

# LA SANTÉ DES MÉDECINS : UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

## *DU DIAGNOSTIC AUX PROPOSITIONS*

### CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Dr Patrick BOUET, Président

**Sous la direction de :** Dr Jacques MORALI,  
Président de la Commission Nationale d'Entraide



2018



## Liste des membres de la Commission Nationale d'Entraide

Président : Dr Jacques MORALI

Vice-président : Dr René LUIGI

Membres de droit : Le Trésorier et le Délégué général aux relations internes assistent la commission avec voix consultative.

Membres : 6 membres

Dr Jean-Marc BRASSEUR

Dr Odile CONTY-HENRION

Dr Piernick CRESSARD

Dr Virginio ELLENA

Dr Gérard ICHTERTZ

Dr Jean-Claude REGI

## Liste des membres du copil de l'Observatoire de la santé

Président : Dr Jacques MORALI

Vice-président : Dr René LUIGI

Dr Andrée Parrenin

Dr Jean-Marie Faroudja

Dr Jean-Marcel Mourgues

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS  
4 rue Léon Jost, 75017 Paris

Contact : Commission Nationale d'Entraide

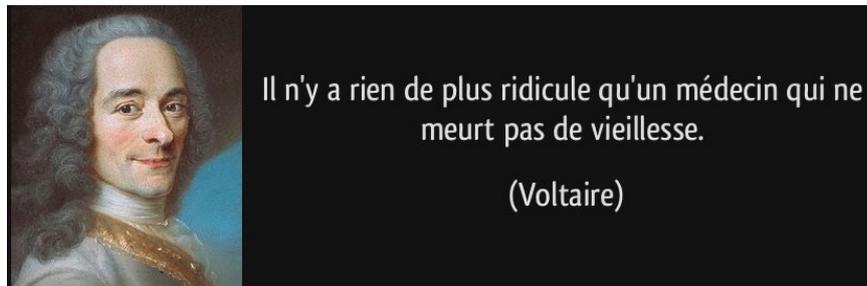
Tél. : 01.53.89.32.29

[wailly.severine@cn.medecin.fr](mailto:wailly.severine@cn.medecin.fr)



# LA SANTÉ DES MÉDECINS UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DU DIAGNOSTIC AUX PROPOSITIONS

De la prévention et à la promotion de la santé des médecins.



Cette phrase de Voltaire est lourde de conséquences, nombreux de nos patients pensent leur médecin intouchable par la maladie, invulnérable et tout puissant. Hélas, Il n'en est malheureusement rien.

*« Qu'un médecin au cœur du système de santé et entouré de ressources puisse être souffrant sans recevoir de soins appropriés défie l'entendement et doit nous interpeller »*

*Dr RK Legha<sup>1</sup>*

Cette phrase d'un psychiatre américain n'a pas besoin de commentaires et à elle seule elle suffit à justifier le travail que nous avons engagé.

---

<sup>1</sup> R.K. Legha - 2012 **A history of Physician Suicide in America**

Une étude de la littérature scientifique consacrée à la gestion de la problématique du suicide chez les médecins au cours des cent dernières années.

Cette étude décrit bien l'évolution de l'identité du médecin et des défis qui en découlent.)



## Préface du Président

La souffrance de nos confrères nous est rappelée presque tous les jours. Les drames se multiplient, et touchent tous les médecins, quels que soient leurs spécialités ou leurs modes d'exercice.

Cette enquête de l'Ordre sur la santé des médecins, à laquelle ont répondu 10 822 médecins, démontre s'il le fallait que cette souffrance est réelle, et qu'elle ne touche pas uniquement quelques-uns d'entre nous.

Ce sont ainsi un quart des répondants qui ont déclaré être en mauvaise ou moyenne santé. Plus de 40% qui ont déjà renoncé à s'arrêter alors que leur état de santé le justifiait, principalement par crainte de désorganiser le service dans lequel il travaille ou à cause des difficultés rencontrées pour trouver un remplaçant. Ce sont presque 60% des répondants se déclarant en mauvaise ou moyenne santé qui estiment que leur rythme de travail a des répercussions sur leur vie sociale et sur leur vie familiale...

La souffrance des médecins a aujourd'hui atteint un point de non-retour.

L'Ordre joue pleinement son rôle à leurs côtés. Plusieurs chantiers sont ainsi à l'œuvre au sein de notre institution pour les accompagner tout au long de leur carrière, et notamment dans les moments les plus difficiles. Un pôle entraide national a ainsi été créé par le Conseil national de l'Ordre, avec pour mission de fédérer et d'harmoniser les actions et les procédures d'entraide sur l'ensemble du territoire national. Un numéro unique a été créé, en association avec l'AAPMS, pour renforcer l'écoute et l'assistance des médecins en difficulté, dans le respect du secret professionnel et du libre choix du médecin qui ferait le choix de se tourner vers ce service. Une convention a été signée avec des unités de soins dédiées à l'accueil des soignants, qui trop souvent encore rechignent à s'avouer malades, tant l'image délétère du médecin « surhomme » reste prévalent.

