 élus représentant 11 349 médecins libéraux en activité répartis en trois collèges (les médecins généralistes, les spécialistes plateaux techniques et les autres spécialités). Elle est un véritable acteur de santé publique, dont une des missions, selon la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) est de contribuer à l'organisation de l'offre de soins régionale, notamment l'organisation de l'exercice professionnel.

L'Ordre rhône-alpin représente lui, 25 000 médecins, libéraux, hospitaliers, salariés, tous inscrits sur un tableau unique, avec un maillage départemental et des élus de proximité.

## **2. Le bureau et le conseil d'administration**

Le CROM RA utilise ses moyens logistiques afin de gérer le dispositif. Les participants élisent le premier Conseil d'Administration, parmi les membres fondateurs du CROM RA, les représentants des huit CDOM, de l'URPS RA, le collège des membres adhérents et certains membres cooptés, parmi lesquels un représentant des médecins hospitaliers, un expert comptable, un représentant de l'Institut Universitaire des Médecins et Santé au travail de Lyon, le président de la CME du centre hospitalier de Valence, le représentant des Hospices Civils Lyonnais, désigné par la CME, le président de la CME des hôpitaux privés Drôme Ardèche, ainsi qu'une invitée permanente en la personne de Mme Pacault Cochet, responsable de l'action sociale du Groupe Pasteur Mutualité.

Ces représentants élisent à leur tour le bureau définitif : le docteur Michel Evreux, président ; le docteur Charles Henry Guez, vice président ; le docteur Georges Granet, secrétaire et le docteur NAVETTE, trésorier.

## **3. Les aspects juridiques et financiers du dispositif**

En octobre 2011, l'accord se fait sur une association de loi 1901, indépendant de l'Ordre et des syndicats libéraux. La gestion sera assurée par le réseau ASRA, composé du CROM RA, des CDOM de la région Rhône-Alpes, de l'URPS et de toute structure investie dans la problématique.

Les rapports avec les structures nationales comme APSS, CARMF, GPM et AAPML sont à définir.

Dès le mois de novembre, les statuts sont élaborés.

Est également prévu le cahier des charges prévisionnel des dépenses en lien avec l'accueil téléphonique. Il se compose de plusieurs postes : la ligne téléphonique dédiée, le remboursement de frais téléphoniques éventuels de rappel par le confrère de soutien, le coût du secrétariat administratif (tenue du tableau d'astreinte, réception des messages électroniques, ventilation aux confrères de soutien, indemnité d'astreinte versée au confrère de soutien uniquement en cas d'appel).

Le réseau prévoit pour commencer un budget annuel compris entre 30 000 et 50 000 euros.

## **4. Les statuts et règlements intérieurs**

Les statuts et règlements intérieurs sont lus, modifiés, à l'occasion de réunion du conseil d'administration, votés lors des assemblées générales, avant d'être déposés à la préfecture.



## 5. Les mutualisations

Le Réseau ASRA dispose de l'appui important des membres fondateurs, des partenaires et des structures institutionnelles :

- Le Groupe Pasteur Mutualité
- Les 8 CDOM
- L'URPS
- L'Agence Régionale de Santé (ARS)
- Le Fonds d'Action Sociale (FAS) de la CARMF
- L'AFEM (Aides aux Familles et Entraide Médicale)
- AAPML

Le site internet de la Plateforme d'Appui pour les Professionnels de Santé Rhône-Alpes mentionne un lien vers le site internet d'ASRA.

De manière générale, les différentes institutions collaborent, ce qui permet des avancées majeures. La première de ces mesures fut la création de l'Aide à la Reprise Progressive d'Activité (ARPA) (33) pour répondre aux difficultés rencontrées par nos confrères lors de la reprise de leur métier de soignant au terme d'un arrêt prolongé pour maladie. Après décision de la commission d'invalidité de la CARMF sur des critères médicaux, ce système permet au médecin de conserver le bénéfice des indemnités journalières pendant quelques mois tout en travaillant, ce qui était auparavant impossible. Cette mesure a permis un retour au travail d'un certain nombre de médecins qui y auraient renoncé sans elle. Essentiellement mise en place dans l'intérêt du médecin, elle est également intéressante à long terme pour l'équilibre du régime de prévoyance de la caisse.

La seconde mesure forte a été la création, par la CARMF et le Conseil national de l'Ordre, de l'APSS (33), association qui, pour rappel, s'implique dans la prise en charge des médecins présentant des pathologies psychiques et addictives. Celle-ci leur propose des lits dans cinq structures de soins spécialisées, et ce, dans le respect le plus complet de l'anonymat. De plus, en prenant en charge, sur décision de la commission du fonds d'action sociale, le délai de carence de 90 jours pour ces médecins malades, cela permet de lever l'obstacle financier à l'hospitalisation et aux soins. Il est alors mis en place un engagement thérapeutique, document formel impliquant médecin malade, psychiatre traitant et accompagnateur ("parrain") CARMF ou ordinal. Cette aide peut être complétée plus tard par l'ARPA lors de la reprise du travail.

## **III - L'ASPECT PRATIQUE**

### **1. Le système d'appel**

Dès le début, ce système d'appel se voulait commode, 24H/24 et 7J/7. En octobre 2011, la recherche est déjà bien avancée, avec la mise en place d'un numéro vert, 0805 62 01 33, avec une ligne détournable à distance, sur le portable d'un confrère de soutien, selon un tableau d'astreinte. S'il est indisponible, il y aura une invitation à laisser un message sur le répondeur du type "Vous êtes en relation avec le docteur X, confrère de soutien du réseau XXXX. Je suis momentanément absent. Vous pouvez renouveler votre appel de façon toujours anonyme dans 1 heure ou me laisser un message comportant vos coordonnées téléphoniques. Je m'engage à vous rappeler dans le même laps de temps. Si votre problème n'est pas urgent, vous avez aussi à disposition une boîte aux lettres électronique qui traitera votre demande dans les 72h : [contact@reseau-asra.fr](mailto:contact@reseau-asra.fr)".

Il s'agit de la société AXIALYS, opérateur télécom agréé, qui a développé ce serveur/hébergeur sur mesure, et mis au point cette plateforme téléphonique (voir schéma ci dessous).

### **2. Le back office**

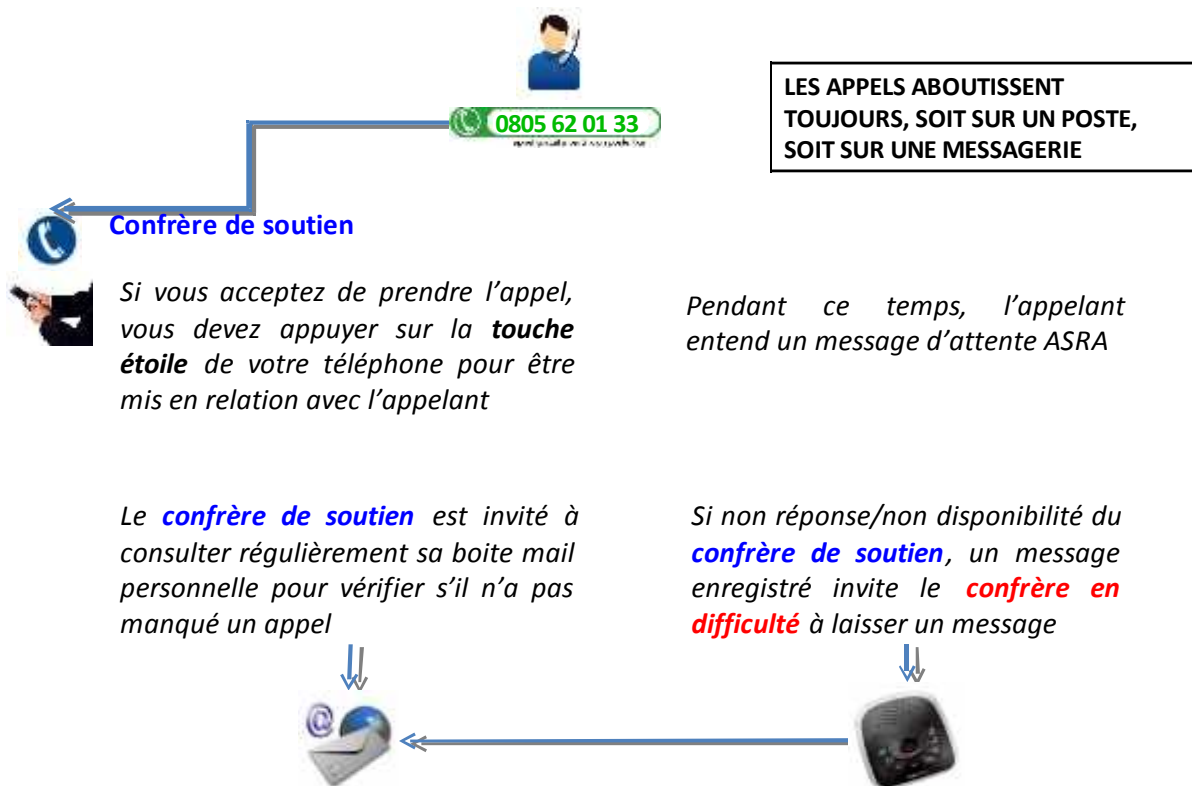
Initialement, il se voulait être composé de professionnels formés à l'écoute, au profil type de médecin actif ou retraité. Ce paramètre est resté intact. Il s'agit du groupe des confrères de soutien, dont l'astreinte dure 24h pour chacun, de 8h à 8h le lendemain. Au fil de la conversation, le confrère de soutien doit maintenir l'entretien pour résoudre les problèmes, ou convaincre l'assistance d'une personne ressource.

### **3. Les personnes et les institutions ressources**

Au fil des réunions, la liste des contacts s'agrandit. Actuellement, ils sont au nombre de 55. Parmi eux, des psychiatres, des psychologues, des médecins du travail, des addictologues, un sexologue, des conseillers juridiques et fiscaux, des avocats, des experts comptables, des représentants des mutuelles, CARMF, AFEM, et ceux des commissions d'entraide des ordres départementaux...Il pourrait y avoir un spécialiste en coaching, à l'instar du réseau suisse Remed, dont cette pierre angulaire est très appréciée des médecins généralistes helvètes. Il n'y a aucun critère de sélection : ni géographique, ni quantitatif, ni qualitatif. Le recrutement se fait de bouche à oreille, ou lors d'entretiens pour diverses raisons avec un membre du bureau d'ASRA. Parfois, ces personnes ressources sont cooptées par des confrères déjà membres ou en lien avec l'Ordre ou l'URPS. Il s'avère que le maillage par ces professionnels ressources est complet dans chaque département. Le confrère de soutien a la mission d'orienter en cas de besoin l'appelant vers une personne ressource de son département.

## RESEAU ASRA - ACCUEIL TELEPHONIQUE

### Confrère en difficulté



### 4. Le bilan d'activité

Le lancement du réseau ASRA a lieu le 2 mai 2012. Il démarre avec 35 confrères de soutien et 45 personnes ressources. Le premier bilan réalisé en septembre, permet de se rendre compte de l'engouement et finalement des attentes de nos confrères. Plus de 80 appels/mails sont comptabilisés de mai 2012 à septembre 2012.

Fin 2012 : Les premières analyses mettent en avant que 44% des appelants sont des femmes ; un tiers de ceux-ci sont des spécialistes, un tiers des généralistes et 6% des retraités.

Les motifs des appels sont représentés à 17% par l'épuisement professionnel, suivi de 14% en lien avec une situation conflictuelle et enfin pour 10% des problèmes psychiatriques.

A la surprise générale, il y a peu de problèmes d'addiction, et aucun débouché en hospitalisation.

Le quart des médecins spécialistes appelants sont d'origine hospitalière, ce qui est également contraire aux attentes.

Sur une centaine d'appels, pour 36 cas, les confrères de soutien ont orienté les médecins en difficulté vers les commissions d'entraide du CDOM et/ou vers le référent psychiatre du réseau.

Les femmes sont finalement les plus nombreuses à appeler dont 12 épouses très inquiètes pour leur mari.

La répartition horaire des appels est curieuse : malgré leur détresse, les médecins appellent aux heures ouvrables principalement, aucun de nuit et très peu le week end.

A la fin de l'année 2012, ASRA avait comptabilisé 120 appels et mails.

Mi 2016 : Il s'avère que le bilan à la moitié de l'année 2016 est comparable, peu ou prou, à celui de fin 2012 (Annexe 2). Ils sont 36 confrères de soutien pour 55 personnes ressources. Il faut signaler que 6 confrères de soutien de Saône-et-Loire viennent d'être fraîchement intégrés, portant à 42 le nombre de confrères de soutien.

Le réseau reçoit entre 3 à 7 appels par mois. 59 % des appelants sont des femmes dont 10% de conjointes. L'âge moyen des appelants est de 53 ans. On observe également quelques appels, de proportion bien moindre, de la part d'amis de médecin en difficulté, d'enfant de médecin, de collègues, et même, pour un appel, d'une patiente, qui aurait eu vent d'une situation financière difficile pour son médecin traitant et qui se renseignait sur les possibilités d'aide pour celui-ci.

D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, au 1er janvier 2015, 43.5% des médecins français (omnipraticiens et spécialistes) sont des femmes. Elles sont ici légèrement plus représentées que les hommes, ce qui peut être expliqué pour certaines, par le caractère multifactoriel de leurs problèmes, en particulier la conjonction travail-famille.

Parmi les appelants, 41 % sont des généralistes, 33% des spécialistes et 4% des médecins du travail. Toujours 30% des appelants sont d'origine hospitalière. Les motifs de recours à ASRA sont des épuisements professionnels pour 33% des demandeurs d'aides, des situations conflictuelles pour 19%, des problèmes psychiatriques pour 12% d'entre eux. On note que 4% des appels sont liés à une addiction. 42% des appels seront adressés vers un référent psychiatrique ; 2% vers la commission d'entraide et 2 % des appels nécessiteront une hospitalisation.

*Il est à noter que "ce bilan d'activité est réalisé à partir de chaque compte-rendu circonstancié d'écoute pratiquée par le médecin de soutien, résumé et anonymisé par une assistante de direction sous forme d'un rapport individuel d'écoute. Elle procède ensuite à une évaluation des différents items interprétables de ce compte rendu pour alimenter un compte-rendu statistique d'activité du réseau ASRA, consultable à la demande en temps réel. Elle rédige également un rapport général d'écoute exhaustif de tous les rapports des médecins de soutien, strictement confidentiel au bureau ASRA et consultable par les médecins de soutien uniquement à chaque AG ( assemblée générale) annuelle", comme le rappelle le trésorier du bureau dans son étude.*

Les informations que les confrères de soutien retranscrivent dans un tableau récapitulatif et remettent à la secrétaire d'ASRA sont fonction de ce que peuvent dévoiler les confrères appelants, et en fonction de l'effort fait par les confrères de soutien de faire parvenir à ASRA un résumé de leur appel. Il n'est pas d'une rigueur scientifique. De même, les motifs de recours ne valent pas pour diagnostic médical. Les confrères de soutien n'ont pas vocation à poser un diagnostic ; ils évaluent la teneur de la conversation et peuvent poser des mots comme "épuisement professionnel" sans vouloir en tirer un diagnostic. Ils n'ont aucun critère de classification de pathologie, aucune cotation. Extraire des conclusions épidémiologiques sur le burn out à partir de ce bilan est donc impossible. Il s'agit d'une estimation. Le réseau ne cherche pas et ne permet pas d'analyser plus finement les épuisements professionnels et autres motifs d'appels. Les confrères de soutien n'ont pas souhaité remplir une grille de lecture plus fine, dans le but de conserver un caractère spontané, naturel, aux conversations. Ce canevas dynamique d'écoute active, présenté lors d'une journée de formation, aurait permis de professionnaliser l'écoute, à l'image d'autres structures en France. Il reprenait le Maslach Burn out Inventory Test, un pointage commode des marqueurs de risque de burn out, des questions évaluant l'organisation du travail, la relation médecin-patient, les relations professionnelles, la vie privée et les relations sociales, la santé et un check up du bouclier assurantiel.

De même, malgré l'attachement du réseau à vouloir avoir un suivi des confrères orientés, il est difficile d'en avoir un précis, sachant que la consultation auprès d'un personnel ressource est soumise au secret professionnel. Le confrère de soutien peut néanmoins demander à l'appelant s'il ne voit pas d'inconvénient à ce qu'il garde un contact téléphonique dans les mois à venir. Courant 2014, il apparaît que seulement 25% des appels font l'objet d'un suivi. Le bureau demande plus de vigilance quant au rappel si possible, et selon leur volonté, des confrères en difficulté, jusqu'à ce qu'une "feuille de route" soit mise en place ou si possible des résultats déjà présents. Lors d'une assemblée générale, il est mentionné qu'un rappel, également plus tardif, à 1, 3 et 6 mois par exemple, après le premier appel, pourrait être intéressant, ceci au titre de la structure d'entraide, utilisant des fonds extérieurs, et nécessitant donc une évaluation. Ce mode de fonctionnement n'étant pas approuvé par tous, il est alors décidé lors d'une assemblée générale le mode d'organisation suivant : au cours du premier appel du confrère en difficulté, le confrère de soutien peut lui proposer de le rappeler dans le cadre d'un suivi. Cependant, il a toute liberté pour reprendre contact, dans les 3 mois, s'il le souhaite, avec le médecin appelant. En cas d'absence de nouvelle par l'un ou l'autre des médecins, c'est le réseau ASRA qui pourra prendre contact avec le confrère en difficulté. Malgré cette décision, il n'y a que peu de rappels, de suivis, ou alors non portés à ma connaissance.

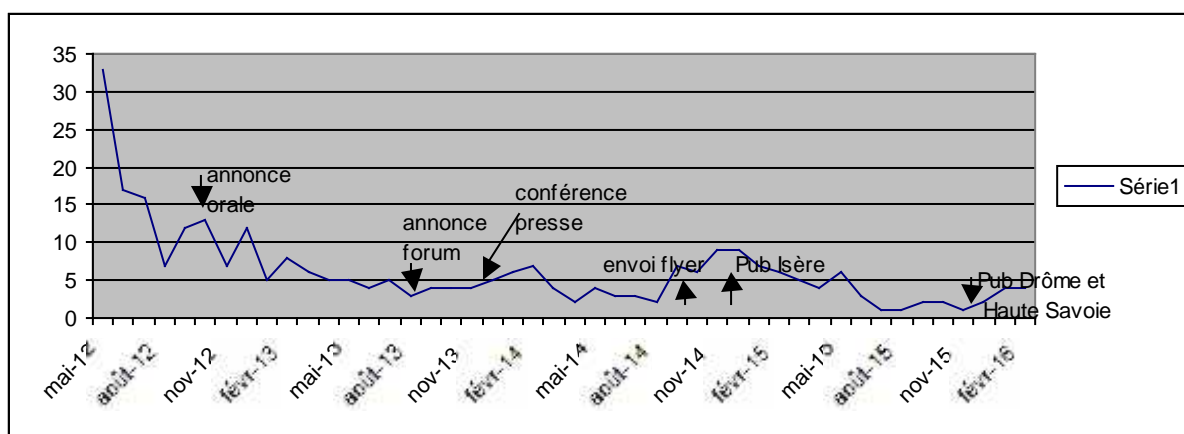
Je n'ai donc pas pu, dans cette thèse, faire de rapport statistique précis sur l'activité du réseau, ou sur les risques d'épuisement, par exemple, dû à ce caractère spontané, libre et anonyme des écoutes, souhaité par la majorité des confrères de soutien.

## 5. La communication

La communication est un problème car trop de confrères ont oublié l'existence du réseau malgré plusieurs rappels. Un texte est apparu dans le magazine Trait d'union des URPS RA, en décembre 2011 ; une annonce orale a été faite lors de la journée d'installation des médecins en octobre 2012 ; lors du Forum Médical Lyonnais fin septembre 2013 ; lors de la journée des "Actualités Claude Bernard" en octobre 2013... Une conférence de presse regroupant des journaux locaux non médicaux ainsi que quelques grands médias médicaux nationaux a eu lieu à la fin de l'année 2013, pour présenter le bilan d'activité après quasi deux ans d'existence. Un flyer électronique a été adressé à tous les médecins de Rhône-Alpes fin 2014, ainsi qu'une lettre à chaque CDOM pour rappeler de faire connaître l'existence du réseau. De petites cartes d'information type cartes de visite ont été faites (Annexe 3). L'information a également circulé par le biais des ARS, des Régime Social des Indépendants (RSI)...Le prosélytisme a été de rigueur, et doit le rester.

Un médecin bénévole au sein du réseau a souligné qu'il serait pertinent de communiquer sur l'existence du Réseau ASRA dans les « endroits à risques », en particulier dans les commissions paritaires locales.

Schéma : évolution du nombre d'appels au réseau en fonction des campagnes de communication



On peut voir sur ce graphique qu'il y a peu d'incidence des vagues de communications sur le nombre d'appel. Il faut cependant multiplier les informations pour faire connaître le réseau et permettre d'aider les confrères en difficulté.

## 6. Le bilan comptable

### a. Les dépenses

Sans compter les dépenses induites par les consultations de la société RESTIM, le CROM RA a pris, au départ, sur sa propre comptabilité les frais engendrés depuis la création du nouveau projet en lien avec l'URPS.