Mais face à la souffrance de nos confrères, il est aujourd'hui impératif que l'Etat s'engage pleinement aux côtés des médecins, comme l'Ordre l'y appelle depuis plusieurs années. La souffrance des médecins nous oblige à mener une véritable réforme de notre système, dans lequel ils ne se retrouvent plus aujourd'hui. Il nous faut permettre aux médecins de retrouver du temps médical au service de leurs patients, qui est la première de leur demande ; il nous faut faire émerger une nouvelle pratique médicale, qui permette aux médecins de bâtir leur carrière et de redonner du sens à leur métier.

Pour cela, l'Etat doit proposer enfin des solutions pérennes. Les mots ne peuvent plus remplacer l'action. La réforme de notre système de santé doit se concrétiser rapidement.



## Introduction

### Rappel du contexte

En juin 2016, le conseil National de l'Ordre des médecins et son Président Patrick BOUET me confiaient la présidence de la Commission Nationale d'Entraide(CNE).

La feuille de route, fixée par notre Président, comporte au point 3 :

*« Rendre l'Ordre des médecins plus proche et plus efficace, le Conseil National a annoncé vouloir poursuivre ses actions pour renforcer la proximité de l'institution avec l'ensemble des médecins pour mieux les accompagner dans leur exercice quotidien. Différentes actions seront ainsi lancées pour faciliter l'ouverture et l'accessibilité de l'institution vis-à-vis de la profession*

***Le système d'entraide sera par exemple largement transformé pour être plus efficace et plus efficient pour l'ensemble des médecins ».***

### **Restructurer l'Entraide par une démarche médico-sociale au service des médecins.**

Créer un observatoire de la santé des médecins est une des préoccupations majeure de notre commission.

**Aider** les médecins et leurs familles en difficultés, c'est aussi les accompagner dans leur vie professionnelle, familiale et sociale. Cette démarche s'inscrit en soutien aux associations d'entraide déjà existantes.

Rappelons que l'entraide Ordinale existe depuis la nuit des temps :

Déjà le serment d'Hippocrate, rédigé au IV<sup>e</sup> siècle av. J.-C disait :

**« Considérer d'abord mon maître en cet art à l'égal de mes propres parents ; de mettre à sa disposition des subsides et, s'il est dans le besoin, de lui transmettre une part de mes biens; de considérer sa descendance à l'égal de mes frères »**

L'Ordonnance du 24 septembre 1945 mentionne que :

*« Le Conseil National gère les biens de l'Ordre et peut créer ou subventionner des œuvres intéressant la profession médicale ainsi que des œuvres d'entraide ou de retraite ».*

Le serment médical est **réactualisé en 1996 par le Pr Bernard HCERNI et nous dit :**

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

La particularité de l'entraide médicale est d'être organisée et gérée par la profession elle-même pour tous les médecins inscrits au tableau de l'ordre.

### **Les commentaires du code de déontologie sont aussi modifiés en introduisant un possible Droit ou Devoir d'ingérence :**

Tout médecin qui a connaissance des difficultés d'un confrère doit s'en ouvrir à lui, lui proposer son aide et le convaincre de se rapprocher du conseil départemental qui, de façon confidentielle, peut enclencher plusieurs niveaux d'aide et d'assistance.

Si ce processus n'aboutit pas et que la gravité de la situation qu'il lui appartient d'apprécier en conscience l'exige et sous réserve qu'il ne soit pas médicalement en charge du confrère, il doit aviser ce confrère qu'il informera le Président du conseil départemental. Celui-ci, dans la plus stricte confidentialité, prendra toutes dispositions utiles.

Cette attitude, qui est déjà une obligation déontologique<sup>2</sup> pour certains Ordres Européens de médecins, traduit le **principe éthique de bienfaisance**.

### **Pourquoi une enquête sur la santé des médecins ?**

En 2016, à l'initiative du Dr Jean-Marcel MOURGUES, Président de la Commission jeunes médecins du CNOM, une enquête transversale et pluridisciplinaire a été réalisée auprès des étudiants et jeunes médecins afin d'évaluer leur état de santé. Cette première enquête inédite en France sera source d'inspiration pour notre enquête sur la santé des médecins mais également une suite logique de la volonté de notre Institution de s'occuper de tous les médecins inscrits à un tableau de l'ordre. Alors que les médias nous rappellent tristement des faits dramatiques d'épuisement professionnel de nos confrères et collègues, aucun ouvrage ne fait un véritable état de la santé des médecins en France. En tant que Président de la Commission Nationale d'Entraide, j'ai donc souhaité réaliser cette enquête inédite en France tant par son sujet plus ou moins tabou que par l'approche transversale et thématique de la santé des médecins. Comment aider de manière efficace et efficiente nos confrères et collègues sans avoir fait au préalable un diagnostic ?

D'autres initiatives ont vu le jour comme la campagne de prévention « Dis doc, t'as ton doc » : campagne du ministère des solidarités et de la santé pour prendre soin de ceux qui soignent.

Selon le ministère<sup>3</sup>, en France, 80% des médecins n'ont pas de médecin traitant personnel. Ils privilégient l'auto diagnostic et l'automédication en recherchant un conseil rapide auprès d'un confrère.

Ce constat alarmant a conduit la commission « Santé des médecins anesthésistes réanimateurs au travail » (SMART) du collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR) de lancer une campagne de sensibilisation auprès de tous les professionnels de santé exerçant en France.

Cette campagne fait partie intégrante de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail.

---

<sup>2</sup> Commentaires du code de déontologie, exemple de la Catalogne

<sup>3</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>

Pour accompagner cette démarche de diagnostic, de prévention et de promotion de la santé des médecins il a été décidé de créer un observatoire de la santé des médecins dont la première étape est la réalisation de la grande enquête sur la santé des médecins et les partenariats mettant en place progressivement une prise en charge globale médico-psycho-sociale des médecins en difficulté, c'est l'objet de ce rapport.

**Dr Jacques MORALI**  
Président de la Commission Nationale d'Entraide



# TABLE DES MATIERES

<b>Chapitre I - La santé des médecins</b>	<b>p17</b>
I - Généralités	p19
II - Le profil sociodémographique des répondants	p29
III - L'approche territoriale des répondants - l'impact de la désertification médicale sur la santé des médecins	p31
IV - Qualifications et activités	p41
V - État de santé	p47
VI - État de santé et interruption de travail	p53
VII - Conditions de travail	p55
VIII - Accès aux soins	p65
IX - Épuisement professionnel	p71
<b>Chapitre II -Les initiatives</b>	<b>p85</b>
I - Institutionnelles	p87
1 - Le ministère	p87
2 - L'Ordre	p95
3 - Les chartes	p107
II - Associatives	p117
1 - L'association MOTS	p177
2 - Les autres associations	p131

**Chapitre III - De la formation à la prévention** **p139**

I - En France : DIU « Soigner les soignants » p141

II - En Europe : EAPH p149

**CONCLUSION** **p153**

**ANNEXES** **p163**

# CHAPITRE I



# LA SANTÉ DES MÉDECINS



## I - Généralités

### I.1 - Le courrier d'invitation à participer à l'enquête

**Et vous chère consœur, cher confrère,  
Qui prend soin de vous ?**

Le conseil National de l'ordre des médecins et sa commission nationale d'entraide Soucieux de la santé des médecins, lance une enquête de grande ampleur.

La légitimité de cette enquête est hélas confortée par des faits tragiques récents.

L'objectif de cette enquête est de dresser un premier bilan de l'existant de votre santé afin d'être forts de propositions sur un mal être général qui nous est régulièrement rapporté.

**Ce questionnaire est anonyme** et se complète en quelques minutes seulement en cliquant sur le lien suivant :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2059>

[Observatoire de la santé des médecins](#)

La création d'un observatoire de la santé des médecins, nous aidera à proposer une prévention adaptée et plus efficace.

Le secrétariat de la commission nationale d'entraide est à votre disposition pour répondre à l'ensemble de vos interrogations

En tant que Président de la commission nationale d'entraide, je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à la participation de cette enquête.

Si vous souhaitez être destinataire des résultats de cette étude, n'hésitez pas à nous le faire savoir.

Bien confraternellement.