Les charges propres au fonctionnement d'ASRA sont principalement représentées par les frais de télécommunication (abonnement, mise en place du serveur vocal, prise en charge

des appels entrants), la communication sur l'association, l'indemnisation des confrères de soutien et des personnes ressources (sur la base d'une indemnité forfaitaire de 3C réglée en cas de prise d'un ou plusieurs appels par le confrère de soutien, et lors de la première consultation pour la personne ressource).

### b. Les ressources

Les ressources sont définies dans l'article 8 des statuts du réseau ASRA. Elles comprennent le montant des cotisations, définies selon l'article 2, les subventions de toutes les institutions privées ou publiques, autorisées par la loi, les rémunérations reçues en contrepartie de la réalisation des prestations fournies par l'association, les dons et legs, et les intérêts et revenus des biens et valeurs appartenant à l'association.

Les cotisations sont définies de la manière suivante selon le règlement :

*« Le montant de la cotisation est fixé annuellement en Assemblée Générale Ordinaire, sur proposition du Trésorier.*

*Toute cotisation versée à l'association est définitivement acquise. Un remboursement de cotisation en cours d'année ne peut être exigé en cas de démission, d'exclusion ou de décès d'un membre.*

*Les membres d'honneur, bienfaiteurs et les membres cooptés ne paient pas de cotisation sauf s'ils décident de s'en acquitter de leur propre volonté.*

*a) Le collègue des membres fondateurs s'acquittera d'une cotisation proportionnelle à sa représentativité.*

*b) Le collègue des membres adhérents :*

*- Les confrères de soutien, les personnes ressources, tout professionnel de santé souhaitant soutenir la démarche de l'association bénéficient d'une cotisation gratuite.*

*- Les représentants des Ordres des autres professionnels de santé et toute structure concernée par l'objet de l'association s'acquitteront d'une cotisation proportionnelle à leur représentativité. »*

Entre 2013 et 2014, le CNOM avec sa commission d'entraide commence à prendre une part active dans les associations d'aide aux médecins en difficulté. Courant 2013, c'est le docteur Lebrat, Président de la Commission Nationale d'Entraide du CNOM, qui a évoqué qu'il serait favorable à un financement par le CNOM des dispositifs de prise en charge des médecins en difficulté et précisait que le niveau d'un euro de participation par médecin inscrit lui semblait pertinent. En septembre 2013, le docteur Bouet, nouveau président du CNOM, et le docteur Gicquel, président de la Commission Nationale d'Entraide du CNOM, ont précisé qu'ils souhaitaient vivement fédérer la part ordinale des systèmes d'aide aux médecins en difficulté, dont le financement proviendrait vraisemblablement d'une partie des fonds de l'entraide nationale. Finalement une convention de partenariat est signée entre la Commission du CNOM et les associations d'écoute. Chaque association pourra solliciter une aide financière complémentaire au CNOM, qui sera prise sur une dotation spécifique gérée par la Commission Nationale d'Entraide, tout en restant indépendante.

### c. Le bilan en pratique

2012 : Les charges financières comportent les charges de fonctionnement au coût de 39 283 euros, et celles de la secrétaire au coût de 9 112 euros.

La première proposition en 2012 du montant de la cotisation était de 2 euros par médecin et par an. Un accord est obtenu de principe, en attendant que les budgets soient votés par chaque CDOM.

Le conseil du CROM RA avait voté pour l'exercice 2012, une enveloppe financière de 50 000 euros pour l'aide à la prise en charge des médecins en difficulté de Rhône-Alpes.

L'URPS RA apporte sa cotisation de 10 000 euros pour l'année 2012.

Un accord verbal de l'ARS RA sur le principe d'une subvention, cependant non pérenne, a été obtenu à hauteur de 12 000 euros pour 2012.

Le Groupe Pasteur Mutualité apporte sa contribution financière avec une enveloppe de 2500 euros.

La comptabilité conclut à une somme des cotisations des adhérents de 75 000 euros dont 48 000 par le CROM RA, et de 22 500 euros de subventions, pour l'année 2012.

Le bilan comptable de l'exercice de 2012 est donc largement excédentaire de 49 125 euros.

2013 : En contrepartie, le docteur NAVETTE propose que l'engagement financier des membres fondateurs pour l'exercice 2013 soit revu et de l'ordre de 0.50 euros par médecin et par an. Le budget provisionnel sera donc le suivant : total des produits équivalent à 35 334 euros et total des charges à 50 593 euros. Le résultat déficitaire sera palié par une partie du fonds de roulement de l'association.

Le rapport financier de 2013 est donc le suivant :

29 192 euros de cotisations d'adhérents

2500 euros de subventions par le GPM

22 235 euros de charges de fonctionnement

12 269 euros de charges de personnel

Soit un résultat déficitaire de 2 333 euros, pris en charge par le fonds de roulement de l'association.

Le bilan de 2014 et de 2015 sont excédentaires. La participation du GPM est toujours présente.



## 7 - Les enseignements tirés de l'activité

Au fur et à mesure de l'activité du réseau, certains dysfonctionnements ou besoins se font sentir.

### a. La gestion des hospitaliers

30% des spécialistes appelants sont des hospitaliers. Face à cette réalité non attendue, a priori nouvelle, et au vu du nombre de situations inquiétantes relatées par des psychiatres concernant des professionnels hospitaliers, le représentant des Hospices Civils Lyonnais, désigné par la CME, s'est proposé pour apporter son aide à la prise en charge de cette population spécifique, en tant que personne ressource, au sein du réseau. Il conseille au confrère de soutien d'écouter le médecin hospitalier en difficulté, et de l'informer qu'il existe une aide institutionnelle, en l'occurrence en la personne du Président de la CME, qui se doit de chercher des solutions pour l'aider. Il souligne également de bien rassurer que le médecin de santé au travail a également des capacités pour agir.

Les motifs d'appels de cette catégorie de personne sont semblables à ceux du reste des appelants. Il y a bien sûr une part légèrement plus importante de situations conflictuelles, dues à la hiérarchisation des fonctions, mais aussi des maux dus aux lourdeurs administratives qui incombent également à ces professionnels, et aux nouvelles aptitudes managériales dont ils doivent faire preuve pour certains.

Il est difficile encore une fois d'analyser ou de savoir pourquoi les médecins hospitaliers ne consultent pas, ou n'ont pas consulté le médecin du travail de l'hôpital, avant d'appeler le réseau. Rappelons que leur parole lors de l'appel est libre ; le confrère de soutien non inquisiteur.

Un médecin du travail du réseau m'a tout de même confié son analyse après ce qu'il avait pu voir. Pour beaucoup de médecins, la médecine du travail ne serait pas une vraie spécialité. Elle n'a pas ses lettres de noblesse, et fait l'objet d'une image dégradée par rapport à d'autre spécialité. Selon le travail d'un confrère (32), un article du Quotidien du Médecin, datant de juin 2014, cite les propos du Docteur William LOWENSTEIN, président de SOS Addictions : *"la médecine du travail, au même titre que la médecine scolaire, souffre d'une crise de vocation qui fragilise l'édifice..."*. De plus, pour beaucoup, la séparation entre médecine du travail et ressources humaines de l'hôpital est très mince, n'assurant pas une indépendance nécessaire.

Pour pallier à cela, il estime qu'il faudrait que la médecine du travail soit en dehors des murs de l'établissement.

### b. Action de prévention primaire

Avec la casquette du président d'ASRA, le docteur Evreux souligne qu'il a notamment abordé le problème du manque de communication avec les jeunes confrères. Il indique que les internes et les étudiants de la région Rhône-Alpes sont demandeurs pour bénéficier de l'aide

du réseau. D'ailleurs, de plus en plus d'internes appellent le réseau pour des problèmes similaires à leurs aînés (épuisement, conflit...)

Une thèse de médecine générale a été réalisée à la faculté de Grenoble, en 2011, portant sur le burn out des internes de médecine générale en France métropolitaine (33). L'étude montrait que 58.1% des internes présentaient au moins un des paramètres du burn out syndrome, parmi lesquels 16% avaient un score haut d'épuisement émotionnel, 33.8% un score haut de dépersonnalisation, et 38.9% un score bas d'accomplissement personnel.

La région Rhône-Alpes n'échappe pas à ce constat : 15.3% des Internes de Médecine Générale (IMG) de Grenoble et 10.8% de ceux de Lyon ont un niveau d'épuisement émotionnel élevé ; 32.9% des IMG de Grenoble ont un niveau de dépersonnalisation élevé, pour 30.3 % à Lyon, et enfin respectivement, dans ces deux facultés, 38.4% et 32.2% des IMG ont un taux d'accomplissement personnel bas. Le triste palmarès revenait en 2008 pour de nombreux points à la faculté de Nice. Parmi les internes de médecine générale de France métropolitaine, 6.4% ont eu des pensées suicidaires.

Cependant, toujours d'après cette thèse, la santé des internes de médecine générale n'est pas plus mauvaise que celle d'autres étudiants (même pourcentage de consommation tabagique, même incidence de tentative d'autolyse : 1.4% des internes de médecine générale), mais elle reflète la santé des médecins généralistes. En effet cette étude a été comparée à l'enquête URML Ile-de-France de 2007 (34) ; 53% des médecins généralistes se sentent menacés par le burn out contre 46.5% des internes de MG. Dans une autre étude (35), on peut apprendre que 5% de médecins généralistes déclarent prendre des antidépresseurs contre 6.5% des IMG durant leur internat ; 3.9% des IMG déclarent prendre des hypnotiques au moins une fois par semaine contre 20% des MG au cours des 12 derniers mois.

Cette enquête a permis de relever certaines solutions plébiscitées par les internes de MG, dont la mise en place d'un numéro d'appel téléphonique d'urgence, souhaité par 34% d'entre eux. Il apparaît aussi l'idée d'une formation de management du personnel soignant dès les premières années de faculté, avec mise en situation de conflits, aide à la résolution de ceux-ci, coaching pour améliorer l'estime et la confiance en soi. Enfin, ce travail mettait en exergue la possibilité de campagne d'information pour faire connaître auprès des internes, les structures de médecine préventive et de médecine du travail, l'existence des Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire, et la création d'une plaquette d'information mentionnant les numéros d'aide en cas de détresse psychologique et permettant un accès facilité aux soins.

De manière encore plus récente, le 24 juin 2016, le conseil national de l'Ordre des médecins a publié les résultats d'une enquête inédite sur la santé des étudiants en médecine et des jeunes médecins, sur près de 8 000 étudiants et jeunes médecins (36). 30,8% des étudiants de second cycle déclarent ainsi un état de santé moyen-mauvais. 14% des répondants ont déclaré avoir déjà eu des idées suicidaires. Ils sont 16% en second cycle, 14% en troisième cycle, et 12% en fin de cursus.

A ce titre, dès 2013, le président d'ASRA propose de se rapprocher d'un magazine de jeunes médecins afin de faire passer le message de l'existence du réseau. Une communication a également eu lieu lors de la "Journée de l'Installation des Internes" organisée par l'URPS RA. Le docteur Evreux propose de se rapprocher de cette institution pour récupérer la liste des Présidents des syndicats des internes.

Des représentants des syndicats des internes de la région étaient présents lors de la dernière journée de formation des confrères de soutien d'ASRA, pour pouvoir faire connaître la structure aux plus jeunes, et permettre des avancées dans le dépistage et la prise en charge des internes les plus fragiles. Cependant, nous nous ferions fort d'axer le combat sur la prévention primaire, qui dans le cadre de la santé des médecins peut être résumée en quatre points essentiels : admettre le principe que l'on peut être vulnérable ; préserver sa vie extra-professionnelle ; hiérarchiser ses priorités et accepter la démarche de se faire prendre en charge.

# **E - LES CONFRERES DE SOUTIEN**

## **I - L'enquête**

### **1. Qui sont-ils ?**

#### Leur âge et leur sexe :

L'âge moyen des confrères de soutien actuels est de 64 ans. 25% d'entre eux sont des femmes.

#### Leur spécialité :

Actuellement, vingt d'entre eux sont généralistes ; deux sont anesthésistes ; un est chirurgien (vasculaire) ; deux sont issus de spécialités médico-chirurgicales ( gynéco-obstétricien et ORL) ; dix sont issus de spécialités médicales (anatomo-pathologiste, cardiologue, santé publique, médecine interne, gastro-entérologue, psychiatre, rhumatologue, ophtalmologiste, radiologue) et un est pharmacien.

#### Leur mode d'exercice :

Parmi les 36 confrères de soutien, 22 sont exclusivement en exercice libéral soit 61% des confrères; trois sont en exercice mixte hospitalier/libéral ; onze sont hospitaliers/salariés.

Les actifs représentent 50% des confrères de soutien. Les autres membres de ce groupe sont pour 7 d'entre eux des retraités actifs et pour 11, des retraités.

#### Leur expérience :

Actuellement au nombre de 36, on peut supposer que ces confrères de soutien apprécient le service qu'ils peuvent rendre à leurs pairs, car ils restent "fidèles" au réseau. Depuis le lancement du réseau en mai 2012, ils n'ont été que 44 confrères différents. A la grande majorité donc (32 médecins pour 36), ils sont présents depuis quatre ans, et pour trois autres depuis 2 à 3 ans. Un seul médecin est présent depuis moins de un an. Huit médecins sont partis en quatre ans pour des raisons diverses et variées, non répertoriées dans les sources d'ASRA.

### **2. Leurs motivations**

Leurs motivations sont a priori diverses. Nous n'avons pas pu tous les interroger (Annexe 4) pour savoir précisément ce qui les animait mais l'on retrouve chez tous les confrères qui ont répondu, sauf un, une implication dans une ou plusieurs institutions telles l'Ordre, un syndicat, la CARMF, l'AFEM, ou des associations locales de FMC, preuve d'une réelle confraternité, et d'une volonté d'aider (89% des répondants sont des ordinaires, 30% de délégués syndicaux, 22% s'occupent de l'AFEM...). Ces médecins connaissent l'étendue et la diversité des potentielles difficultés du corps médical, en ayant été auparavant sensibilisés à cette cause, en participant à d'autres structures d'aide. Pour reprendre l'un d'eux, *"le sentiment d'être utile compte"*. Pour certains de ces confrères, ordinaires, ayant travaillé sur le projet du réseau depuis le départ, il était normal qu'ils en fassent partie d'une manière ou

d'une autre. Les autres, engagés dans diverses associations, ont été invités à participer au réseau.

85% de notre large échantillon ont eu connaissance de cas d'épuisements professionnels chez d'autres confrères et 78% ont eu connaissance de cas de suicides de confrères.

40% des répondants avaient déjà eu à soigner des confrères, que ce soit des généralistes ou des spécialistes. Il serait intéressant de savoir combien de médecins généralistes soignent des confrères de la même spécialité (médecine générale). On peut penser que les médecins en général se tournent vers des spécialistes d'organes, mais peu vers un médecin généraliste qui pourrait leur assurer une prise en charge globale, d'une vue extérieure à la leur, et qui aurait la charge de leur prescrire des thérapeutiques, évitant ainsi le piège de l'auto prescription.

### **3. Leurs avis sur les procédures d'ASRA**

#### a. L'appel téléphonique

Il leur est demandé leur point de vue sur le système de la plateforme téléphonique et surtout en cas d'appel manqué. Il y a quelques écueils, mais l'absence d'explication plus fournie dans les commentaires libres rend difficile la mise en place de solutions. 59% n'ont *"pratiquement jamais manqué un appel"* mais seulement 44% ont eu *"le message vocal d'un appel manqué"* sur leur support informatique.

#### b. La complétude du tableau d'astreinte

Il s'agissait ici de savoir si les modalités de fonctionnement en terme de permanence téléphonique leur convenait, ainsi que leurs indemnités, afin d'effectuer quelques changements si nécessaire, dans le but de pérenniser ce réseau, basé sur le bénévolat. Ils sont dans la totalité *"tout à fait d'accord"* à poursuivre 7j/7, 24h/24 et 365j/365 ; ils *"dégagent"* presque tous *"assez facilement un jour d'astreinte"* (89%). Quant à leur indemnité de *"70 euros uniquement si appel effectif"*, elle leur paraît, dans la majorité, suffisante (89% de oui). Les quelques "non" (3 sur 27 soit 11%) sont alors assortis d'un commentaire, précisant pour deux d'entre eux que cela pourrait être majoré à 100 euros surtout si il y a au moins deux appels dans la journée. Effectivement, la question d'un quelconque règlement entre confrères doit être pris avec tact et mesure.

#### c. Les modalités de prise en charge

L'auteur rappelle que *"le médecin de soutien procède à une écoute active au cours d'un appel téléphonique en principe ponctuel",... "avec si nécessaire orientation vers une personne ressource : il n'y a ni prise en charge prolongée ni activité de soins qui sont réservées à la personne ressource. Il n'y a pas de formalisation d'une quelconque procédure de suivi du médecin appelant"*.

92% approuvent ce fonctionnement avec 62% étant "tout à fait d'accord" avec une gestion correcte du "problème du médecin appelant en suivant le modus operandi d'ASRA" ; 30% sont "d'accord."

A la proposition, *"je conviens parfois avec le médecin appelant d'un à plusieurs entretiens ultérieurs hors champ d'action de la personne ressource"*, ils sont ambivalents avec 37 % de "d'accord", mais 22% de "partiellement d'accord" et 18% de "pas du tout d'accord". Ceci semble bien montrer que le suivi est aléatoire, par le concept même du fonctionnement du réseau qui est de proposer une aide ponctuelle pour initier une prise en charge, ou pour répondre à des problématiques précises. Cependant malgré la volonté des confrères de soutien de ne pas se substituer à un soignant au sein d'une relation de soin, ou par le souhait de ne pas être trop intrusif, ils souhaitent parfois savoir si la personne qui s'est ouverte à eux va mieux, s'ils ont été efficaces dans leur orientation de prise en charge ou dans leurs conseils. Et lorsque l'on interroge les médecins sur les suivis effectifs qu'ils ont pu faire avec l'affirmation, *"je n'ai pas réalisé de suivi personnel en ce qui concerne le médecin appelant"*, ils sont autant à répondre par la négation que par l'affirmation avec 44% de réponses plutôt en faveur d'un suivi dont 30% de "partiellement d'accord" et de "pas du tout d'accord", contre 48% de réponses plutôt en faveur d'une absence de suivi dont 30% également de "d'accord". Les commentaires libres étaient orientés avec deux questions, soumettant l'idée d'une écoute active plus élaborée avec une grille indicative d'écoute et/ou d'un suivi plus formalisé. Peu de confrères de soutien ont répondu mais parmi ceux qui l'ont fait, ils étaient plus en faveur d'un dispositif d'amélioration du suivi.

Les confrères ressources se sont engagés à recevoir rapidement leurs pairs, si possible dans un délai de huit jours. Ce sont parfois les confrères de soutien qui initient cette prise en charge en prenant rendez-vous eux-mêmes, auprès de la personne ressource. L'enquête permet de s'apercevoir qu'il n'est peut-être pas si aisé d'obtenir un rendez-vous facilement, avec 33% de répondants affirmant être "tout à fait d'accord" pour pouvoir obtenir un rendez-vous rapide, et 48% seulement "d'accord". Faut-il intégrer au réseau plus de confrères ressources dans les spécialités les plus demandées ? Cependant, à l'affirmation, *"j'ai suffisamment de choix de ressources à disposition"*, les personnes interrogées répondent en grande partie favorablement avec 85% de réponses positives ("*tout à fait d'accord*" et "*d'accord*").

Le pool ressource est soumis au secret médical, ce qui rend difficile tout relevé précis épidémiologique concernant les diagnostics des appelants. La dernière affirmation le prouve car 51% n'ont pas ou peu eu de contact ultérieur avec la personne ressource.

#### d. Le compte rendu d'écoute, sur la forme

Après rappel du rapport individuel d'écoute, du compte rendu statistique d'activité du réseau (Annexe 2), et du rapport général d'écoute, l'auteur évalue l'adhésion des confrères de soutien à ce fonctionnement.

A l'affirmation, *"J'envoie systématiquement mon compte rendu d'écoute circonstancié dans les 8jours"*, 66% sont "tout à fait d'accord", 18% sont "d'accord", ce qui prouve leur bonne volonté à respecter leurs engagements pour faire avancer la cause d'ASRA.

81% sont plutôt satisfaits *"de pouvoir disposer à la demande en temps réel du compte rendu statistique d'activité"*.

85% sont plutôt satisfaits *"de pouvoir disposer d'un rapport individuel d'appel au moins annuel"*.

81% sont plutôt satisfaits *"d'avoir connaissance annuellement du rapport général d'écoute, confidentiel au bureau"*.

Les commentaires libres étaient orientés sur la volonté d'un partage d'expérience des appels, d'une quelconque manière, à visée de debriefing, comme la supervision mensuelle des bénévoles de SOS amitiés, point fort de cette association forte de 50 ans d'expérience. Il n'y a pas eu de réelle proposition de mise en place d'une stratégie dans ce sens mais les répondants paraissent intéressés par un partage plus approfondi de leur vécu, en augmentant à deux voire trois fois par an leurs réunions d'échanges, en insistant plus particulièrement sur ce partage d'expérience. Il est vrai que le groupe de soutien est rompu à l'exercice d'écouter les plaintes de patients, mais lorsqu'il s'agit d'un de ses pairs, est-ce la même intensité psychologique ?

Dans la globalité, la majorité des répondants de ce groupe confrères de soutien, et pilier du réseau, semble satisfait du principe de fonctionnement du réseau.

#### e. Le compte rendu d'écoute, sur le fond

L'objet était d'analyser les items demandés aux confrères de soutien lorsqu'ils transmettent leurs notes à l'association. Il est vrai que ces notes sont retranscrites par l'assistante de direction, perdant peut-être au passage de la rigueur scientifique, mais surtout elles sont trop légères dans ce qui est demandé pour en faire une analyse précise. Le confrère de soutien a-t-il eu des informations plus précises au cours de la conversation et ne les a pas noté ? A-t-il cherché à se renseigner sur certains éléments de la vie de l'appelant pendant la conversation ?

Cependant, 59% des répondants sont "tout à fait" *"satisfait de notre forme d'écoute active spontanée au "débotté""* et 25% sont satisfaits.

85% sont globalement satisfaits *"du contenu de notre compte rendu statistique d'activité"* (Annexe 2).

A l'affirmation *"Je pense qu'une analyse statistique plus étoffée servirait la cause d'ASRA (autres items demandés)"*, les avis sont partagés avec 14 % de *"tout à fait d'accord"*, 25% de *"d'accord"* et 44% de *"partiellement d'accord"*.

*"J'aimerais pour ce faire utiliser facultativement une grille d'écoute simple, indicative pour "ne rien oublier" pendant l'entretien"*. Là encore les avis divergent avec 14% de *"tout à fait d'accord"*, 29% de *"d'accord"* et 25% de *"partiellement d'accord"*

Dans les commentaires libres, l'auteur proposait l'utilisation d'un *"support mnémotechnique commode rappelant les différents items du MBI, l'organisation du travail, la relation médecin patient, les relations professionnelles, la vie privée, les relations sociales, la santé mentale et physique, le bouclier prévoyance retraite"*...Les réponses précisait que si cette grille était utilisée, il faudrait qu'elle soit facultative selon les problèmes gérés, et simple pour ne pas entraver l'échange confraternel, et pour ne pas compliquer la tâche des médecins écoutants qui risqueraient *"de se désinvestir"*, selon la remarque de l'un d'eux.

Les commentaires libres sont les suivants :

*"Les appels étant fort différents, une grille trop formalisée peut nuire à la spontanéité du dialogue";*

*Grille "à adapter au cas par cas" ;*

*"Une grille amoindrirait le caractère libre et spontané de l'échange confraternel" ;*

*"Grille d'écoute facultative à prévoir, déjà présentée en formation, utilisée par le réseau de Poitou-Charentes, modèle de MOTS remanié" ;*

*"Oui mais utilisation possible de cette grille que dans des cas bien précis car chaque appel a ses spécificités";*

*"Oui cela peut être utile mais il faut quelque chose de très simple et pas trop long sinon le médecin ASRA trouvera cela trop compliqué et risque de ne plus vouloir s'investir"*

#### **4. Formation du médecin de soutien ASRA**

Plusieurs propositions tentent d'évaluer le ressenti ou les besoins en matière de formation des médecins de soutien, avec la même échelle de Likert.

Globalement ils se sentent *"bien formé à l'écoute active"*. Pour la majorité des items, ils sont *"d'accord"*, et dans une moindre mesure *"tout à fait d'accord"*. La première proposition évalue le sentiment global de compétence. 22% de confrères sont *"tout à fait d'accord"* et 55% sont *"d'accord"*. Les propositions suivantes apprécient des domaines particuliers.

Le *"... repérage des facteurs de risques de burn out "* : 81% sont plutôt satisfaits de leurs compétences sur ce sujet (*"tout à fait d'accord"* et *"d'accord"*), seul 22% sont *"partiellement d'accord"* et aucun *"pas du tout d'accord"*.

Le *".... repérage des addictions "* : cela est moins tranché. 62% sont plutôt satisfaits mais 37% sont *"partiellement d'accord"*. C'est un sujet qu'il faudra éventuellement revoir.

Le *"... repérage et la gestion immédiate d'une crise suicidaire"* : 63% sont plutôt satisfaits et 26% *"partiellement d'accord"*.



Les "... problèmes médicaux sociaux des médecins (Retraite, invalidité, Prévoyance)" : 66% sont plutôt satisfaits et 25% le sont moins.

La "... problématique de la violence et de la sécurité" : 66% sont plutôt satisfaits et 25% le sont moins.

La "... problématique des jeunes médecins". C'est un item où ils sont plus partagés. Seulement 48% des confrères sont plutôt satisfaits de leur formation sur ce sujet, 33% sont "partiellement d'accord" et 11% ne sont pas du tout satisfaits de ce qu'ils peuvent offrir.

La problématique "... des hospitaliers et médecins salariés" ne pose pas de problème majeur. 70% sont plutôt satisfaits.

La "... problématique des internes". Tout comme celle des jeunes médecins, 48% des répondants s'estiment bien formés, 33% le sont moyennement et 11% "pas du tout".

Les "... reconversions professionnelles possibles en libéral comme à l'hôpital" : seulement 44% des confrères se sentent à l'aise avec la problématique, 44% moyennement et 7% pas du tout.

Enfin, la "...problématique des soins aux soignants" : 59% ne rencontrent pas de problème majeur, mais 30% sont "partiellement d'accord".

L'on s'aperçoit que malgré une formation annuelle sur des sujets divers et variés en lien avec les problématiques fréquemment rencontrées par les confrères de soutien, ceux-ci ne paraissent pas être totalement à l'aise, totalement confiants sur certains sujets, en particulier le repérage des addictions, la prise en charge d'internes ou de jeunes médecins, les reconversions professionnelles et la dimension globale du soins aux soignants. Cela peut se comprendre par le manque d'information dont nous sommes victimes, sur ces points précis, durant notre cursus universitaire et ultérieur. Ces manques engendrent des faiblesses, qui font le nid de malaise mais aussi d'une difficulté à conseiller nos pairs.

Les formations sur l'écoute active, et la gestion d'une crise ont eu lieu lors de la première journée de formation, en janvier 2012, par des experts, les professeurs Galam, et Terra et le docteur Léopold. Même si la plupart des médecins de soutien actuels le sont depuis le commencement du réseau, nous pourrions imaginer refaire des rappels sur certains de ces thèmes à faire éventuellement par certains confrères à l'aide de leur propre expérience en la matière.

## **5. Indépendance et confidentialité**

Dans leur grande majorité, les confrères de soutien qui ont répondu à l'étude confirment leur choix éthique en revendiquant "*l'indépendance du réseau ASRA vis-à-vis des institutions*", en respectant "*totalement l'anonymat du médecin et le secret médical en toutes circonstances*". Ils acceptent tous, "tout à fait" "*d'être identifiable par le médecin appelant*". Dans la majorité, ils ont eu "*connaissance de la convention de partenariat passée*

*avec le CNOM, en son article 12" ( Annexe 1). Celle-ci était envoyée à tous les médecins de l'enquête en même temps que le questionnaire. Ils renouvellent tous leur engagement à inviter un médecin appelant " à prendre contact avec son CDOM ou le CNOM pour un dossier d'entraide financière, " à obtenir du médecin appelant, susceptible de mettre en danger ses patients, qu'il suspende son activité professionnelle et qu'il ait recours au président du CNOM dont il dépend", "à obtenir du médecin appelant, susceptible de se mettre lui-même en danger, qu'il suspende son activité professionnelle et qu'il ait recours au président du CDOM dont il dépend", en ayant éventuellement prévenu "le président d'ASRA, pour accomplir ces procédures, avec l'accord du médecin appelant qui m'aura donné son nom".*

## **6. Leur vécu général d'ASRA à l'issue de quatre années**

A la question "*Quel est mon sentiment d'utilité à mes confrères selon l'approche ASRA ?*", la plupart répondent être très satisfait (40%) ou satisfait (59%). Aucun n'est peu ou pas satisfait, la preuve étant qu'ils restent volontaires et actifs au sein du réseau.

Les commentaires libres, sur ce point, sont nombreux et sont les suivants, traduisant au mieux leur ressenti :

*"Rappel des médecins appelants pour remercier quand la situation de crise est passée" ;*

*"J'ai l'impression en 4 ans d'avoir été utile 3 à 4 fois/jour ; je regrette avoir "raté" 2 contrats par fausse manœuvre téléphonique et je souhaite qu'on me rappelle la procédure exacte pour récupérer un appel manqué" ;*

*"ASRA m'a appris beaucoup de choses à propos du mal-être du médecin et m'a donné la sensation d'être utile" ;*

*"Très satisfait est un zeste narcissique, mais les remerciements très chaleureux majoritaires laisseraient à penser que nous faisons pas mal (je n'ai pas dit toujours)" ;*

*"Comme l'expérience part de "néant", on ne peut qu'être satisfait mais il faut naturellement l'améliorer avec notamment la formation des médecins de soutien" ;*

*"Retours excellents. Aucune critique. Par contre, manque important de communication (trop de confrères ne connaissent pas ASRA ou ont oublié...). Ne rien changer à notre mode de fonctionnement : ce serait trop compliqué et fort risqué";*

*"J'ai parfois donné mon téléphone et personne ne m'a rappelé, c'est un peu frustrant. Mais cela serait peut être lourd de suivre toutes les personnes qui ont appelé le réseau";*

*"Insuffisance de la connaissance du suivi médical à 1 mois et 6 mois" ;*

*"Bravo à ASRA".*

Je n'ai pas repris les éléments de l'étude concernant l'auto-évaluation de la santé du médecin de soutien car ce n'était pas le but de ce travail, mais l'auteur l'a fait pour que chaque confrère de soutien puisse faire le bilan de ses "*propres risques médico-socio-professionnels*", condition capitale pour pouvoir correctement orienter ses confrères.

## **II - LEURS FORMATIONS**

La journée du 14 janvier 2012, qui réunit bon nombre d'acteurs volontaires du réseau, représente le vrai départ de cette entreprise. Sous la houlette de trois experts invités, les professeurs Galam, Terra et le docteur Leopold, l'association est présentée.

Dès les balbutiements d'ASRA, il paraissait important que le "back office" soit spécifiquement formé à l'écoute de confrères en difficulté, en sus de leurs propres expériences et de leur savoir-faire. Les docteurs Leopold et Galam ont assisté à la naissance d'ASRA, en encourageant la formation de ce dispositif, et proposait depuis le début leur expertise pour les formations.

### **1. La problématique des médecins en difficulté**

Le docteur Leopold, médecin généraliste, vice président de la CARMF, trésorier de l'APSS et chargé de l'entraide au CDOM 84, reprend les résultats de l'enquête de 2003 sur les décès des médecins (5) : on observe un risque suicidaire majoré de 2,37 fois chez les médecins par rapport à la population générale, en particulier chez les femmes. Il rappelle la définition du burn out, qui selon Freudnberger en 1973, représente un état d'épuisement professionnel chez les soignants avec trois composantes principales : un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une perte de l'accomplissement personnel, le tout mesurable par la MBI, Maslach Burn out Inventory. 53% des médecins d'Ile-de-France en 2008 serait en burn out, peu importe le statut libéral ou hospitalier (34).

Le docteur Galam, dans une deuxième présentation, donne plus de pistes de réflexions sur les causes du burn out et les éléments pour l'éviter. Il aborde dans un premier temps le bilan à faire, éventuellement au téléphone, devant un médecin en difficulté. Il faut évaluer le versant professionnel (activité, organisation, ressources, degré d'épuisement avec le test du MBI, résumer "*ce qui me pèse, ce qui m'aide, ce que je voudrais*"), le versant personnel (médical, protections sociales, charges, investissements et ressources) et enfin trois questions à envisager : êtes-vous capable d'exercer normalement ? devez-vous bénéficier d'aménagement ? comment pouvez-vous faire autre chose ?

Il parle ensuite de quelques clés pour prendre soin de soi et donne des signes d'alerte à repérer en auto-diagnostic.

Enfin il analyse les obstacles à la demande d'aide et à la dispensation d'aide.

## **2. Les principes de l'écoute active**

Dans la suite du déroulement de la rencontre, les docteurs Leopold et Navette ont simulé un appel téléphonique, scénario qui a permis au professeur Terra de donner quelques clés utiles pour l'écoute active. Selon lui, il est important pour le confrère de soutien de se présenter, afin de personnifier l'aide. Il doit également se montrer à l'aise et solide dans sa mission de soutien pour lui-même, comme pour le confrère appelant, et valider le choix d'avoir appelé. Il faudrait s'enquérir du facteur déclenchant l'appel, ainsi que des répercussions dans la vie quotidienne. Il ne faudrait pas amoindrir les difficultés du confrère, mais les approuver en parlant "de grandes difficultés", et explorer les "pires actes qu'il aurait pu commettre". Enfin, en dernier lieu, les solutions de prise en charge peuvent être énoncées sans précipitation.

En conclusion, le professeur Terra souligne que la vocation et l'ambition des confrères de soutien seront d'être fort.

A propos de l'écoute active, le docteur Galam présente à cette occasion le bilan de l'AAPML, fondé en 2005. Cette association reçoit entre 100 et 200 appels par an (195 en 2009 et 129 en 2010), d'une durée variant entre 10 à 30 minutes pour 43% des appels. Ils proviennent essentiellement de médecins généralistes pour 58% des cas, qui ont un besoin d'écoute dans 56% des appels. Les problèmes évoqués sont dans un tiers des cas des difficultés dans la vie professionnelle, mais un autre tiers des problèmes liés à la vie privée. Dans 48% des cas, les appelants sont orientés vers un soutien de psychothérapie en libéral. Le système initialement prévu pour l'Île de France, s'étend progressivement à d'autres régions (Nord-Pas-de-Calais, Bourgogne, PACA).

Pour permettre de bien fixer les idées sur les choses à faire et à ne pas faire lors de l'appel d'un confrère en difficulté, le docteur Galam propose un acronyme. Il s'agit d'ADAGE pour Accueillir, Décrire, Apprécier, Gérer, Évaluer, similaire à la conduite proposée par le professeur Terra.

## **3. Approche comportementale et cognitive de la relation d'aide**

Suite à l'enrichissement pour chacun de cette formation, une deuxième journée a lieu, le 13 avril 2013, sur le thème de l'approche comportementale et cognitive de la relation d'aide. Elle est traitée par le docteur Gourmet, personne ressource du réseau ASRA, médecin généraliste, compétent en matière de thérapie comportementale et cognitive, et qui dispose d'une structure de formation, l'institut OXYLIEM.

A la différence de la première journée de formation qui traitait des aspects pratiques pour mener et évaluer une situation de crise, ces ateliers pratiques mettent l'accent sur les émotions du confrère de soutien face à un confrère en difficulté et le risque d'identification.

Une analyse de cas concrets montre que le confrère de soutien personnalise les choses, qu'il y a une notion de sur-responsabilité, et l'absence de visuel est un facteur aggravant. Le docteur Gourmet met en garde contre la surpression, en rappelant que nous sommes devant

une obligation de moyens et non une obligation de résultats. Il propose d'écouter suffisamment le confrère en difficulté, de valider son émotion ("*vous avez l'air très en colère*"), et de trouver le bon moment pour amener la solution qui va l'aider : ne pas tenter de le convaincre.

Le professeur Terra, lui, aborde les cas d'urgence. "*En cas d'urgence, il faut connaître très vite la situation, être capable de surmonter des choses déviantes, utiliser un dialogue très large, utiliser les adverbes « j'imagine que cela vous a terriblement vexé que le patient vous ait dit... », être résistant aux propos détestables, aux pleurs, à la rage*"...Il met en garde contre la "rassurance" : "*au contraire, faire l'éloge de l'inquiétude.*"

Pour lui, le traitement des mails est essentiel car les messages laissés sont souvent les messages les plus dangereux.

Il précise que lors d'un appel d'un confrère en difficulté, le confrère de soutien est le "*puissant*" du réseau ASRA. Il faut éviter le "on", mais utiliser le "je".

Le professeur Terra souligne que le suivi est légitime. On peut prendre des nouvelles du confrère en difficulté de façon discrète.

Lors de cette journée, une présentation est également faite sur le "bouclier assurantiel" des médecins libéraux.

#### **4. Les addictions**

Une nouvelle journée de formation en avril 2014 portait sur l'addiction, avec en particulier le repérage d'une addiction lors d'une écoute téléphonique par un confrère de soutien.

Lors de la journée de 2015, les cyber addictions et les addictions sexuelles sont abordées. Ce même jour, une présentation est faite sur les affaires devant la Chambre Disciplinaire de première Instance de Rhône Alpes, notamment les plaintes à caractères sexuels.

Selon le docteur Lefevre (32), l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a établi un rapport en juin 2013 sur les "*Interactions entre santé et travail*". Il est dit dans la synthèse : "*La France est le pays d'Europe le plus touché par les addictions...*"

On rappelle que selon le Professeur Pierre Carayon, président de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie à Besançon (ANPAA), 5 à 10% des médecins français sont victimes d'addiction, soit environ 10 à 15 000 médecins malades en France, dont 70% d'entre elles, victimes d'addiction à l'alcool, correspondant à 2 à 3 médecins par département.

Les problèmes d'addiction dans les appels reçus par le réseau ASRA sont de l'ordre de 4%. Ils sont probablement insuffisamment repérés, éventuellement à cause des difficultés d'expression des médecins appelants, en grande souffrance et pouvant même être en situation de déni complet sur le sujet, ou éprouvant de la culpabilité ou de la honte.

Une enquête menée sur les femmes victimes de violences conjugales montrent que les femmes de médecins ne sont pas épargnées (32). Un lien avec l'alcool peut souvent être fait. A cette occasion, le docteur Michèle Lefevre rappelle que "*Derrière un médecin victime d'addiction, il est nécessaire de songer à une famille en souffrance, tout comme à une clientèle pouvant être victime d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques graves*".

De même, elle met en garde contre "*la banalisation actuelle de l'alcool chez les jeunes, de façon régulière ou occasionnelle en grande quantité (binge drinking, neknomination)*". Ce changement dans les habitudes sociétales pourrait bouleverser les statistiques liées à l'âge des médecins victimes d'addictions, actuellement évalué à 54 ans, selon une étude qu'elle a menée auprès de structures de soins en addictologie de Rhône Alpes, centrée sur les médecins victimes d'addictions.

## **5. Autres thèmes abordés**

En 2015 également, le burn out, et en particulier celui des femmes médecins fait l'objet d'une sensibilisation ; le portrait type du médecin en burn out étant, selon le docteur Leopold, une femme de 48.5 ans, psychiatre, généraliste ou anesthésiste.

En juin 2016, la formation portait sur le "Repérage des médecins en difficultés, et la prévention de l'épuisement professionnel". Parmi les experts invités, le docteur Robert, médecin du personnel de l'hôpital Edouard Herriot de Lyon, a présenté les raisons, chiffrées de la souffrance des médecins hospitaliers. Le docteur Garcier, directeur Qualité de Vie et Santé au Travail d'une très grosse entreprise française, a, lui, pointé les risques psychosociaux à rechercher au sein des salariés d'une entreprise. M. Gadea, psychologue social de la société Oxyliem a insisté sur la prévention primaire du burn out. Enfin le docteur Dutilleul a fait une présentation de la jeune expérience de la consultation de médecine préventive gardoise.

Pour résumer cette analyse sur les acteurs d'ASRA, on peut admettre que le système fonctionne relativement bien et qu'ils en sont satisfaits. De petits points techniques peuvent être à améliorer à propos de la plate-forme téléphonique, en rappelant la procédure à faire en cas d'appels manqués et en vérifiant auprès de la société Axialys le bon fonctionnement des choses.

Parmi les points divergents, on note le facteur aléatoire du suivi. Certains en sont satisfaits, d'autres moins, la difficulté étant le secret médical auquel sont soumis les professionnels ressources. On pourrait imaginer à la fin de chaque prise en charge, initiée par ASRA, auprès d'un contact ressource, que ce dernier fasse remplir une fiche de satisfaction au médecin ayant bénéficié d'une aide, et que celui-ci la transmette à ASRA, selon son souhait. Il noterait les éléments qu'il souhaiterait sur sa prise en charge, et ses doléances ou ses satisfactions sur le système en lui-même. Sinon le suivi est fonction du bon vouloir du médecin de soutien de rappeler régulièrement son confrère en difficulté, si celui-ci l'a accepté.

Des journées d'échange pourraient être organisées, dédiées exclusivement au partage d'expérience entre confrères de soutien. L'activité relativement modérée du réseau pourrait

permettre un espacement de ces journées, afin de ne pas être trop chronophage. Les propositions parlent d'en moyenne deux fois par an.

Une grille d'écoute, récapitulant pour rappel certains points à aborder, pourrait être donnée à titre indicatif dans le dossier donné par le réseau lors de l'accueil de nouveaux confrères de soutien. Elle serait laissée à la libre utilisation des confrères, pour rassurer certains, pour tenter d'éclaircir certaines situations qui paraissent complexes, en espérant qu'elle puisse servir la cause d'ASRA, permettant une analyse plus fine de certaines difficultés de confrères, et donc une prise en charge peut-être encore plus adaptée.

Il faudrait prévoir à l'avenir, des journées de formation portant sur les thèmes où les médecins se sentent les moins à mêmes de conseiller un confrère : la problématique des jeunes médecins et internes en difficulté, la reconversion professionnelle, le dépistage des addictions et le soin aux soignants.