**Docteur Jacques MORALI**

#### **Constitution d'un copil :**

M. Morali, Mme Parrenin, M. Faroudja, M. Luigi, M. Mourgues.

#### **5 cohortes** (en activité// inscrits à l'ordre)

- Médecine générale
- Anesthésie-réanimation
- Psychiatrie
- Gynécologie-obstétrique
- Médecine du travail

### I.2 - Le questionnaire

## Enquête sur la santé des médecins

27/02/2017

### I-GÉNÉRALITÉS :

Vous êtes :

Homme

Femme

Année de naissance

- Aucun -

Situation matrimoniale

- Aucun -

Avez-vous des enfants :

1

2

3 et +

Situation professionnelle du conjoint :

- Aucun -

Département de votre domicile :

- Aucun -

### II- VOTRE ACTIVITÉ :

Qualification (spécialité) :

- Aucun -

Autre(s) compétence(s)

- Aucun -

Préciser vos autres diplômes :

Mode d'exercice :

- Aucun -

Si Libéral/ Mixte, type de structure :

- Aucun -

Si salarié, type de structure :

- Aucun -

Autre préciser :

**Temps de travail :**

	<b>Libéral Mixte</b>	<b>Salarié</b>
Partiel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Nombre moyen de jours travaillés par semaine :**

	<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>	<b>Samedi</b>	<b>Dimanche</b>
Matin	<input type="checkbox"/>						
Après-midi	<input type="checkbox"/>						
Nuit	<input type="checkbox"/>						

**Nombre moyen de patients vus par semaine :**

**Nombre de semaines de vacances par an :**

**Typologie de la patientèle (%) :**

**Enfant de moins de 16 ans**

**Jeunes adultes (15 - 24 ans)**

**Adultes (25 - 65 ans)**

**Personnes âgées > 65 ans**

**Typologie de la commune :**

Rurale (< 2000 hab)

Urbaine (>= 2000 hab)

### III- ETAT DE SANTE DU REpondant :

De manière générale, diriez-vous que votre santé est :

- Aucun -

Combien d'heures dormez-vous par 24h :

- Aucun -

Avez-vous un médecin traitant (réfèrent) autre que vous même :

- Oui
- Non

Avez-vous une assurance complémentaire (mutuelle) :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Avez-vous une assurance prévoyance (Indemnités journalières) :

- Oui
- Non
- Ne connais pas

Avez-vous une assurance perte d'exploitation :

- Oui
- Non
- Ne connais pas

Envisagez-vous d'avoir une complémentaire santé :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Envisagez-vous d'avoir assurance prévoyance :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Envisagez-vous d'avoir une assurance perte d'exploitation :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Au cours des 2 dernières années, avez-vous consulté un médecin :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Êtes-vous à jour de vos vaccinations :

- Oui
-

**Êtes-vous porteur d'une affection de longue durée (ALD) :**

- Oui  
 Non  
 Ne sais pas

**Au cours des 2 dernières années, votre état de santé, vous a-t-il contraint d'interrompre votre activité :**

- Oui  
 Non

**Avez-vous renoncé à vous arrêter pour raison médicale alors que votre état de santé le justifiait :**

- Oui  
 Non

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été atteint au moins une fois par l'une des pathologies suivantes :**

	Oui	Non	Ne sait pas
Maladies de l'œil et troubles de la vue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de l'appareil respiratoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies du système ostéo-articulaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies du système nerveux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de la bouche et des dents (prothèses dentaires exclues)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies ou problèmes génito-urinaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies endocriniennes et métaboliques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de l'appareil digestif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de l'appareil cardio-vasculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de l'oreille et troubles de l'audition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies infectieuses et parasitaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies du sang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumeurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pathologies à la suite d'un accident	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avez-vous été touché par un des 3 symptômes suivants :**

	Oui	Non
Épuisement émotionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépersonnalisation des relations avec les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perte d'accomplissement personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avez-vous eu des idées suicidaires :**

- Oui  
 Non

Votre rythme de travail a-t-il des répercussions sur :

	l'ex du tout	l'parfois	Souvent
Mes performances professionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ma vie sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ma vie familiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes finances (dépenses importantes dans un contexte de vulnérabilité)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque d'activité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon Intégrité physique (AVP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ma consommation de produits addictogènes (tabac, alcool, drogues)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lors des 3 derniers mois, à votre travail, avez-vous été exposé à des situations stressantes ?

- Aucun -

#### VI- ACCÈS AUX SOINS

Au cours de l'année 2016 ou plus récemment, avez-vous consulté :

Un médecin spécialiste en médecine générale :

- Oui
- Non
- Ne sais plus
- Pas concerné

Autre (préciser) :

Un médecin spécialiste en accès direct :

- Oui
- Non
- Ne sais plus
- Pas concerné

Autre spécialité médicale :

- Aucun -

Autre spécialité chirurgicale :

- Aucun -

Un chirurgien dentiste :

- Oui
- Non

---

Un masseur-kinésithérapeute :

- Oui  
 Non  
 Ne sais plus  
 Pas concerné

Un diététicien :

- Oui  
 Non  
 Ne sais plus  
 Pas concerné

Si vous n'avez pas consulté de professionnels médicaux, pour quelle raison principale :