La comparaison avec une association d'écoute quasi légendaire qu'est SOS Amitié est peut-être mal appropriée, car le public visé est différent, l'une est nationale, l'autre régionale, et le nombre d'appelants est incomparable. Toutefois, cette dernière est une association solide, qui a fait ses preuves, reconnue d'utilité publique dès 1967 et labellisée "Aide en Santé" par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques en 2014. Elle a mis en place un parcours d'intégration dès l'appel à candidature pour avoir de futurs écoutants solides et motivés. Leur formation est ensuite la plus complète possible avec pas moins de 100 heures de formation théoriques et pratiques, initialement puis complétées par des formations continues. Un de ses points forts est la supervision mensuelle obligatoire de chacun des écoutants, deux heures par mois. Elle est un lieu d'échange, encadré par un psychologue.

Il est à signaler, malgré l'établissement de leur Observatoire depuis 6 ans, qu'il n'y a pas d'enquête de satisfaction. Les difficultés rencontrées lors de ce travail pour faire des enquêtes auprès des utilisateurs d'ASRA se justifient. Le bénéfice de l'association SOS est incalculable. Sa notoriété seule, est preuve de réussite et d'utilité publique.

## **F - LES SITUATIONS**

Même si le but de cette thèse n'est pas d'étudier tous les facteurs de risques de l'épuisement professionnel chez les médecins, je me suis appuyée sur l'étude de Didier Truchot (37) qui traite du burn out chez les étudiants en médecine et chez les médecins de Champagne Ardenne pour faire une analyse succincte des éléments menant aux situations décrites . Il fait le lien entre des "stresseurs" et une ou plusieurs des trois dimensions du burn out. Certaines de ces situations, rencontrées parmi les motifs les plus fréquents d'appels, à savoir épuisement professionnel, problèmes psychiatriques, relations conflictuelles, difficultés financières et besoin de paroles, permettent d'illustrer ces "stresseurs" .

Ces témoignages sont tirés du tableau récapitulatif des appels, parmi les situations retranscrites avec le plus de détail et un script clair. Tous les appels ne sont pas si bien formulés. Il s'agit donc, pour ces appels, d'une reprise des annotations du tableau synthétique, ainsi que des mesures prises et des comptes rendus des personnes ressources concernant ces cas, s'ils sont disponibles, pour apprécier l'action du réseau ASRA, sur le fond du problème, ainsi que son attachement au suivi.

### **I - L'épuisement**

#### **1. La relation médecin/patient**

##### *Récit*

Parmi les situations étiquetées «épuisement», il y a celle d'une pédiatre allergologue, exerçant en libéral et attachée à l'hôpital. Elle appelle un vendredi, en pleurs, en ayant du mal à s'exprimer, et expliquant qu'elle est épuisée.

Le contexte personnel est celui d'un couple de médecin, avec 3 enfants. Elle a néanmoins le soutien de son mari, qui cependant, assure lui même de nombreuses gardes.

Le contexte professionnel est le suivant : elle est associée avec deux autres médecins de 10 ans plus âgés qu'elle. Elle fait de longues journées, en particulier aujourd'hui. Elle est au cabinet depuis 8h ce matin ; elle vient de terminer sa dernière consultation à 21h15 et n'a eu que 15 minutes de pause ce midi. Elle subit l'indiscipline de parents d'enfants, qui amènent ceux-ci, directement au cabinet, sans rendez-vous.

Le facteur déclenchant serait celui d'une panne de son système informatique, couplé à celui de la période hivernale, qui occasionne un surcroît de travail en raison d'infections virales saisonnières.

Elle dit elle-même être débordée de travail, et être, avec ses collègues, épuisée. Elle se plaint d'insomnies, d'avoir du mal à gérer son organisation professionnelle par l'afflux de la patientèle. Elle sent qu'elle n'est pas loin d'un burn out avec fatigue excessive.



Elle attend du réseau ASRA des conseils d'organisation pour ses plannings, ainsi qu'un soutien médical.

Le confrère de soutien note que l'appel de ce confrère était très angoissant.

La gestion du confrère de soutien a été de lui laisser son identité et son numéro de téléphone pour qu'elle puisse le rappeler en cas de besoin. Après l'avoir bien écoutée, il lui a proposé de prendre du repos le week-end, sans abuser des somnifères. Ils ont ensuite fixé une date de rappel, proche, pour que le confrère de soutien lui donne les coordonnées des médecins les plus à même de l'aider, après conseils et avis du président d'ASRA. Cette pédiatre a accepté de lui laisser son numéro de portable, pour qu'il puisse la rappeler, et ont convenu d'une date, trois jours plus tard, le soir après les consultations, pour ne pas pleurer durant celle-ci.

Lors de ce rappel, la consœur dit avoir été rassurée de savoir qu'elle pouvait compter sur le réseau pour résoudre ses problèmes. Il lui a été conseillé de prendre contact avec un référent dans l'analyse des contraintes organisationnelles et psychologiques de l'exercice professionnel, attaché au réseau ASRA. Le confrère de soutien note qu'elle était plus détendue, et qu'elle promettait de donner des nouvelles dans les six semaines à venir. Elle a remercié vivement le confrère de soutien pour son écoute.

Une semaine après son appel initial, le référent du réseau pour la médecine du travail, a reçu cette consœur. Une première analyse axée sur ses conditions de travail révèle non seulement un surcroît de travail mais également une ambiance matérielle et organisationnelle difficile. L'absence d'ergonomie et de hiérarchisation des tâches multiples et concomitantes sont très vite évoquées. De plus, l'ambiance bruyante (pleurs des enfants) sans interruption devient un facteur de fatigue et d'irritabilité.

Son cabinet est situé dans un local un peu exigü, assistée par une secrétaire temps plein partagée entre les trois associées. Elle n'est pas membre de la SCI étant la dernière arrivée il y a 7 ans, et partage les frais de la SCM.

Elle garde une journée par semaine de consultation dans son ancien service hospitalier, pour ne pas abandonner ses idéaux, et rester en contact avec les différents réseaux inter-établissements et universitaires dans lesquels elle est engagée. Aujourd'hui elle constate dans un grand désarroi, en fait un état dépressif larvé, la réalité de ses craintes : *"je ne sais pas toujours me faire payer", "je n'ai jamais appris la gestion administrative et comptable d'un cabinet", "je m'inquiète pour notre secrétaire, seule et mal installée"*.

Et sa semaine n'est jamais finie : le week end est phagocyté par les tâches administratives de gestion (CPAM, comptabilité) et des dimanches face à son ordinateur pour les activités en lien avec les réseaux professionnels (recherche bibliographique, présentation PowerPoint...).

Ses seuls temps de repos, avec sa famille, sont les vacances scolaires (une semaine) et trois semaines l'été.

Avec ce médecin de santé au travail, ils ont convenu de la stratégie d'accompagnement suivante : en premier lieu, elle doit consulter un médecin généraliste en raison des troubles

du sommeil dont elle a parlé dès le début de l'entretien, afin d'envisager un probable traitement antidépresseur ; dans un second temps, dès le retour de ses vacances la semaine prochaine, elle doit prendre le temps de noter ses tâches, au fil d'une journée standard, en remplissant un référentiel qu'il lui donne ; elle doit également le rappeler pour fixer un rendez-vous à son propre cabinet de pédiatrie, afin qu'il puisse venir observer ses conditions de travail, un jour où elle est seule, par souci de discrétion vis-à-vis de ses associées ; et enfin débriefer l'analyse qu'il lui présentera et proposer des actions correctrices avec la situation à court, moyen et long terme.

Trois semaines plus tard, un deuxième rendez-vous est fixé, à la demande de la consœur, après avoir pris le temps de remplir les questionnaires d'auto-évaluation. Elle a elle-même trouvé des ébauches d'auto-corrections. Ils conviennent de cinq points prioritaires d'actions qui sont : définir et hiérarchiser des consignes avec la secrétaire ; revoir son mode de consultation ; provoquer une réunion avec ses deux associées afin de revoir le fonctionnement du secrétariat et l'aménagement des locaux ; supprimer ses activités para-professionnelles et accentuer celles de loisirs.

La pédiatre a repris contact avec le médecin du travail, référent d'ASRA, par courriel, comme prévu, quelques mois plus tard. Il lui est apparu, tout de suite, une amélioration de la situation. Elle semblait plus lucide sur la période passée et à venir. Elle a mis en place un certain nombre de points soulevés lors du précédent rendez-vous. D'autres points d'amélioration, persistants ou nouveaux sont évoqués à la lecture d'une nouvelle évaluation. Face à une évolution favorable de sa situation, elle souhaite une poursuite de l'accompagnement, avec un rendez-vous qu'elle sollicitera courant octobre.

Elle reprend contact avec lui pour un débriefing de l'année écoulée. Il note dans son regard un réel mieux-être. Elle a été orientée depuis la rentrée de septembre, par son médecin traitant, pour une prise en charge spécifique par un confrère psychiatre, adepte d'une méthode douce de l'analyse des émotions : une heure de divan par semaine jusqu'à Noël. Ceci a permis d'identifier les blessures passées et lointaines. En parallèle, le premier psychiatre a poursuivi la prescription médicamenteuse à doses dégressives. Il note que le déclic salvateur a eu lieu : reprise en main de son agenda, respect de temps personnels, redistribution des tâches de secrétariat, harmonisation en cours du temps de cabinet avec ses associées, projet de réhabilitation des locaux professionnels, amélioration du contenu des consultations, reprise en main de sa comptabilité.

Elle ne se reconnaît plus du tout à la relecture des tests d'auto-évaluation établis avant l'été. Leur rencontre se termine sur une belle note de l'espoir et du bonheur recouvré. *"Merci au réseau ASRA"* furent ses derniers mots et en prime elle dit porter un autre regard sur notre Ordre professionnel!

En conclusion, il semble, que cette prise en charge convenait tout à fait à ce qu'elle attendait.

### Analyse

En terme d'analyse des facteurs d'épuisement selon l'étude de Truchot (37), la non compliance des patients est corrélée à l'épuisement émotionnel. Trois variables influencent la dépersonnalisation : les "*cas complexe*", le "*manque de respect de la part des patients*" et le "*patient non compliant*". Et deux variables, "cas complexe" et "patient non compliant" contribuent à diminuer l'accomplissement personnel. En ce qui concerne cette confrère, les variables "patient non compliant" et "manque de respect" sont bien présentes et ont certainement dû participer à son état.

Par ailleurs on retrouve d'autres facteurs de risque psychosociaux dans cette situation. A savoir, des changements trop fréquents dans la journée avec des rajouts inopinés de patients qui viennent sans rendez-vous, et perturbent le rythme de la journée déjà bien chargée ; ces changements fréquents vont de pair avec une surcharge de travail (quantité travaillée dans un laps de temps fixe qu'est la journée).

Les déterminants de ces facteurs ont été analysés : travail du secrétariat insuffisant ou en non adéquation avec ses attentes ; activités annexes chronophages ; manque de communication entre collègues et secrétaire. Les solutions sont alors apparues plus évidentes.

## **2. Un manque de reconnaissance**

### Récit

Voici un deuxième cas correspondant à un épuisement multifactoriel. Cette consœur appelle, se sentant totalement épuisée et souhaitant prendre du recul sur sa situation professionnelle. Elle fait état d'un profond mal-être au travail.

Le contexte personnel est celui d'une femme mariée, avec plusieurs enfants à charge. Elle ne relate pas de problème personnel. Elle était chirurgien dans son pays, mais reconnue seulement médecin généraliste en France. Elle a comme antécédents principaux psychiatriques un burn out il y a quelques années avec arrêt maladie. Elle était alors praticien hospitalier (PH) à temps plein. Pour alléger sa charge de travail, elle a choisi de changer d'orientation professionnelle en faisant un diplôme universitaire de soins palliatifs et de prendre un poste à 60%.

Elle a accepté son poste actuel, avec un statut "rétrogradé", à contractuel premier échelon avec promesse du médecin responsable du service d'être remise très rapidement à son échelon (cinquième), et à son statut de PH.

Elle a travaillé dans un premier temps sans aucun contrat de travail pendant deux mois, mais avec rémunération, et a dû demander sa mise en disponibilité de PH. Cette situation a finalement mis un an à se régulariser, avec de grosses pertes de revenus (sachant qu'elle a en plus un remboursement de prêt de maison à assurer) et un sentiment de dévalorisation l'accompagnant.

En parallèle, lors de son embauche, le médecin responsable lui avait parlé d'astreintes, non rémunérées, au prorata du temps de travail de chaque médecin. Les astreintes étaient annoncées comme donnant lieu à peu d'appels, mais obligation de travailler sur place le samedi matin lors de l'astreinte.

Au final, ce médecin relate qu'elle fait autant, voire plus, d'astreintes que les médecins temps plein du service, qu'elle a des appels de nuit, un travail important le samedi matin, tout cela sans aucune rémunération.

Elle manque d'information sur les conduites à tenir lors des astreintes ; elle s'est sentie humiliée par son médecin chef suite à un appel de nuit car elle n'avait pas l'information qu'une entrée directe dans l'unité de soins palliatifs, depuis les urgences, était possible en milieu de nuit.

Elle a dû assumer une charge de travail plus importante que son contrat à 60% pour compenser l'absence prévisible d'une collègue médecin pendant plusieurs mois (collègue non remplacée) avec valorisation financière incomplète par rapport au travail réalisé.

Son chef lui a refusé ses Réductions de Temps de Travail (RTT) pendant cette période.

Le facteur déclenchant de cet appel serait une altercation avec son chef de service ; elle a menacé de démissionner. Elle se sent poussée à bout par celui-ci, exploitée, pense que c'est aussi en raison de ses origines étrangères. Elle s'est sentie trahie par son chef, et se sent victime d'abus de pouvoir.

En amont de cet appel, elle a été mise en arrêt de travail pour une semaine par son médecin traitant ; avait envoyé un mail au réseau ASRA quatre jours auparavant ; avait contacté le CDOM 69 sans réponse, ainsi que le Centre National de Gestion, qui lui a répondu que cela ne les concernait pas.

Elle n'a pas contacté le médecin du travail de son établissement, ne le connaissant pas : elle n'a pas eu l'occasion de le rencontrer depuis deux ans et demi qu'elle est dans le service. Peut-être n'était-elle pas assurée de l'indépendance entre sa hiérarchie et le service de médecine du travail ?

Le mail de réponse d'ASRA préconisait de se rapprocher de la commission relative à l'organisation de la permanence des soins de l'établissement et de demander l'avis du président de la CME.

Devant cet épuisement, mêlé à des relations conflictuelles, elle choisit d'appeler le réseau, avant de tenter une quelconque nouvelle action.

Le confrère de soutien qui a reçu son appel lui a conseillé de consulter un psychiatre du réseau ASRA ainsi que le médecin du travail du réseau. Le confrère de soutien a donc appelé le référent psychiatre qui a rappelé la collègue en difficulté. Elle a été prise en charge ensuite par le médecin du travail.

Il n'y a pas de suivi inscrit dans le tableau récapitulatif des appels. Nous ne savons pas comment ont été réglés les différends entre le chef de service et l'appelante, ni si elle a récupéré son dû financièrement, et en termes de congés.

Il aurait pu éventuellement se proposer une conciliation au CDMO entre les deux parties, ou adresser la consœur à un juriste spécialiste des contrats de travail. On peut regretter qu'elle n'ait pas vu le médecin du travail de son établissement avant, mais peut-être qu'avec le référent médecin du travail d'ASRA, des solutions ont pu être envisagées dans ce conflit.

### Analyse

La typologie de ce sentiment d'épuisement est ici plutôt celle d'un manque d'estime, de respect et de reconnaissance de la part de son chef de service mais aussi manque de reconnaissance par la rétribution monétaire insuffisante au vu du travail fourni.

Selon l'enquête SUMER 2010 (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) (39), le manque de reconnaissance au travail multiplie par 3 le risque de mauvaise santé physique, par 2 le risque de manifestation de dépression et de manifestations anxieuses, et par 3,5 le risque d'absentéisme itératif.

## **II - Les relations conflictuelles**

### **1. Un choc émotionnel**

#### Récit

A propos des relations conflictuelles, voici un cas bien étayé. Il s'agit d'une femme, Praticien Hospitalier gériatre, qui appelle le 2 octobre, et fait état d'un conflit avec un homme gériatre de son établissement, avec lequel il n'existe pas de lien hiérarchique, ni de lien personnel passé ou actuel, et avec lequel le tutoiement est de mise. Elle n'a pas pu se rendre au travail aujourd'hui, suite à une altercation la veille, a peur de rester seule dans son bureau, et a eu des insomnies la nuit dernière. Elle relate les faits avec un grand calme selon le confrère de soutien, avec discernements, retenue, et, toujours selon lui, sans effet démonstratif ni revendicatif.

Nous n'avons pas plus de renseignements sur le contexte personnel.

Concernant les faits, elle commence par relater un premier épisode en mai. Alors qu'elle est au restaurant de l'hôpital, elle est violemment interpellée par ce collègue, devant témoins, qui lui fait des reproches marqués et vifs, pour le motif qu'elle n'a pas répondu à un de ses mails dans les 72 heures. Dans les suites, elle n'a pas fréquenté la restauration de l'hôpital pendant un mois.

Hier après midi, son collègue l'appelle au téléphone, en criant, lui disant *"tu me méprises, tu ne me supportes pas, tu ne m'aimes pas..."*. Le facteur déclenchant serait une famille de patient mécontente, mais pour laquelle la consœur n'est pas impliquée. Le collègue gériatre est ensuite entré dans la salle de soin, en faisant une grande démonstration colérique, avec

jets de cahiers, consœur insultée...Les infirmières étaient médusées ; elles ont fait appel au chef du collègue car il avait du mal à se calmer.

La consœur est immédiatement rentrée chez elle, très affectée. Elle a écrit à son assistance juridique et au directeur de l'hôpital.

Après renseignements du confrère de soutien, le contexte administratif est difficile dans cet établissement à cette époque avec la démission récente du Président de la CME.

Ce collègue en question est connu pour ses éclats verbaux, souvent en public. Il est supposé bipolaire et aurait déjà eu une autre "proie" femme médecin.

Le confrère de soutien a proposé plusieurs actions. Il a bien entendu confirmé l'intérêt d'une notification de la situation conflictuelle à la hiérarchie administrative et médicale. Il a également laissé à l'appréciation de la consœur en difficulté de demander une conciliation à l'Ordre départemental des médecins du Rhône avec deux principaux buts : le rappel au collègue gériatre, par des pairs, du code de bonne conduite, de la confraternité et l'amorce d'une relation différente entre les parties avec éventuellement une proposition de soins pour le gériatre.

Le confrère de soutien indique que la consœur le remercie de cet échange qu'elle a apprécié. Il lui dit rester à sa disposition, lui donne son numéro de portable et lui fait part de son souhait de la recontacter dans un mois, ce qu'elle accepte.

Il n'est pas noté quelle a été la réaction du chef de service quand il a été appelé pour cet épisode. Nous ne savons pas également si ce gériatre a déjà été convoqué à la médecine du travail pour des faits similaires, ou si des confrères lui en ont déjà parlé. Nous n'avons pas d'information sur l'organisation du service, les remaniements passés et à venir, la pression qui y règne ou l'absence de celle-ci. Selon un membre de l'Association des directeurs d'hôpital, "le relationnel reste le domaine le plus conflictuel, le plus à risque pour les médecins"(27). Il existe une prise de conscience progressive.

### Analyse

Selon l'étude de Truchot en Champagne Ardenne (37), on notera que les chocs émotionnels et les conflits avec les collègues sont associés à un niveau élevé d'épuisement émotionnel. Par ailleurs, cette dernière variable est liée à la dépersonnalisation. On peut supposer que ces conflits concernent des désaccords à propos d'interventions et qu'ils finissent par engendrer des attitudes négatives envers les patients.

## 2. Une discrimination

### Récit

Parmi les situations conflictuelles, voici celle d'une assistante d'un service d'un Centre Hospitalier Universitaire. Lors du premier appel ainsi que lors des suivants, elle paraît hyper stressée selon le confrère de soutien, et volubile.

Le contexte personnel est celui d'une jeune femme célibataire, née en France de parents maghrébins. Elle a pris son poste d'assistante il y a 18 mois, et doit terminer en novembre.

Depuis son arrivée, ses collègues assistants devenus pour certains d'entre eux Maître de Conférence Universitaire - Praticien Hospitalier lui mènent la vie dure avec des propos sexistes, voire racistes....Les choses se sont aggravées récemment avec le professeur X. Elle a demandé un rendez-vous au responsable des Affaires Médicales de l'hôpital le 3 février. Elle désire porter plainte contre son chef de service, le professeur X, pour harcèlement et discrimination, mais n'envisage pas, pour le moment de porter plainte au pénal. En effet son patron lui refuse les stages de perfectionnement pour la recherche alors qu'il lui avait promis antérieurement. Il veut également modifier son tableau de garde, des vacances et de RTT en fonction des "besoins du service".

Après l'avoir bien écoutée, le confrère de soutien lui propose qu'elle le rappelle le lendemain, pour qu'il lui donne quelques pistes d'action, à savoir rencontrer le président du CDOM 69, pour étudier son dossier, après son rendez-vous avec les Affaires Médicales. Elle devra donc recontacter le confrère de soutien pour lui dire ce qu'il s'est passé, ce qu'elle accepte. Elle a appelé, plusieurs fois dans la semaine, le confrère de soutien, en proie à l'anxiété, au stress.

Celui-ci lui a bien précisé qu'il lui était impossible de régler seule ses problèmes relationnels aigus dans son service, et qu'il lui faudrait nécessairement passer par le CDOM.

Le lendemain de son rendez-vous, le 4 février, le confrère de soutien indique que cette jeune consœur a été reçue par le directeur des Affaires Médicales. Celui-ci lui a précisé avoir reçu un appel téléphonique du professeur X qui cherchait à l'obliger à démissionner de son poste d'assistante. Cependant, en l'absence de toute faute professionnelle, il n'est pas possible d'exclure ce médecin de son service.

Cette consœur accepte de rencontrer le président du CDOM 69 avec un membre d'ASRA. Elle a l'intention de quitter son poste en mai, avec le titre d'ancienne assistante, pour avoir droit au secteur II, mais ne souhaite pas en faire état pour le moment.

Nous ne savons pas quelle a été la teneur de cette entrevue, et surtout quelles ont été les actions proposées et les résultats obtenus.

### Analyse

Il est à signaler, concernant ces propos sexistes dont ce médecin fait preuve, que dans l'enquête SUMER 2010 (38), 18,8% des femmes de la fonction publique hospitalière ont déclaré avoir été victime d'au moins une agression verbale de la part de leurs collègues ou

supérieurs, dans le cadre du travail et dans les douze derniers mois. Les auteurs de la synthèse "Les RPS au regard du genre" (39) à partir des enquêtes SIP et SUMER précisent que les "comportements hostiles" au travail, les "atteintes dégradantes" et les "comportements méprisants" sont une forme de violence morale au travail, favorisée quand l'organisation du travail est tendue.

De manière identique l'enquête Samotrace (40) montre que près de 16 % des salariés de l'échantillon déclarent au moins un épisode de violence ou de discrimination au cours des douze derniers mois (19 % chez les femmes et 14 % chez les hommes). Avoir été l'objet "d'intimidations, de menaces ou d'humiliations" est de loin le fait le plus rapporté. Il concerne 13,5 % des femmes et 10 % des hommes.

### **III - Les problèmes psychiatriques**

#### **1. Un syndrome anxieux généralisé**

##### *Récit*

Cet exemple fait partie d'un certains nombres d'appels liés à des problèmes psychiatriques/psychologiques.

Il s'agit d'une femme, exerçant en tant qu'anatomo-pathologiste dans un cabinet libéral.

Elle dit être atteinte depuis longtemps d'anxiété généralisée avec attaque de panique. Elle est suivie par son généraliste, qui lui prescrit quelques anxiolytiques, et en parallèle, elle voit une sophrologue. Elle s'équilibrait jusque là comme cela.

Le contexte professionnel actuel est celui d'une association compliquée de son cabinet avec un autre cabinet, plus important. Ses associés se déchargent sur elle au niveau des négociations mais il n'y a pas de conflit interne.

Sous l'effet du stress, le syndrome anxieux décompense et devient ingérable. Elle perd ses capacités professionnelles.

Elle demande de l'aide au réseau, dans ce contexte.

Le confrère de soutien indique qu'il ne semble pas exister d'autre facteur déclenchant. Il lui propose donc un rendez-vous avec un référent psychiatrique du réseau, qui peut la recevoir le lendemain. Elle accepte. Ils conviennent également d'un rendez-vous téléphonique de suivi dans une quinzaine de jours.



## 2. La compliance des patients

### Récit

Il s'agit cette fois d'un couple de médecins généralistes, installés ensemble dans le sud de la Drôme depuis 26 ans. Après 22 ans d'activité libérale en groupe, le couple a décidé de quitter cette association et de créer un nouveau cabinet en janvier 2009 dans l'optique d'une gestion facilitée de leurs journées de travail et des vacances.

Depuis, les conditions environnementales ne font que se dégrader avec afflux de population socialement précaire, à gestion épuisante sur une population de base déjà difficile.

Ils déplorent la perte de multiples correspondants de proximité et points d'accès de soins ; perte de 17 points d'accès médical en 10 ans, avec accélération dans les deux dernières années. Il s'ajoute également l'élargissement géographique du secteur de garde.

Dans ce contexte, ils vivent tous les deux, une angoisse quotidienne pour répondre à la demande de soins et pour la gérer. Les relations avec la patientèle deviennent difficiles, devant ce sentiment d'être un fusible d'un système qui se dégrade. Ils ont un comportement agressif dans la journée, avec des difficultés à supporter les gens. Des manifestations psychosomatiques apparaissent.

Ils se sentent seuls ; leurs confrères paraissent peu altérés par cette situation et semblent résignés.

Ils ont envisagé l'arrêt de leur activité libérale, mais ont encore un engagement financier de six à sept ans.

Ils approuvent une prise en charge psychologique mais obligatoirement en dehors de leurs correspondants habituels et pas trop loin.

C'est pour cette raison qu'ils font appel au réseau. Ils se posent également la question d'un arrêt de travail, mais ne savent pas par quel médecin ; d'une éventualité de travail à mi-temps, mais ne savent pas non plus vers qui se tourner, ou d'une collaboration.

Ils ont d'abord échangé des mails via le réseau ASRA, puis ont eu une conversation téléphonique avec un des représentants.

Ils sont d'accord pour dire qu'il s'agit plus d'un ras-le-bol que d'un burn out, devant l'évolution de la profession. Ils ont évoqué, en raison de la proximité géographique, un contact avec les correspondants du docteur Lepold de l'APSS, mais ils sont un peu réticents car ils le connaissent. Ils souhaitent en parler entre eux et rappelleront.

### Analyse

Selon l'étude réalisée en Champagne Ardenne sur les étudiants (37), la charge quantitative de travail a un effet assez relatif sur le burn out. On observe même qu'elle peut contribuer à renforcer le sentiment d'accomplissement personnel. Par ailleurs, lorsque l'on examine le

poids relatif de stressors variés, on constate à nouveau que la charge de travail, même si elle paraît omniprésente, n'a qu'un poids très relatif comparé aux relations avec les patients. C'est ici, très certainement ce qui se passe. Il s'agit peut être plus d'une population difficile à prendre en charge, qui fait le nid de l'épuisement, couplée dans une moindre mesure à celle de la charge de travail.

Autre point intéressant, selon une autre étude de Truchot (3), unique en son genre portant sur le lien entre burn out et prise de décision, il s'avère que le choix de solutions coûteuses en temps et en énergie dépend de deux facteurs : l'épuisement émotionnel et la compliance du patient. Sachant qu'une large proportion de médecins ont un degré élevé d'épuisement émotionnel et que beaucoup se plaignent des attitudes des patients, ce résultat, outre son impact théorique majeur a des répercussions pratiques évidentes. Il montre que la crise qui touche la pratique médicale dépasse le bien être psychologique et/ou physique des médecins pour atteindre et détériorer non seulement la relation avec les patients, mais éventuellement la qualité des soins. Autrement dit, une façon de restaurer l'inéquité d'une relation est de diminuer ses investissements et/ou les bénéfices d'autrui.

Le burn out des médecins libéraux (ici les généralistes) influe sur leurs prises de décision. L'épuisement émotionnel, la première dimension du burn out, les amène à prendre des décisions moins coûteuses. En outre, la compliance du patient joue également un rôle décisif.

## **IV - Les difficultés financières**

### **1. Une hospitalisation**

Les situations de difficultés financières peuvent être parfois dramatiques, et sont au final relativement fréquentes.

Parmi les appels, il y a souvent des dossiers traités par l'entraide départementale, voire nationale.

Cet appel en est un exemple.

#### Récit

L'épouse d'un généraliste de 57 ans avait appelé une première fois au début de l'existence du réseau, pour demander des conseils, craignant que son mari ne fasse un nouveau burn out. On lui avait à ce moment là communiqué les coordonnées d'un psychiatre et encouragé à ce que son mari appelle directement le réseau.

Quelques mois plus tard, cette même épouse rappelle : son époux est hospitalisé pour syndrome anxio-dépressif sévère. Elle a besoin d'une aide financière.

Elle est reçue une dizaine de jours plus tard par le président d'ASRA dans le cadre de l'entraide du Rhône.

L'analyse du dossier montre qu'ils ont de gros soucis financiers : dettes de la CARMF de 12000 euros, remboursement de 1500 euros par mois, pendant 20 ans, suite à l'achat d'un cabinet médical, espérant trouver un associé.

Affilié GPM, le président indique qu'il a joint la référente d'ASRA pour le GPM afin qu'il ait des indemnités journalières, ainsi que la CARMF et la MACSF car il a une assurance perte d'exploitation.

## **2. Des problèmes de santé**

### Récit

Voici un autre exemple ; celui d'une consœur pédiatre de 60 ans, mère de trois enfants en cours d'études ou en début de situation, divorcée depuis 6 ans.

Elle a exercé dans plusieurs villes, chaque fois pour suivre les mutations professionnelles de son mari. Elle s'est notamment installée comme pédiatre libérale dans une première commune de la région lyonnaise de 2002 à 2005 puis dans une autre de 2008 à 2010. Depuis elle ne travaille plus.

Elle a eu de gros problèmes de santé depuis 15 ans, justifiant de nombreuses interruptions : épisodes dépressifs sévères, à répétition ; chirurgie de la colonne lombaire à deux répétitions ; capsulite de l'épaule ; névralgie cervico-brachiale nécessitant la prise quotidienne d'opiacés...

Après 2 ans et 4 mois d'arrêts de travail indemnisés par la CARMF, elle a été mise en invalidité par cette dernière avec une indemnités de 1000 euros par mois jusqu'à 65 ans.

Elle appelle le réseau...Elle n'a aucune autre ressource ; elle a des dettes fiscales et un loyer de 900 euros par mois. Elle aurait besoin d'une aide financière, que le président d'ASRA a obtenu du CDOM 69.

## V - Un besoin de parole, d'écoute

### 1. Une oreille indépendante

#### Récit

Cette situation débute par un mail envoyé par une consœur, pédopsychiatre. Le mail étant imprécis, un des membres du réseau a pu avoir un entretien téléphonique avec elle pour obtenir plus de précisions.

Les premiers éléments sont ceux d'une situation professionnelle, nouvellement compliquée. Elle travaille dans un Centre Psycho Thérapeutique. A la suite d'un accident, elle est restée en arrêt de travail pendant vingt mois puis a repris à mi-temps thérapeutique puis à temps plein. Elle garde cependant des séquelles au niveau de sa mobilité et est reconnue travailleur handicapé par la CPAM.

Depuis son retour, elle considère qu'elle a été « placardisée » et est en conflit avec son chef de service et l'administration. Elle a perdu toute motivation pour son travail qui est particulièrement difficile (enfants et adolescents psychotiques). Elle perçoit très mal les pratiques médicales mises en place au sein des Centres Médico-Psychologiques. Elle s'est ouverte de ses difficultés auprès du médecin du travail de l'établissement dont elle dépend, mais elle a très vite émis des doutes sur l'indépendance fonctionnelle de ce confrère vis-à-vis de l'administration.

Elle semble dans un état anxio-dépressif avec en plus l'apparition d'une hypertension artérielle ; elle a un médecin traitant en qui elle a confiance et est actuellement en arrêt de travail maladie, depuis quelques jours.

A ce jour, elle redoute la prochaine consultation auprès du médecin conseil de la CPAM, qui pourrait la contraindre à une reprise du travail, qu'elle juge prématurée.

Elle s'interroge sur sa fin de carrière.

Il lui a été préconisé de voir un psychiatre pour faire le point sur cet état anxiodépressif. Les coordonnées de trois psychiatres du réseau lui ont été données, ainsi que celle du référent dans la gestion des contraintes organisationnelles pour les problèmes administratifs.

Elle a pu effectivement rencontrer un des psychiatres recommandés, qui lui a prescrit un traitement antidépresseur et qui assure maintenant un suivi adéquat.

Elle a pris contact avec le référent ASRA de l'organisation au travail. Celui-ci résume qu'elle exprime avec simplicité ses doutes, et recherche une aide extérieure pour les prises de décisions à venir, en particulier celles qui seront dépendantes du droit du travail et de la CPAM. Elle a confiance en ses confrères thérapeutes (MG, Psychiatre). La poursuite de la prise en charge psychologique est bien admise par cette consœur, période pendant laquelle devrait s'ouvrir des pistes de réflexions : modalités futures d'exercer, virage professionnel, envies personnelles...

Ils conviennent de garder un lien par téléphone, voire par courriel, afin de lui expliquer les méandres administratifs en lien avec son activité de salariée qui vont apparaître dans les mois à venir.

Cette consœur a trouvé par le biais du réseau ASRA une écoute, une orientation dans sa prise en charge et un professionnel aidant, extérieur à son administration, indépendant, pour l'informer des différentes solutions qui peuvent lui être proposées.

## **2. Un avis**

### Récit

Un généraliste appelle pour échanger sur une consultation inquiétante de l'après midi.

Il a reçu en consultation un garçon de 12 ans, accompagné de sa maman. Le jeune garçon ne respecte pas sa maman ; lors d'une précédente consultation, il avait même menacé sa maman de la tuer si elle ne lui rendait pas sa tablette. La maman est ambivalente. L'enfant joue beaucoup à l'ordinateur et refuse toute interdiction.

Le confrère en difficulté voulait échanger sur la conduite à tenir. Ils ont conclu avec le confrère de soutien de faire appel au pédopsychiatre du quartier ou au service d'urgence psychiatrique si la situation devenait inquiétante.

Le confrère appelant a paru rassuré, et devait recontacter le confrère de soutien s'il ne trouvait pas de rendez-vous de psychiatre pour cet enfant.

Selon l'étude sur les causes de l'épuisement professionnel selon les médecins libéraux franciliens (35), ils seraient 83.3% à vouloir l'existence de lignes téléphoniques de conseils médicaux et juridiques.

## **VI - En quête d'un soutien**

### **1. Un malaise identitaire**

Il y a aussi des appels juste pour avoir une écoute rassurante ; pour avoir des conseils...

### Récit

Un confrère de soutien reçoit un appel d'une généraliste de 53 ans. L'appel est décousu, impulsif.

C'est un médecin qui vit en secteur rural mais exerce en secteur urbain. Elle a déjà été agressée à son cabinet. Elle a été suivie par un confrère psychiatre en libéral mais ce dernier est en arrêt maladie actuellement.

Elle est désespérée de voir un de ses amis hospitaliers en pleine addiction à l'alcool. Elle vient d'apprendre le suicide d'un ami anesthésiste.

Elle est en colère car son lecteur de carte vitale doit être remis à jour pour la "nième fois" ; elle doit refaire un protocole de soin pour un patient pour lequel elle l'a déjà fait il y a quelques mois. Elle n'en peut plus de cette paperasserie et du harcèlement de la caisse. Elle est furieuse que les syndicats aient signé cette convention. Elle accepte mal la disparition de l'esprit de confraternité. Elle a l'impression que tout est fait pour faire disparaître les médecins généralistes. Elle ne comprend plus les médecins. Elle refuse depuis peu d'intervenir en EHPAD et n'accepte plus aucun patient en hospitalisation à domicile. Elle continue à exercer pour ses patients auxquels elle est très attachée. Elle ne se sent plus en phase avec la profession depuis quelques années. Du coup, elle a tendance à être isolée (ne fait plus de FMC, n'appartient à aucun groupe de pairs, sort peu et ne voyage pas du fait du métier de son mari : agriculteur).

Elle ne verbalise aucune idée suicidaire et pense que personne n'a la solution à son problème.

A la fin de la conversation, le confrère de soutien note qu'elle semble satisfaite de l'appel et de l'écoute. Elle accepte les coordonnées d'un confrère psychiatre dans sa ville.

### Analyse

Toujours selon l'étude sur les médecins champardennais (3), Truchot a pu observer chez les médecins libéraux un mouvement de repli identitaire : d'abord tournés vers le désir de changement social, ils se retranchent progressivement sur le monde de leurs intérêts privés.

D'une part, sur l'ensemble de la profession, les médecins montrent un désengagement, passant d'une orientation tournée vers le social et le plaisir à exercer son activité, à un repli sur la sphère privée. Et d'autre part, il semble que si pour les "anciens" le désengagement est progressif, il est beaucoup plus immédiat pour les plus jeunes. Il arrive plus tôt dans l'exercice professionnel.

C'est certainement ce qu'il se passe dans cette illustration. Ce médecin en veut à tout le monde, pense que personne ne peut l'aider et donc ne prend même plus la peine de participer à des soirées entre pairs.

Il apparaît que le retrait sur la sphère privée, c'est à dire une orientation égoïste (selon les analyses de Cherniss qui dégage quatre orientations professionnelles) (3) ne soit pas la meilleure stratégie pour se prémunir du burn out. Dans l'étude menée par Truchot, le groupe des médecins qui ont changé d'orientation depuis le début de leur activité, avec un passage vers une orientation égoïste, présente un fort épuisement émotionnel, une dépersonnalisation élevée, et le plus faible accomplissement personnel.

Mais plutôt qu'un choix motivé par la recherche d'un mieux-être, il semble qu'il s'agisse plutôt d'une sorte d'option par défaut qui guette donc de plus en plus les jeunes médecins.

Les changements d'orientation sont certainement l'indicateur d'un malaise identitaire. L'analyse montre que le changement d'identité est effectivement associé au burn out. Ceux qui ont changé ont un épuisement plus important : ils dépersonnalisent davantage leurs patients, et leur accomplissement personnel est moindre. Le burn out des médecins libéraux est donc bien associé à une recomposition identitaire au travail.

Apporter de l'aide à autrui figure parmi les motivations qui conduisent à choisir la carrière de médecin. Avoir des relations réussies avec les patients est perçu comme une gratification personnelle et professionnelle. De plus, les tensions inhérentes au travail (amplitude horaire, confrontation avec la souffrance) sont compensées par un sentiment élevé d'utilité sociale. Toutefois, au cours des dernières années, le travail de médecin généraliste s'est considérablement transformé. Les soins médicaux sont de plus en plus perçus comme une commodité et, parallèlement, la relation avec le patient est passée d'une relation de confiance à une relation contractuelle. Les individus évaluent leurs relations avec autrui, qu'il s'agisse d'une personne ou d'un groupe, en termes d'investissements et de bénéfices. Les investissements sont représentés par ce que chacun apporte à la relation.

D'une manière générale, les individus déterminent l'équité d'une relation en comparant le rapport de leurs bénéfices sur leurs investissements avec le rapport des bénéfices sur les investissements d'autrui. Une relation sera perçue comme équitable, et donc source de bien-être, lorsque ce rapport est égal pour chaque participant. Une des prédictions majeures de la théorie de l'équité est que si les individus perçoivent leur relation comme s'écartant de l'équité, ils ressentiront de la détresse. Bien entendu, l'asymétrie est une caractéristique essentielle de la relation de soins : l'un donne tandis que l'autre reçoit. Cependant, en contrepartie, les investissements du médecin sont compensés par ses honoraires. Toutefois, le médecin peut percevoir qu'il met beaucoup d'énergie dans la relation et qu'il ne recueille que peu de considération en retour. Il peut donc faire l'expérience du manque de réciprocité dans sa relation avec les patients. Il s'attend à ce que les patients fassent des efforts pour améliorer leur santé, soient observants, montrent du respect et de la gratitude. S'ils sont présents, ces attitudes et comportements représentent un gain qui vient compenser les investissements fournis.

Toujours selon Truchot (3), seuls 27.4 % des médecins de l'étude perçoivent leurs relations avec les patients comme équilibrées du point de vue des coûts et des investissements de chacun. Plus de la moitié d'entre eux (52.4 %) se perçoivent comme « sous-bénéficiaires ». Toutefois environ un sur cinq (20.2 %) se perçoit comme « surbénéficiaire ». Des analyses de variance montrent que les médecins en situation de sous-bénéfice ont des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation significativement supérieurs à leurs collègues qui évaluent la relation comme équilibrée ou qui se perçoivent comme surbénéficiaires.

## 2. Un soutien entre pairs

### Récit

Ce deuxième cas, montrant la nécessité d'un réseau aidant entre pairs, est celui d'un médecin du travail en service inter-entreprise. Elle appelle, suite à des difficultés dans son travail, par besoin de chercher un soutien professionnel en dehors de ses confrères les plus proches. Il n'y a pas de souhait de prise en charge ; elle a déjà étudié les diverses solutions qui s'offrent à elle.

Il s'agit donc d'une femme, exerçant dans le département du Rhône, dans un service inter-entreprises. Elle évoque dans un premier temps au confrère écoutant une situation conflictuelle avec une entreprise depuis quatre ans, avec une exacerbation récente depuis quinze jours.

Malgré le soutien de sa propre hiérarchie, elle a dû recourir à de brefs arrêts maladies pour tenir le coup, d'autant plus que la situation personnelle est difficile avec la présence d'un enfant malade.

Sa demande initiale, approuvée par le confrère de soutien, est celle d'un contact avec le médecin du travail. Ils ont été mis en relation.

Celui-ci relate donc qu'elle rencontre des difficultés récurrentes dans sa pratique professionnelle depuis trois à quatre ans, au contact d'une entreprise de plus de 500 salariés dont elle a la charge. Le contexte se dégrade de plus en plus, tant avec les managers (directeurs, responsables des ressources humaines) qu'avec certains salariés et leurs délégués.

Après avoir alerté plusieurs fois sa propre direction, elle n'a pas obtenu jusqu'ici la fin de mission qu'elle aurait souhaitée. Il note que quatre autres médecins du travail se sont succédés en quelques années, témoignant de la grande difficulté de la tâche, confrontés à des conflits similaires.

Les ingrédients de cette situation, rencontrée de plus en plus souvent depuis quelques années, associent toujours des tentatives d'intimidation par l'employeur (qui s'opposent aux propositions d'aménagement des conditions de travail prescrites par le médecin du travail) et les exigences extravagantes (parfois) des salariés de faire mention de préconisations à leur poste de travail.

Attaquée, aussi bien verbalement que par des menaces physiques, notre consœur a récemment déposé une main courante au commissariat face à des agressions.

Le directeur de son service de santé au travail a soutenu notre consœur lors d'une rencontre avec l'entreprise, et la question de poursuivre la collaboration et la surveillance médicale de cette entreprise aurait été évoquée.



La réglementation est très stricte à ce sujet : l'avis préalable de la commission de contrôle de l'entreprise (composée de la direction et des représentants élus des salariés) est incontournable. Il sera transmis à l'Inspection du Travail.

Or, cette commission veut entendre prochainement cette consœur, ce qui n'est ni une obligation, ni habituel. Elle craint que cette réunion se transforme en "tribunal populaire". Elle n'est assistée d'aucun conseil (avocat, médecin collègue, ou autre choix) dans cette procédure à huis clos.

Le référent d'ASRA a longuement décortiqué avec elle les faits et les attitudes adéquates qu'elle a prises. Il a insisté pour qu'elle se présente à cette rencontre avec des attestations, qui pourront étayer ses arguments au cours de la confrontation. Les médecins qui l'ont précédée et son directeur de service de santé devraient être sollicités en ce sens. Il a également préconisé une conversation téléphonique, voire un écrit, avec le médecin de l'inspection du travail, qui peut être un atout confraternel et officiel (en Droit du Travail) face à cette situation. Enfin, ils ont convenu qu'elle l'appelle soit avant pour "partager le fardeau", et de toute façon après l'épreuve pour une écoute bienveillante.

Cette consœur, qui a avoué elle-même un petit état dépressif réactionnel aux événements, a admis qu'elle ne devait ni regretter ses actes professionnels empreints de courage et d'honnêteté, ni chercher une quelconque reconnaissance de ceux-ci par les protagonistes de l'entreprise. Elle sait très bien qu'elle ne pourra plus travailler au contact de cette entreprise, et qu'elle doit accepter l'idée de cesser les accompagnements personnalisés pour les salariés auprès desquels elle comprend s'être parfois trop investie. Leur avenir n'est plus de son ressort.

Au soir de cette commission, elle a pu joindre le médecin du travail d'ASRA, comme proposé. Le soutien du réseau, associé à ceux de sa direction et de proches confrères médecins du travail, lui ont été profitables. Le résultat attendu va apaiser la situation. Elle n'est plus en charge de cette entreprise.

Elle a eu besoin de chercher un soutien professionnel en dehors de ses confrères les plus proches afin d'avoir la certitude de ne pas être jugée.

Elle remercie le réseau, et n'hésitera pas à recommander autour d'elle cette association de soutien à des confrères.

Cette dernière situation met en exergue une position bien particulière du réseau ASRA, approuvée et recherchée de tous : son indépendance vis à vis des institutions professionnelles, et donc sa discrétion.

## **G - DISCUSSION**

### **I - Les points positifs du réseau**

#### **1. L'entraide**

Le réseau ASRA est en activité depuis quatre ans, avec un nombre d'appels relativement stable depuis 2012, et même une légère augmentation ces derniers mois. Sa force provient de la réunion de plusieurs critères. Pour ne reprendre que deux thèses traitant des souhaits de médecins vis-à-vis d'une prise en charge de leurs problèmes de santé, l'une concluait à une *"prise en charge mixte alliant soutien moral et conseil en matière de prévention et de dépistage"* (41) ; l'autre (42) préconisait entre autre *"un accès direct et pratique, sans adhésion", "...un listing de professionnels"*, pour répondre *"...à un besoin d'entraide, de soutien et de solidarité"*. Le fonctionnement du réseau ASRA correspond parfaitement à ces exigences, par la liberté qu'offre un appel téléphonique, devant l'éventail des motifs d'appels.

L'originalité du réseau est tenue par le caractère bénévole des répondants, l'accessibilité du réseau 24heures/24, 7 jours/7, avec des rappels possibles par le réseau en cas d'appels manqués, et le professionnalisme d'un répondant appartenant à la même confrérie médicale. En conséquence, le caractère bénévole permet d'avoir des confrères rôdés et solides psychologiquement, qui ont eu une formation à l'écoute téléphonique, cependant moins longue et moins complexe que d'autres structures d'écoute.

#### **2. La confidentialité, l'anonymat et la neutralité**

Le réseau répond également aux attentes des soignants par l'assurance d'une confidentialité qui lie les appelants et les aidants, via une charte éthique (Annexe 1), véritable pilier d'ASRA. De même, un des éléments récurrents dans différentes études sur la prise en charge de la santé des soignants est la question de l'anonymat. Au vu du maillage des différents confrères de soutien sur tout un territoire régional, et par le biais de la ligne téléphonique, le confrère appelant peut se rassurer sur le plan de l'anonymat. A la grande surprise des membres d'ASRA, il apparaît que, plus ou moins rapidement selon les confrères, ils donnent, dans leur grande majorité, leur identité et leurs coordonnées, au cours de la conversation téléphonique, preuve qu'un lien de confiance s'établit. Dans la même lignée, bien que sous l'égide du CROM RA, le réseau ASRA est autonome et indépendant de toute institution.

Comme les principes rogériens que suivent SOS Amitiés, et semblables à la société PSYA de l'AAPML, les confrères de soutien du réseau se sont voulu neutres, bienveillants. C'est également une modalité souhaitée par les médecins interrogés par Anne Laure Verjus dans sa thèse (9). L'écoute est libre et non dirigée.

### **3. L'aptitude**

Un autre point positif de ce réseau est qu'il n'y a pas de détermination d'aptitude en cas de recours à ce réseau. En effet, les médecins du travail sollicités exercent leur art en tant que conseillers en gestion du travail. Il ne s'agit en aucun cas de visite d'aptitude. Il appartient aux contacts ressources ou aux confrères de soutien de convaincre le médecin de s'arrêter, ou d'être hospitalisé, s'il y a lieu, en cas de danger pour eux-mêmes ou pour la population qu'il soigne. Ils se doivent également de prévenir en cas de doute le président d'ASRA ou le président du CDOM.

### **4. L'élargissement des frontières**

Le réseau ASRA a fait preuve d'un très bon accueil au sein de la population médicale qui y a eu recours, avec des remerciements chaleureux des usagers et de multiples recommandations auprès de confrères nécessiteux. Son mode de fonctionnement, ses atouts, lui ont fait dépasser ses frontières, avec des appels réguliers de médecins de départements hors Rhône-Alpes. Ainsi l'Auvergne est en cours de rattachement à la structure, de part sa proximité géographique, selon la réforme territoriale récente et surtout selon son souhait. D'autres régions ont également été séduites par le fonctionnement d'ASRA, et prennent le réseau pour modèle, afin de créer leur propre structure régionale d'aide aux médecins en difficulté (Bouches-du-Rhône, Alpes Maritimes, Alsace, Bretagne...)

### **5. Le financement**

Le fonctionnement d'ASRA est peu onéreux. En effet, il est basé sur le bénévolat. Bien qu'une rémunération des confrères de soutien soit prévue en cas d'appel, cela ne grève aucunement le budget. Il n'y a pas d'appel tous les jours, et la compensation financière est minimale. La première consultation avec le confrère ressource est prise en charge, mais seulement pour initier les soins et inciter les confrères. Au-delà de la première, c'est au confrère consultant de régler. Ainsi, contrairement aux confrères hauts normands, dont l'association Imhotep est en stand by pour des raisons financières, le réseau ASRA assure sa pérennité par un budget de fonctionnement modéré.

### **6. Les mutualisations**

Le fait de pouvoir mutualiser différentes structures d'aides françaises fait de chacune une potentielle super structure aux supers pouvoirs, permettant d'augmenter leur potentiel. En premier lieu, l'association du CROM RA et de l'URPS RA a sans doute permis de multiplier les moyens et les appuis ainsi qu'une meilleure diffusion du message. En ce qui concerne les associations de structures d'aide, le réseau ASRA partenaire de l'APSS, permet de rassembler différents avantages, comme si les avantages du programme québécois très usité étaient couplés à ceux du programme catalan. La mutualisation permet de toucher plus de personnes, et plus de moyens à l'image d'une grande toile d'araignée. A ce propos, le Comité de Liaison Inter Ordre des Professions de Santé a permis récemment une rencontre entre l'Ordre des Pharmaciens de Rhône-Alpes et le réseau ASRA, pour que les pharmaciens créent

une structure semblable pour leurs pairs. Depuis janvier 2016, ADOP (Aide et Dispositif d'Orientation aux Pharmaciens) est lancé.

On pourrait imaginer, si chaque profession de santé met en place une structure de prise en charge similaire, et qu'elle a connaissance de celle des autres professions, une possibilité de signaler, de manière bienveillante, des comportements suspects de mauvaise santé ou de difficultés professionnelles chez l'un ou l'autre des professionnels.

Il faut noter qu'il y a 6% des appels au réseau qui proviennent de professionnels de santé autre que médecin. En effet le nom du réseau évoque les professionnels de santé dans leur intégralité. Cependant, sachant que les membres fondateurs sont le Conseil de l'Ordre des médecins, départemental et régional et l'URPS médecins de Rhône Alpes, les aides avec l'institution ou les aides financières ne sont possibles que pour les personnels médicaux médecins et non ceux, paramédicaux. Néanmoins, le réseau a fourni pour plusieurs cas de personnels paramédicaux, les contacts ressources, notamment pour les psychiatres, ainsi qu'une écoute et des avis. S'il s'agit d'une difficulté financière ou relationnelle, il leur est recommandé de se tourner vers les instances en vigueur de leur profession. Mais l'on pourrait imaginer, sans parler de mutualisations de moyens, un contact facilité entre les différentes instances représentatives des différentes professions.

## **II - Les limites du réseau**

### **1. Une diffusion de l'information insuffisante**

Le réseau répond à une moyenne actuelle de 3 à 7 appels par mois. Lors de la réalisation de cette thèse, j'ai pu m'apercevoir du manque d'information dont le réseau est victime, et ce même actuellement. Parmi tous les médecins que j'ai rencontré, un fort pourcentage ignore encore le réseau malgré une communication sûrement mal adaptée. Il n'y a même pas le biais d'une interrogation de médecins "qui vont bien" ; certains sont en difficulté au moins par la surcharge de travail et la difficulté à trouver des remplaçants. Les moyens de diffusion ont pourtant été variés. Un lien sur le site du CROM et sur chacun des sites de CDOM renvoie sur le site d'ASRA ainsi que depuis le Portail d'Appui des Professionnels de Santé, des cartes de visites (Annexe 3) ont été distribuées dans des forums, des réunions etc...Lors de l'inscription de chaque médecin, au moins au CDOM du Rhône, une présentation leur est rapidement faite, avec la possibilité d'adhérer au réseau, en tant que confrères de soutien principalement. Plusieurs mails de diffusion ont été envoyés à chacun des médecins via les mailing list des CDOM, et des articles paraissent régulièrement dans certains médias médicaux. Quels seraient les moyens d'information à mettre en place pour améliorer cette diffusion de l'existence d'ASRA ? Un encadré, un lien sur le site de chaque CPAM départementale rhône-alpine, un site bien utilisé par les professionnels de santé ? sur les sites de l'URPS RA ? sur celui des facultés de médecine ou encore des différents établissements hospitaliers (via leur service de santé au travail) ?

## **2. Le suivi**

Sans parler d'enquête de satisfaction, le rappel des médecins appelant a souvent fait l'objet de discussions lors des réunions du bureau ou des journées annuelles de formation. En effet pour évaluer l'action du réseau, et pour s'assurer de l'avancée de la problématique, un coup de téléphone ou un mail étaient préconisés dans les jours suivants l'appel initial puis échelonnés durant les six mois suivants, si le confrère appelant l'accordait et s'il donnait ses coordonnées. Le suivi devait être organisé par le confrère ayant reçu l'appel, ou à défaut par le bureau d'ASRA. Finalement, il n'y a que peu d'appel téléphonique de suivi, et selon un confrère de soutien, essentiellement dans le but d'être le moins intrusif possible. Les appelants le regrettent-ils ? Cela n'est pas si sûr en regardant une enquête de besoin réalisée par nos confrères suisses, à propos de leur réseau Remed. Il en ressort que les usagers du réseau sont plus partisans d'une écoute ponctuelle que d'une réelle prise en charge au long cours. Ils préfèrent a priori, être maîtres de leur prise en charge et l'organiser comme bon leur semble. Peut-on comparer nos deux nations sur ce plan ? Pour ASRA, les quelques confrères rappelés n'en restent pas moins contents, pour la plupart, si l'on prend de leurs nouvelles. Quant à l'estimation d'un bénéfice apporté, il ne peut être que positif, même si parfois minime éventuellement. Dans tous les cas, la iatrogénicité de la relation aidant/patient est limitée par le fait d'un entretien téléphonique unique.

## **3. Le problème de l'ingérence**

Plusieurs appels ont eu lieu de la part de collègues de médecins en difficulté. Il s'agit toujours d'un sentiment bienveillant. L'ingérence est en plus une obligation déontologique depuis peu. On rappelle que chacun des médecins de soutien a signé une charte éthique de confidentialité et ASRA a signé également avec le CNOM, pour le compte des médecins de soutien, une convention de partenariat qui vaut charte complémentaire (Annexe 1). Celle-ci reprend l'article 56 du code de la santé publique notamment dans son article 12. La réponse du réseau ASRA a toujours été que le confrère appelant convainque le confrère en difficulté d'appeler lui même le réseau hiérarchique ; s'il ne le fait pas, le devoir déontologique est d'informer un membre du bureau qui traitera le problème : il ne s'agit pas d'une délation mais d'une information ; quelle responsabilité aurions-nous si notre confrère s'était suicidé sans que nous soyons intervenu en amont ?

## **4. Le dépistage des addictions**

Si l'on se réfère aux statistiques, 5 à 10% des médecins sont en proie à une addiction. Le réseau ASRA rapporte que 4 % de ces appels sont en lien avec une dépendance. Il faut donc encourager les confrères de soutien à dépister lors de l'appel initial une assuétude, co-facteur d'un mal être. Certains confrères doivent sous estimer cet état, ne cherchant à régler que certains problèmes, associés. L'objectif initial de ce réseau, en travaillant avec l'agence RESTIM, au tout début de la prise de conscience, était le dépistage et la prise en charge de ces addictions chez les confrères. L'équipe instigatrice pensait qu'il y aurait un besoin plus marqué en structure de repérage dans le domaine de l'addictologie.

## 5. Une prise en charge physique

Bien que le réseau permette une initiation de prise en charge dans des domaines très divers et variés, on pourrait imaginer une personne ressource pour chaque spécialité d'organe. En effet, les médecins, en plus de la peur de déranger, qui retarde un premier bilan, ont tendance à solliciter un avis auprès d'un confrère proche, entre deux portes, ou à l'occasion d'une réunion de travail. Et de même, un médecin sollicité pour un confrère a tendance à ne pas l'interroger, l'examiner, ou lui prescrire de la même manière qu'à un non initié. L'existence d'une telle personne ressource permettrait également une prise en charge, si besoin éloignée du lieu de travail, dans un souci de discrétion. Cela s'écarte-t-il peut être trop de l'objectif premier du réseau, en se rapprochant des missions d'un service de médecine préventive ?

## III - L'intérêt global des réseaux de soins destinés aux soignants

### 1. Le DIU soin aux soignants

Les études sur la santé des médecins en particulier mais sur tout le personnel médical et paramédical se sont multipliées depuis une dizaine d'années. Les structures de prise en charge ont donc fleuri dans le paysage des ressources destinées aux soignants en difficulté, jusque là très aride, certainement par déni du problème, et par un manque de connaissance du fléau à l'échelle nationale et internationale. L'étude du docteur Léopold (5) sur le suicide des médecins a été tue pendant quelques temps. Un médecin disait dans une émission radiophonique (29) qu'un médecin malade était un sujet tabou pour ses pairs en raison de la résonance que cela peut avoir dans la population. Celle-ci *"doit avoir une confiance totale dans le corps soignant. Si le corps soignant est altéré, cela devient extrêmement dérangeant, donc on préfère occulter le problème"*. Les hautes instances du corps médical ont dû intégrer progressivement la problématique de la recrudescence de l'épuisement de confrères et élaborer des propositions d'actions, justifiant l'existence de récentes structures de dépistage et de soutien aux médecins en difficulté, la première étant l'AAPML des docteurs Mouriès et Galam. Une phrase du rapport du CNP de 2008 intitulé " Le médecin malade" (43) résume bien cette prise de conscience : *"Nous sommes aujourd'hui rattrapés par d'autres réalités ; le médecin n'est pas seulement un outil au service des soins mais aussi un être humain qui peut être malade, souffrir, qui peut prétendre aux mêmes droits que l'ensemble de la population : dépistage précoce, pris en charge au soutien, garanties matérielles, possibilité de poursuivre ou de ré-orienter sa carrière."* Ce rapport préconise toute une série de mesures visant à améliorer la situation, l'Ordre étant *"chargé du bien être"* de la *"profession"*, toujours selon ce même rapport.

Face à l'intérêt et aux besoins croissants de la prise en charge de ces médecins en difficulté, par la multiplication de réseaux ou structures généralement locales, bien qu'encore trop peu

nombreuses, il a donc fallu apprendre les spécificités de cette nouvelle entité de patient : le médecin malade, et trouver des professionnels compétents en accompagnement du médecin en difficulté. Naturellement, certains professionnels s'occupant déjà de l'entraide, ou d'autres ayant un penchant spontané pour l'aide à leurs confrères ont répondu présents pour cette nouvelle mission. Mais il s'est avéré selon plusieurs études que les médecins interrogés souhaiteraient des praticiens spécifiquement formés à la prise en charge du médecin malade. Par exemple, 53.5% des médecins interrogés dans la thèse récompensée du docteur Grau-Coppieters (44), sur la faisabilité d'un service de médecine préventive en Languedoc Roussillon, souhaitaient "un médecin généraliste spécifiquement formé pour ce poste" et trois quarts des médecins désiraient un médecin généraliste.

Le point d'orgue de l'intérêt progressif accordé à ses structures apparaît fin 2015. Suite aux expériences des réseaux et à ce genre d'étude, il est apparu un réel besoin de former des médecins à ces "compétences particulières". Un diplôme inter-universitaire est donc né à la rentrée 2015, entre les facultés de Paris-Diderot et Toulouse, dont les objectifs sont les suivants : *"Connaître les particularités de la santé des médecins ; Faire du médecin-patient l'acteur de sa santé ; Maîtriser les moyens de préserver l'équilibre psychologique et la santé mentale des médecins ; Maîtriser les moyens de prévenir et de gérer l'impact sur la santé des risques liés à l'exercice médical"* et dont les enseignants, le professeur Eric Galam, et le professeur Jean-Marc Soulat apportent leur vraie valeur ajoutée.

Preuve d'un engouement général international, et preuve d'un réveil français, l'European Association for Physician Health organise à Paris, les 24 et 25 avril 2017, son congrès annuel dont le thème est "Being a Doctor, Staying a Person" (19).

## **2. Le retour sur investissement**

Pour convaincre les plus sceptiques, s'il y en a, parlons finances. On le rappelle, selon les chiffres de la CARMF (11), en 2015, les troubles psychiatriques représentent 42.18 % des causes d'invalidités (première cause) et 20.01% des médecins recevant des indemnités journalières (deuxième cause).

Le taux de suicide chez les médecins est d'environ 2.5 fois supérieur à celui de la population générale.

Plusieurs études québécoises ont chiffré les conséquences d'une déficience de la santé mentale chez les médecins (45). Même si le Québec n'est pas comparable à la France, cela est intéressant. *"Selon les données disponibles, la présence de comportements perturbateurs de la part des médecins peut entraîner à l'égard du personnel soignant une augmentation de l'épuisement professionnel, des troubles psychosomatiques, de la dépersonnalisation et l'intention de quitter. L'ensemble de ces conséquences chez le personnel infirmier peut, à son tour, entraîner des risques d'accroissement de l'absentéisme. Si on considère que les coûts de l'absentéisme du personnel infirmier au Québec s'élèvent à environ 199 millions de dollars par année (Fédération canadienne des infirmières et infirmiers, 2015), on peut estimer qu'une absence de prise en charge des médecins en difficulté pourrait entraîner des coûts d'absentéisme chez le personnel soignant variant entre 39 et 99 millions."*

Une étude plus récente réalisée aux Etats-Unis (46) en 2011 auprès de 7 905 chirurgiens révèle que 70 % d'entre eux attribuent les erreurs commises à des facteurs d'ordre individuel plutôt qu'organisationnel. Les résultats suggèrent un lien significatif entre le niveau d'épuisement professionnel et le nombre d'erreurs commises. Une variation d'un point de l'échelle de dépersonnalisation (l'une des trois dimensions de l'épuisement professionnel) accroît de 11 % les probabilités d'une erreur médicale, alors que cette probabilité est de 5 % pour l'échelle de l'épuisement émotionnel.

Si l'on prend en considération le seul aspect économique par le coût que peut représenter un personnel soignant malade, qui influe négativement sur ses collègues et sur ses propres patients (coût de productivité, coût de gestion, coût assurantiel, et coût lié à la santé par l'auto-médicamentation en particulier, les arrêts de travail ), il apparaît clairement qu'il faille continuer à oeuvrer pour un meilleur dépistage des médecins en difficulté, et une meilleure prise en charge. Le jeu en vaut la chandelle !



## CONCLUSION

La culture médicale encourageant les médecins à prioriser leur travail au détriment de leurs besoins est encore bien présente. Ceci entretient la fausse croyance que le fait de prendre soin de soi s'oppose à l'altruisme.

L'épuisement professionnel représente le tiers des appels au réseau ASRA. Il s'agit d'un véritable fléau qu'il nous faut combattre avec plus d'armes et de fermeté. Notre corporation y est très exposée, la description initiale du burn out faite en 1975 par Freudenberg l'appliquant essentiellement aux professionnels de la relation d'aide.

Le bien-être du médecin est nécessaire au maintien de son engagement professionnel, de sa compassion, de sa compétence à long terme. Prendre soin de sa santé est une condition essentielle pour être médecin, et bon médecin.

Relation d'inéquité au sein du couple médecin patient, relation détériorée avec une mauvaise compliance de certains, manque de reconnaissance au travail, relations conflictuelles, violence physique ou morale, discrimination, difficultés financières, et charge quantitative de travail...les facteurs de stress sont nombreux. A défaut de pouvoir changer une société consumériste, on doit encourager les soignants à se fédérer, à entretenir des liens personnels et professionnels pour développer un réseau de soutien efficace pour faire face aux défis de la pratique médicale. L'on doit également ôter une pudeur à consulter un confrère en amont de problèmes plus conséquents.

Le réseau ASRA est donc un système d'aide aux soignants, robuste, peu onéreux, ouvert à tous les médecins bénévoles, volontaires, qui ne nécessiteront que peu de qualification supplémentaire à celles acquises tout au long de leur vie de soignant. Il s'adresse à presque 30 000 médecins de la région Rhône-Alpes-Auvergne pour une écoute libre face à tout problème. L'écoute est ponctuelle s'ils le souhaitent ou est orientée vers des professionnels ressources.

Une analyse du bénéfice apporté, une quantification de l'aide apportée par ASRA aux confrères en difficulté est une fois de plus délicate à faire, du fait de l'anonymat à respecter, et du système, dans sa globalité, souhaité par ses membres... Cependant parmi un certain nombre d'études sur les attentes des médecins concernant les structures et les organisations à mettre en place auxquelles ils pourraient avoir recours pour améliorer leur bien être, et leur santé, ASRA répond à ces critères. Il s'agit d'un service téléphonique avec des confrères à l'écoute 24h/24, anonyme. Il permet d'obtenir, par ces contacts ressources, une aide médico-psychologique, juridique, administrative, parfois même, selon les cas, d'une aide concernant des dossiers de protection sociale, toujours selon des pré requis éthiques.. Ce réseau s'est constitué en prenant en compte les expériences de structures antérieures, avec leurs points forts et leurs faiblesses. Par l'analyse de ce système aidant, l'objectif n'était pas d'être exhaustif sur les causes de l'épuisement professionnel, car ce réseau tente de prendre en compte toutes les étiologies des difficultés que peuvent rencontrer les médecins, et qu'il est, de plus, encore trop méconnu.

Parmi toutes les situations présentées, le rôle du réseau ASRA peut relever de l'écoute, de conseils, d'orientation de prise en charge, mais, avant tout, la trame de fond de ce qui est apporté, est représentée par le soutien. Les médecins, qu'ils soient libéraux ou salariés se sentent souvent seuls dans bien des situations. L'Ordre est souvent perçu comme l'instance disciplinaire ; la hiérarchie est souvent inaccessible ou sourde aux remarques. Outre le fait d'être un premier pas vers une prise en charge médicale pour beaucoup d'appels, le réseau ASRA répond également, pour les médecins appelants, à un besoin d'être entendus, d'être soutenus par des personnes accoutumées aux situations qu'ils peuvent vivre. En cela, le réseau ASRA est un pionnier parmi les réseaux de soutien.

A l'origine de cette thèse était l'idée de la construction d'un réseau entre la médecine préventive et l'aide aux médecins en difficulté, sur la région de Thonon les Bains. Ce réseau se voulait local espérant qu'un grand nombre de médecins utiliseraient ses services, en inspirant une certaine confiance. Mais c'était sans compter la pudeur dont font finalement preuve encore beaucoup de médecins, et peut-être même plus dans une communauté médicale locale et réduite. Il faudrait avoir un peu plus de recul sur l'existence de la consultation de médecine préventive du Gard, qui vient d'ouvrir ses portes, à l'été 2015. Une thèse est en cours sur le sujet. Il faudrait éventuellement pouvoir observer si les médecins de la région sont moins en proie aux difficultés psychologiques à un stade avancé et si leur santé est meilleure dans sa globalité, en comparant à une période antérieure à l'existence de cette consultation.

Pour finir sur une note d'espoir, je termine sur des considérations moins extrêmes que les épigraphes du début de ce travail. Ces dernières ne font mention qu'à une faible proportion de médecins actuels, je pense. C'est la preuve que les choses évoluent. Les premières données chiffrées de mon introduction dépeignent un tableau assez sombre, ce qui ne me rend pas moins motivée et consciente des enjeux qui s'offrent à nous, la jeune génération. Malgré les études sur l'épuisement des étudiants et des internes, pouvant présager d'une mauvaise santé de la population médicale à venir, la lente et obligée prise de conscience est certainement sur le point d'aboutir, pour laisser place à de nombreuses structures de soins, coordonnées, dont nous saurons nous servir. Ainsi, nous devons être garants d'une bonne santé recouvrée, pour nous-mêmes et pour la population que nous soignons.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- TRUCHOT Didier - Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne - Rapport de recherche - URML Bourgogne Dijon, UPMLB et Reims Département de Psychologie ; 2001
  - 2 - TRUCHOT Didier - Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes - Rapport de Recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes - Avril 2004.
  - 3 - TRUCHOT Didier - Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne - Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne - 2002.
  - 4 - SABOURIN Guy - Brûlé, le médecin ? - Santéinc. - Mai/juin 2014 - [En ligne] - Disponible sur : <http://santeinc.com/2014/05/brule-le-medecin/>
  - 5 - LEOPOLD Yves - Les chiffres du suicide chez les médecins - Rapport au Conseil National Ordre des Médecins - Octobre 2003.
  - 6 - PACAULT- COCHET Martine - Le burn out des soignants - Passages - 3e trimestre 2015 [En ligne] - page 1 - Disponible sur : <https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/2015-10-13-1558PASSAGES.PDF>
  - 7 - WEST C., DYRBYE L., RABATIN J., SHANAFELT T., et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism. A randomized clinical trial - Jama Intern Med. 2014 ; 174(4) :527-533
  - 8 - 8ème Atlas de la Démographie Médicale en France 2014 réalisé par la section Santé Publique et Démographie Médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins, situation au 1er janvier 2014.
  - 9 - VERJUS Anne Laure - Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé - 57p - Thèse pour l'obtention du doctorat de Médecine - Université de Grenoble - 2012
  - 10 - Groupe Pasteur Mutualité. Vulnérabilité et Souffrance du Soignant. [En ligne] [https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/Maquette\\_article\\_burnoutOKbis.pdf](https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/Maquette_article_burnoutOKbis.pdf) .
  - 11 - Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. Les médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès - [En ligne] <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2016/nature-affections.htm>.
- Consulté le 02 avril 2016.

- 12 - PAMQ. Programme d'Aide aux Médecins du Québec. [En ligne] - Disponible sur : <http://www.pamq.org/fr/>
- 13 - FSPHP. Federation of State Physicians Health Program. [En ligne] - Disponible sur : <http://www.fsphp.org/>
- 14 - PAIMM. Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade. [En ligne] - Disponible sur : <http://www.fgalatea.org>
- 15 - BMA. British Medical Association. [En ligne] - Disponible sur : [www.bma.org.uk](http://www.bma.org.uk)
- 16 - VDHP. Victoria Doctor's Health Project. [En ligne] - Disponible sur : [www.vdhp.org.au](http://www.vdhp.org.au)
- 17 - The Royal Australasian College of Physicians. Health of Doctors. Position statement. May 2013. [En ligne]- Disponible sur : <https://www.racp.edu.au>. Consulté le 15 juin 2016
- 18 - Remed. [En ligne] - Disponible sur : [www.swiss-remed.ch](http://www.swiss-remed.ch)
- 19 - European Association for Physician Health. [ En ligne]- Disponible sur : [www.eaph.eu](http://www.eaph.eu)
- 20 - Drs POUILLARD J. (rapporteur), DELGA M.E, BERNARD-CATINAT M., MONTANE F. Rapport de la Commission Nationale Permanente adopté lors des assises du Conseil National de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004.
- 21 - AAPML. Association d'Aide aux Professionnels de Santé et aux Médecins Libéraux. [En ligne] - Disponible sur : [www.aapml.fr](http://www.aapml.fr)
- 22 - Les soins aux soignants malades - L'APSS. [ En ligne] - Disponible sur : [www.ordmed31.org](http://www.ordmed31.org)
- 23 - MOTS. Médecin Organisation Travail Santé. [En ligne] - Disponible sur : [www.association-mots.org](http://www.association-mots.org)
- 24 - IMHOTEP Haute Normandie. Association de Médecin Préventive pour les médecins libéraux. [En ligne] - Disponible sur : <http://imhotepnhn.blogspot.fr/>
- 25 - Groupe Pasteur Mutualité. Prévention. [En ligne] Disponible sur : <https://www.gpm.fr/nos-initiatives-pour-le-bien-être-des-soignants.html>.
- 26 - LETREULLE Emmanuelle - Il faut lutter contre le burn out des médecins. - Centre France le Journal [En ligne] 09.05.2016
- 27 - MOULUN Anne Gaëlle. L'hôpital soigne aussi ses médecins. Le Quotidien du Médecin. Jeudi 19 mai 2016 n°9497 - p 2
- 28 - Fédération de l'hospitalisation privée, Médecine, Chirurgie, Obstétrique. 3 questions au docteur Yves Leopold, médecin généraliste. Jeudi 20 février 2014 - [En ligne] Disponible sur :

<http://www.fhpmco.fr/2014/02/20/3-questions-au-docteur-yves-leopold-medecin-generaliste/>

29 - BASARSLAN Hayati, NAVARRE Jean-Philippe -Un tabou : le suicide des médecins - Emission Sur les Docks - France Culture - 20/06/2016

30 - Conseil National de l'Ordre des médecins. [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

31 - Docteur LEOPOLD Yves - l'Association pour la promotion des soins aux soignants (APSS) - Informations de la CARMF n°61 - Décembre 2013 [En ligne] - Disponible sur : [www.carmf.fr](http://www.carmf.fr)

32 - Docteur LEFEVRE Michèle - Addictions du corps médical - DIU Pratiques addictives - Mémoire -Année 2013-2014

33 - LE TOURNEUR Antoine, KOMLY Valériane - Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine - 135 p - Thèse pour l'obtention du doctorat de médecine - Université de Grenoble - Décembre 2011

34 - GALAM Eric - L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives - Commission prévention et santé publique URML Ile de France - juin 2007

35 - DESPRES P, GRIMBERT I, LEMERY B, BONNET C, AUBRY C, COLIN C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. 2010.

36 - La santé des étudiants et jeunes médecins - Commission Jeunes Médecins - Section santé publique et démographie médicale - sous la direction du Dr JM Mourgues - Conseil National de l'Ordre des Médecins - juin 2016

37 - TRUCHOT Didier. Le burn out des étudiants en médecine. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne Ardenne

38 - DARES. L'enquête surveillance médicale des expositions aux risques professionnels - 2010

39 - BOUFFARTIGUES P., BOUTEILLER J. Les RPS au regard du genre. Etude pour le compte de l'ANACT, à partir des enquêtes SIP et SUMER. Synthèse. Janvier 2014.

40 - COHIDON C., MURCIA M.. Samotrace. Volet "Epidémiologie en entreprise". Résultats intermédiaires à un an. Région Centre, Pays de la Loire et Poitou Charentes. Mai 2007

41 - GONTHARET-MARIETTE Marie Hélène - Définition du médecin traitant idéal pour la prise en charge de ses confrères - Etude qualitative par focus-group auprès de médecins généralistes Hauts-Normands - 269 p - Thèse pour l'obtention du doctorat de médecine - Université de Rouen - Octobre 2013

- 42 - PROD'HOMME Mélanie - Attentes et avis des médecins du Poitou-Charentes concernant la mise en place d'un réseau de soins destinés aux soignants - 104 p - Thèse en vue de l'obtention du doctorat de médecine - Université de Poitiers - Juin 2013
- 43 - LERICHE B, BIENCOURT M, BOUET P, CARTON M, CRESSARD P, FAROUDJ JM et al. - Le médecin malade - Rapport de la Commission nationale permanente du conseil national de l'Ordre des médecins - 2008 - Disponible à l'adresse :  
<http://www.conseilnational.medecin.fr/article/lemedecin-malade-746>
- 44 - GRAU-COPPIETERS Fanny - Etude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon - Tome 1 - 185 p -Thèse en vue de l'obtention du doctorat de médecine - Université de Montpellier - Décembre 2012
- 45 - CHENEVERT Denis, TREMBLAY Marie Claude - Analyse de l'efficacité des programmes d'aide aux employés : le cas du PAMQ -
- 46 - BALCH Charles M., ORESKOVICH Michael R., DYRBYE Lotte N, SHANAFELT Tait D et al. - Personal Consequences of Malpractice lawsuits on American Surgeons - Journal of the American College of Surgeons - Novembre 2011 - 213(5):657-67

## ANNEXE 1

### *RESEAU ASRA - Aide aux Soignants de Rhône Alpes*

## CHARTRE ETHIQUE

- Le **confrère de soutien** s'engage à une totale confidentialité vis-à-vis de la personne appelante, dans le respect du secret médical.
- Le **confrère de soutien** agit en toute indépendance vis-à-vis de toute structure professionnelle.
- Le **confrère de soutien** s'engage à n'assurer aucun soin médical au-delà de l'écoute.
- Le **confrère de soutien** s'engage, si besoin, à orienter la personne appelante vers le réseau des personnes ressources du Réseau ASRA.
- Le **confrère de soutien** s'assure de la réalité du suivi, en accord avec la personne appelante.



## CHARTRE D'ENTRAIDE DU CNOM

### Extraits de la convention de partenariat CNOM/Réseau ASRA signée le 8 octobre 2014

« Le service de l'Entraide créé par l'Ordre, conformément à ses missions constitutives, permet d'apporter une aide confraternelle à des médecins en difficulté ou à leur famille. Cette entraide, outre l'attribution de secours financiers, doit être entendue au sens large et comprendre un soutien psychologique, organisationnel et juridique, un accompagnement professionnel et social, mais aussi une facilitation d'accès aux soins.

Cette entraide s'adresse à tous les médecins, et à leurs familles, inscrits au tableau de l'Ordre, qui rencontrent des difficultés qu'elles soient ponctuelles ou durables ...

#### **Titre 3 : Engagements des Associations signataires de la Charte**

**Article 10 :** Le médecin qui prend contact avec le Réseau ASRA doit être, parallèlement, invité par lui, à effectuer des démarches auprès de la commission d'entraide de son conseil départemental, ou de la Commission nationale d'entraide en vue notamment de la constitution, la plus précoce possible, d'un dossier d'entraide financière si sa situation le requiert.

**Article 11 :** Dans ce cas, le Réseau ASRA s'engage à transmettre confidentiellement aux responsables de l'entraide du CDOM, ou au responsable de la Commission nationale d'entraide, les documents que le médecin lui a communiqués ou à l'accompagner dans cette démarche, sauf si ce dernier lui exprime expressément son refus.

L'Ordre des médecins s'engage à respecter la confidentialité des informations qui lui sont transmises par l'Association.

**Article 12 :** En application des dispositions de l'article R. 4127-56 du Code de la Santé Publique et ainsi que le précisent les commentaires du Code de déontologie médicale, le Réseau ASRA devra obtenir des médecins, qui concourent à son action, leur engagement à s'efforcer de convaincre les confrères qu'ils prennent en charge et dont le comportement leur semble susceptible de mettre en danger leurs patients, de suspendre leurs activités professionnelles et d'avoir recours au CDOM dont ils dépendent. Dans ce cas, le Réseau ASRA, également prévenu, pourra prendre contact avec le Président de la Commission départementale d'entraide ou à défaut, le Président du CDOM afin d'envisager une démarche d'entraide globale dans l'intérêt du confrère.

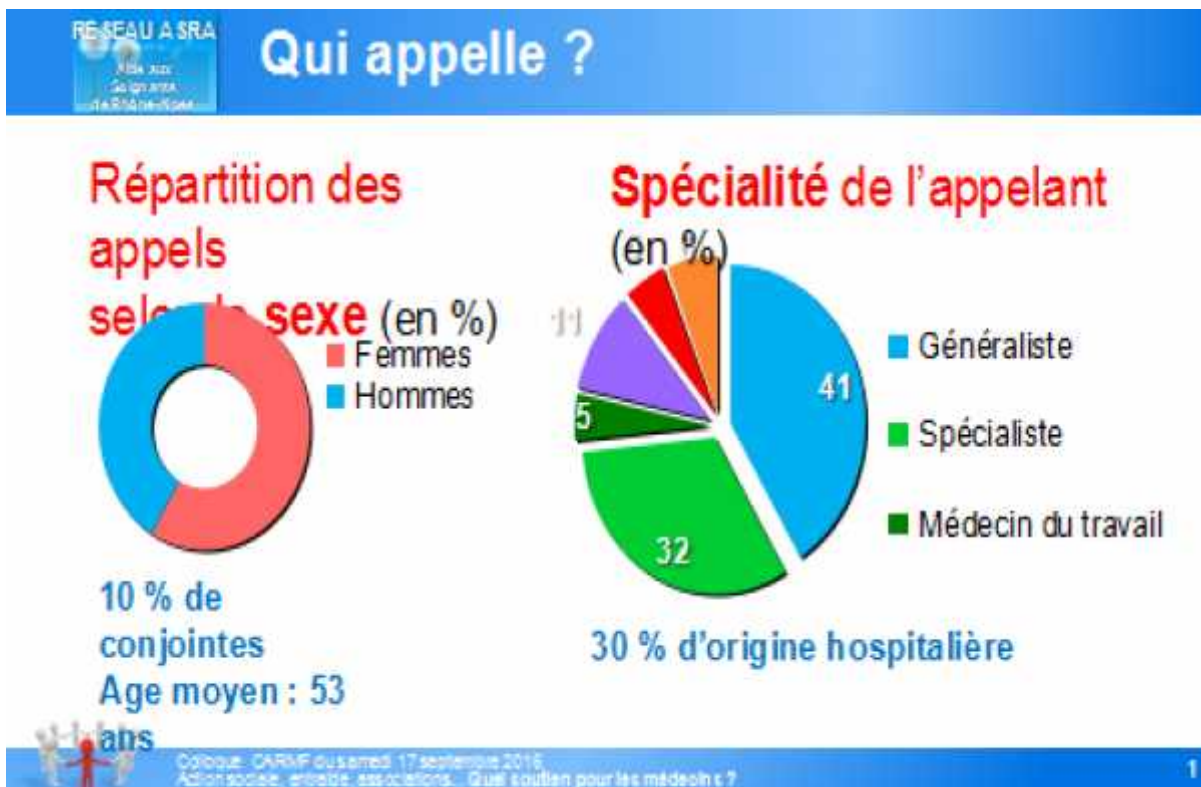
Cette démarche s'effectue dans le respect des dispositions de l'article R.4127-4 du Code de la Santé Publique.



**Article 13** : Conformément à la procédure visée à l'article 12 de la présente charte, et dans le cas où un médecin qu'il prend en charge se mettrait lui-même en danger, le médecin membre du Réseau ASRA s'efforce de le convaincre de solliciter auprès du Président du CDOM dont il relève une mesure de protection, si celle-ci paraît appropriée.... »

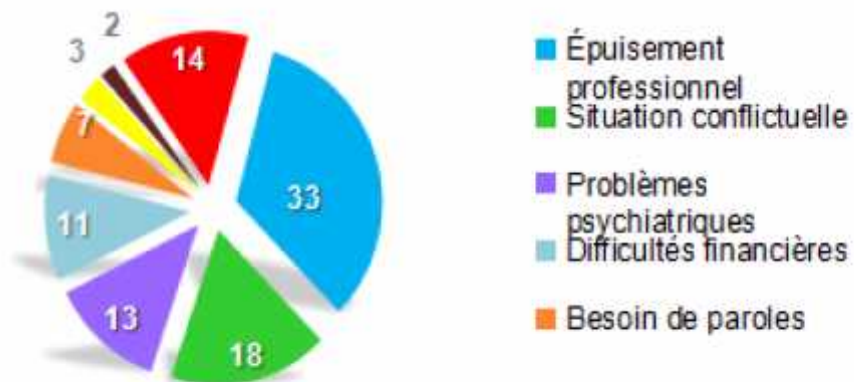
## ANNEXE 2

### LE BILAN GRAPHIQUE de 2016



## Qui appelle ?

### Motif de l'appel ou du mail (en %)



## Qui appelle ?



ANNEXE 3

CARTE ASRA

**Réseau ASRA** *Aide aux soignants de Rhône-Alpes*

Épuisement professionnel, addiction, besoin d'aide...

**Nous sommes tous concernés**

**0805 62 01 33**

**[contact@reseau-asra.fr](mailto:contact@reseau-asra.fr)**

**Un confrère vous écoute**

**24 heures sur 24**

## ANNEXE 4

### L'ETUDE DES CONFRERES DE SOUTIEN

Objectifs : EVALUATION de 4 ans de VEILLE CONFRATERNELLE par les MEDECINS DE SOUTIEN du RESEAU ASRA, Aide aux Soignants de Rhône Alpes. Créé en 2012, ASRA concerne les 27000 médecins des 8 départements de la région et son but est d'écouter, de conseiller, voire d'orienter vers une personne ressource, toute consœur ou tout confrère en souffrance, liée notamment à un épuisement professionnel.

Cette évaluation participera au positionnement objectif et documenté d'ASRA dans l'éco système d'entraide nationale qui se met en place, au côté d'autres dispositifs d'entraide, et dans l'optique du congrès de l'EAPH d'avril 2017 à PARIS ( European Association of Physician Health) .

Modalités :

 envoi mi-avril 2016, avec un rappel ultérieur si nécessaire, aux 35 médecins de soutien qui ont adhéré volontairement au réseau , en mai 2012 ou par la suite, d'un questionnaire ouvert les sollicitant sur les éléments suivants :

1. Les conditions de leur engagement initial dans ASRA
2. Leur avis général sur les procédures d'ASRA
3. Leur vécu d'ASRA au bout de 4 ans
4. Le bilan actuel de leur démarche d'autoévaluation personnelle

Assorti de commentaires libres après chaque question.

-  Retour attendu avant la fin-juin,
-  Analyse statistique en juillet- aout

- Restitution des résultats dans le mémoire du DIU de « soins aux soignants » (PR GALAM, CHU Paris Diderot, PR SOULAT, CHU Toulouse Rangeuil , année universitaire 2016) en novembre 2016.

Documents de travail : le questionnaire à remplir et à renvoyer sous format informatique (en mettant les réponses en surbrillance) par courriel.

Pièces jointes : La charte éthique d’ASRA signée en 2012 / la charte d’entraide du CNOM selon une convention de partenariat signée par ASRA avec le CNOM en 2014 / Le compte rendu statistique ASRA d’avril 2016/ les rapports individuels d’écoutes de chaque médecin de soutien de 2012 à 2016 déjà envoyés par mail séparés le 15/4 et le 18/4 /2016 par Isabelle BOUVEAU.

Engagement éthique : traitement confidentiel et anonyme des données recueillies

Si réponse au format informatique « Mettre en surbrillance les réponses » par exemple : Généraliste ou Généraliste

Si réponse par courrier cocher simplement les réponses

### 1. Votre engagement initial dans ASRA

Vous faites vivre pleinement l’article 56 du code de déontologie (article R.4127-56 du code de la santé publique ... « les médecins se doivent assistance dans l’adversité » et le Serment d’ HIPPOCRATE... « J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité »

Il s’agit déjà de vous situer dans la profession

« Je suis ... »	<input type="checkbox"/> Généraliste	<input type="checkbox"/> Autre spécialiste	<input type="checkbox"/> Psychiatre	<input type="checkbox"/> Médecin du travail
	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Retraité actif
	<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> en groupe	
« je suis âgé(e)de ... »	<input type="checkbox"/> 35 45 ans	<input type="checkbox"/> 45 55 ans	<input type="checkbox"/> 55 65	<input type="checkbox"/> Plus

Il s'agit de traduire très simplement le contexte et vos motivations pour adhérer volontairement au réseau ASRA en 2012

« Je suis impliqué dans d'autres associations... »	<input type="checkbox"/> Ordre	<input type="checkbox"/> Syndicat	<input type="checkbox"/> CARMF	<input type="checkbox"/> AFEM
	<input type="checkbox"/> FMC	<input type="checkbox"/> Autres		
« je soigne déjà des confrères dans ma clientèle »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

« j'ai eu connaissance de cas d'épuisement professionnel chez d'autres confrères »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
« j'ai eu connaissance de suicides »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

Commentaires libres :

2. Votre avis général sur les procédures d'ASRA



### 1 2.1. Appel téléphonique profil

Il s'agit de vous situer 2°é) :

Il s'agit de savoir si la procédure téléphonique vous convient toujours en l'état, et de comprendre d'éventuels échecs

« Je n'ai pratiquement jamais manqué un appel »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
« J'ai toujours eu le message vocal d'un appel manqué sur mon support informatique »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
« J'ai toujours pu exploiter ce message vocal pour rappeler le médecin appelant »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Commentaires libres :

### 2.2. Complétude du tableau d'astreintes

Il s'agit d'augurer de la pérennité du dispositif ASRA

« Cette couverture 7/7 24/24 365/365 me convient tout à fait »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
« Je dégage toujours assez facilement un jour d'astreinte »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
« Le règlement de 70 Euros, uniquement si appel effectif, me paraît suffisant »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Commentaires libres :

### 2.3. Les modalités de prise en charge

Le médecin de soutien procède par une écoute active au cours d'un appel téléphonique en principe ponctuel, prolongé dans la durée en tant que de besoin, avec si nécessaire orientation vers une personne ressource : Il n'y a ni prise en charge prolongée ni activité de soins qui sont réservées à la personne ressource. Il n'y a pas de formalisation d'une quelconque procédure de suivi du médecin appelant par le médecin de soutien

Il s'agit ici de faire le point sur l'idée que le médecin de soutien se fait de son cœur de métier au sein d'ASRA

« Je gère « correctement » le « problème » du médecin appelant, en suivant le modus operandi d'ASRA »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« je conviens parfois avec le médecin appelant d'un à plusieurs entretiens ultérieurs, mais hors champ d'action de la personne ressource »	Tout à fait d'accord	D'accord	Partiellement d'accord	Pas du tout d'accord
« je n'ai pas de difficultés à obtenir un rendez-vous rapide avec une personne ressource disponible »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« j'ai suffisamment de choix de personnes ressources à disposition »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« je n'ai pas réalisé de suivi personnel en ce qui concerne le médecin appelant »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« je n'ai pas eu de contact ultérieur avec la personne ressource »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord

	d'accord		d'accord	d'accord
--	----------	--	----------	----------

COMMENTAIRES LIBRES : par exemple éprouveriez-vous le besoin de bénéficier d'une formation complémentaire plus technique (médicosocial, prévoyance retraite, journées à l'installation etc...) ? Verriez-vous l'utilité d'un suivi plus formalisé (prise de contact ultérieure, demande d'indice de satisfaction du médecin appelant) ?

2.3. Le compte rendu d'écoute (sur la forme)

Il est rappelé que le compte rendu circonstancié de l'écoute pratiquée par le médecin de soutien est résumé de façon strictement anonymisée par notre assistante de direction sous forme d'un RAPPORT INDIVIDUEL d'ECOUTE (pièce jointe), en y rajoutant éventuellement les suites données à l'appel par nos personnes ressources, si nous en avons connaissance.

L'assistante de direction procède ensuite à :

un RAPPORT GENERAL D'ECOUTE exhaustif de tous les rapports des médecins de soutien, strictement confidentiel au BUREAU ASRA et consultable par les médecins de soutien uniquement à chaque AG annuelle

un COMPTE RENDU STATISTIQUE D'ACTIVITE du réseau d'ASRA, (pièce jointe), alimenté par les items interprétables des rapports d'écoute consultable à la demande en temps réel par chaque médecin de soutien

Il s'agit de savoir si vous estimez que cette procédure vous convient SUR LA FORME et VOUS implique suffisamment dans le réseau.

--	--	--	--

« J'envoie systématiquement mon compte rendu d'écoute circonstancié dans les 8 jours »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« je suis satisfait de pouvoir disposer à la demande en temps réel du COMPTE RENDU STATISTIQUE D'ACTIVITE (pièce jointe) »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« je suis satisfait de pouvoir disposer d'un RAPPORT INDIVIDUEL D'APPEL (pièce jointe) au moins annuel »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« je suis satisfait d'avoir connaissance annuellement du RAPPORT GENERAL D'ECOUTE, confidentiel au BUREAU »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord

COMMENTAIRES LIBRES : Il serait intéressant de savoir si vous ne désiriez pas être mieux informés, d'une manière ou d'une autre, du RAPPORT GENERAL d'ECOUTE, dans l'optique d'un utile et plus étroit partage d'informations et d'expériences avec tous vos collègues médecins de soutien..

### 2.3. Le compte rendu d'écoute (sur le fond)

L'écoute d'ASRA est par essence libre et spontanée, c'est peut-être ce qui fait « son charme » pour reprendre le joli mot de l'un d'entre nous.

Votre compte rendu circonstancié, tout comme le COMPTE RENDU STATISTIQUE D'ACTIVITE qui en découle, ne sont pas forcément aussi bien documentés en items pertinents, que certaines publications de niveau universitaire, sur le burn out par exemple, qui sont soutenues par d'autres dispositifs.

Il s'agit là aussi de savoir si la procédure vous convient SUR LE FOND pour impliquer suffisamment ASRA dans l'écosystème d'entraide

nationale

« je suis satisfait de notre forme d'écoute active spontanée au « débotté »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« je suis satisfait du contenu de notre COMPTE RENDU STATISTIQUE D'ACTIVITE (pièce jointe)	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« je pense qu'une analyse statistique plus étoffée « servirait la cause » d'ASRA (avec d'autres items)	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« j'aimerais pour ce faire utiliser facultativement une grille d'écoute simple indicative* pour « ne rien oublier « pendant l'entretien, et tout en respectant notre charte d'écoute	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Pas du tout d'accord

\*cette grille indicative pourrait correspondre au « questionnaire » utilisé dans certains dispositifs d'entraide, qui « balaie » le MBI ( malash burn inventory), l' organisation du travail, la relation médecin patient, les relations professionnelles, la vie privée et les relations sociales , la santé mentale (risques suicidaires), la santé physique, le bouclier prévoyance retraite .

COMMENTAIRES LIBRES :

#### 2.4. Indépendance et confidentialité

ASRA est financé par les ORDRES (CDOM, CROMRA), les URPSRA et des donateurs divers (ARS, AGMF etc...)

Les commissions d'entraide départementales et nationale sont fréquemment sollicitées comme ressources. Parfois le président d'un CDOM ou d'ASRA sont contactés pour un avis à propos d'une situation complexe

Chacun des médecins de soutien ASRA a signé une CHARTE ETHIQUE de confidentialité (pièce jointe)

ASRA a signé enfin avec le CNOM, pour le compte des médecins de soutien, une CONVENTION DE PARTENARIAT (pièce jointe) qui vaut charte complémentaire revisitant l'article 56 du code (devoir d'ingérence confraternelle, signalement)

Il s'agit ici de réaffirmer vos choix éthiques

« Je revendique l'indépendance du réseau ASRA vis-à-vis des institutions, Ordre, syndicat, donateurs divers »	<input checked="" type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="radio"/> D'accord	<input checked="" type="radio"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="radio"/> Pas du tout d'accord
« je respecte totalement l'anonymat du médecin appelant et le secret médical en toutes circonstances, y compris si information de la ressource, ordinale ou pas, du président d'ASRA ou d'un autre tiers sachant »	<input checked="" type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="radio"/> D'accord	<input checked="" type="radio"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="radio"/> Pas du tout d'accord
« j'accepte d'être identifiable par le médecin appelant (en donnant mon nom, mes coordonnées, mon	<input checked="" type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="radio"/> D'accord	<input checked="" type="radio"/> Partiellement d'accord	<input checked="" type="radio"/> Pas du tout d'accord

portable)»				
« j'ai bien eu connaissance de la convention de partenariat passée avec le CNOM, en son article 12 »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
« L'appartenance d'un médecin de soutien ASRA à un conseil de l'ordre n'est pas pour moi un conflit d'intérêt »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
« je m'engage à inviter (ou aider s'il le demande) le médecin appelant à prendre contact avec son CDOM ou le CNOM pour un dossier d'entraide financière »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
« je m'engage à obtenir du médecin appelant, susceptible de mettre en danger ses patients, qu'il suspende son activité professionnelle et qu'il ait recours au président du CDOM dont il dépend. »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
« je m'engage à obtenir du médecin appelant, susceptible de se mettre lui-même en danger, qu'il suspende son activité professionnelle et qu'il ait recours au président du CDOM dont il dépend. »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
« Je peux éventuellement prévenir le président d'ASRA pour accomplir ces procédures, avec l'accord du médecin appelant qui m'aura donné son nom »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord

COMMENTAIRES LIBRES : Bien préciser votre expérience sur ce problème délicat de l’anonymat du médecin appelant, le problème du secret professionnel, et surtout d’éventuels conflits de valeurs passés ou potentiels

## 2.5. Formation du médecin de soutien ASRA

Il s’agit de savoir si le médecin de soutien se sent « bien formé » (et sinon, s’il éprouve ipso facto encore un besoin de formation dans certains domaines). L’image de marque d’ ASRA, c’est bien en effet un médecin de soutien «au bout du fil », formé et compétent,pour un soignant en difficulté !

« je suis bien formé à l’écoute active »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d’accord	<input type="checkbox"/> D’accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d’accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d’accord
« ... au repérage des facteurs de risques de burn out »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d’accord	<input type="checkbox"/> D’accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d’accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d’accord
« .... au repérage des addictions »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d’accord	<input type="checkbox"/> D’accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d’accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d’accord



« ... au repérage et à la gestion immédiate d'une crise suicidaire »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
... aux problèmes médicaux sociaux des médecins (Retraite, invalidité, Prévoyance) »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
... à la problématique de la violence et de la sécurité »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
... à la problématique des jeunes médecins »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
... à celle des hospitaliers et médecins salariés"	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
... à la problématique des INTERNES »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
... aux reconversions professionnelles possibles en libéral comme à l'hôpital »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
... à la problématique des SOINS AUX SOIGNANTS »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord

Commentaires libres :

### 3. Votre vécu général d'ASRA au bout de 4 ans

Pour terminer ce chapitre, il s'agit in fine de mesurer aujourd'hui votre sentiment d'appartenance à ASRA, en adéquation avec votre engagement initial, votre vécu de ses procédures

« Quel est mon sentiment d'utilité à mes confrères selon l'approche ASRA »	)] Très satisfait	)] Satisfait	)] Peu satisfait	)] Insatisfait

Commentaires libres

### 4. Autoévaluation du médecin de soutien

« Prendre soin de ses confrères » suppose naturellement de la part d'un médecin de soutien une démarche personnelle d'autoévaluation, avec un repérage et une correction de ses propres risques médico-socio-professionnels. C'est en tout cas un passage obligé pour chaque médecin « étudiant » qui suit le DIU de soins aux soignants

Il s'agit dans ce questionnaire de pointer par chapitre d'une grille d'écoute classique les items de risques , de les lister mentalement en facteurs positifs ou en facteurs négatifs, selon votre propre expérience déjà bien rodée, et d'apprécier ainsi votre niveau actuel d'appropriation des risques professionnels et d'autonomisation en tant que personne , professionnel, soignant ,

en d'autres termes « PRENEZ VOUS BIEN SOIN DE VOUS ??».

#### 4.1 Approche de la personne

**SANTE PHYSIQUE** : troubles du sommeil, asthénie, suivi médical par médecin traitant, vaccinations régulières, automédication, addictions, pathologie organique chronique, exercice physique, repas sautés...

« Je gère bien ma santé physique »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord

**SANTE PSYCHIQUE** : psychothérapie, débriefing émotionnel avec un psychologue lors de choc émotionnel professionnel, participation à un groupe Balint, partage du quotidien avec sa famille, formation à la gestion du stress, techniques d'analyse des émotions .... (autohypnose, « logique émotionnelle », IFS ..)

« J'ai rempli au moins une fois un MBI test d'épuisement professionnel (EE DP AP) »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord
« Je gère bien mon équilibre émotionnel et psychologique »	⌋ Tout à fait d'accord	⌋ D'accord	⌋ Partiellement d'accord	⌋ Pas du tout d'accord

**PREVOYANCE** : check up du bouclier assurantiel, prévoyance, IJ, rente éducation, retraite du médecin ... tontine, cotisations à jour .....

« Je préserve correctement ma famille et moi-même »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord

#### 4.1 Approche du professionnel

**TÉLÉPHONE, SECRÉTARIAT** : Réponse directe au téléphone ou secrétariat téléphonique , utilisation d'un secrétariat personnel /**VISITES, CONSULTATIONS** programmées ou non , tardives , bonne gestion du temps de travail ... / **TRAVAIL ADMINISTRATIF, INFORMATIQUE** : tenue des dossiers, maîtrise de l'informatique, expert-comptable / **FMC, EPP** / **TRAVAIL EN EQUIPE, PLURIDISCIPLINARITE** : entente avec les confrères pour les vacances, volontariat pour le tour de garde, délégation organisée à des paramédicaux, réseau constitué de confrères / **ENSEIGNEMENT ET COMPAGNONNAGE** : accompagnement régulier de jeunes médecins en formation, de nouveaux installés, maîtrise de stage / **SECURITE DE L'EMPLOI** : diversification des modes d'exercice, libéral salarié, reconversion

« Je gère bien le côté administratif »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« Je gère bien ma formation et ma pratique »	<input checked="" type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input checked="" type="checkbox"/> D'accord	<input checked="" type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord

« Je collabore correctement avec les autres soignants, en travail d'équipe, en interdisciplinarité »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> D'accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« J'accueille correctement les jeunes confrères sur mon territoire, enseignement et compagnonnage »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> D'accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« J'ai sécurisé mon emploi »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> D'accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord

#### 4.3 Approche du soignant

### RELATIONS AVEC LES PATIENTS

ECOUTE et SUIVI : examen toujours complet, demande facile d'examen spécialisé, consultations programmées /GESTION DES EMOTIONS DEVANT LE PATIENT : insécurité, formation en gestion de la violence, aptitude à cacher ses émotions, vidéosurveillance en cabinet/, GESTION DES CONFLITS DE VALEURS : « non » aux demandes abusives, moyens techniques suffisants /GESTION DES PLAINTES ET EVENEMENTS INDESIRABLES/ INFORMATION DU PATIENT remise de documents, signature d'un consentement éclairé.

--	--	--

« Je gère bien l'écoute et le suivi de mes patients »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> D'accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« Je gère bien mes émotions devant le patient »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> D'accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« Je gère bien mes conflits de valeurs »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> D'accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« J'informe correctement des patients »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> D'accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord
« je suis »éclairé « de l'éventualité de plaintes et évènements indésirables »	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/> D'accord	<input type="checkbox"/> Partiellement d'accord	<input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord

## RAPPORTS SOCIAUX

--	--	--	--

« J'ai la reconnaissance des patients »	<input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> D'accord	<input type="radio"/> Partiellement d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord
« J'ai la reconnaissance de mes pairs »	<input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> D'accord	<input type="radio"/> Partiellement d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord

## VIE EXTRAPROFESSIONNELLE

temps conservé pour la famille, pour soi-même, pour des activités associatives, points d'intérêt en dehors de la médecine

« J'ai bien organisé ma vie extra professionnelle »	<input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> D'accord	<input type="radio"/> Partiellement d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord
---	--	--------------------------------	--	--

### 4.5 Qualité générale de vie professionnelle et personnelle

Il s'agit pour terminer de mesurer votre perception générale concernant votre utilité et votre bien-être en relation avec vos objectifs, vos attentes, vos normes, vos moyens aussi bien dans votre vie professionnelle que personnelle, selon des indices de satisfaction devenus classiques

Ceci vaut indicateur d' «équilibre» du médecin de soutien d'un réseau d'entraide !

« Quel est mon degré de décalage entre ma vie professionnelle souhaitée et ma vie professionnelle réelle	) Très important	) Important	) Peu important	) Insignifiant
« Quel est mon degré de satisfaction en ce qui concerne les rapports entre ma vie privée et ma vie professionnelle (temps dédiés respectifs, accomplissement mutuel, etc.)	) Très satisfait	) Satisfait	) Peu satisfait	) Insatisfait

Commentaires libres

Merci de votre aide.  
JM NAVETTE



## SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

### RESUME en français :

Le réseau d'Aide aux Soignants de Rhône Alpes est un des premiers réseaux français d'aide aux soignants, à fonctionner de la sorte : un service d'accueil téléphonique 24h/24, anonyme, avec des confrères formés à l'écoute. Les capacités de réponse peuvent être élargies grâce à l'aide de contacts ressources, allant de l'aide médico-psychologique, aux problèmes juridiques, administratifs, voire de protection sociale.

Il répond à un besoin national d'aide aux médecins, et en particulier, à un besoin régional d'un système de soutien. Il est destiné à l'ensemble des 30 000 médecins de la région Rhône Alpes- Auvergne, libéraux comme salariés. Les principaux effecteurs de ce système sont les confrères de soutien, au nombre de 42, bénévoles, tous investis dans différents organismes d'aide aux médecins.

Après un rappel du contexte dans lequel le CROM Rhône Alpes s'est engagé pour innover dans la prise en charge des médecins en difficulté, ainsi qu'un rappel des différentes structures d'aide, à l'étranger comme en France, ce travail retrace les étapes de construction de ce réseau jusqu'à son fonctionnement actuel. Il présente ensuite l'évaluation du réseau vu par ses membres effecteurs. Pour finir, certaines situations rencontrées sont présentées et analysées avant de résumer les principaux avantages et limites de ce réseau.

### DISCIPLINE :

MEDECINE GENERALE

### MOTS-CLES :

Réseau - aide - soignants - Rhône Alpes - ASRA

### INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Université de BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES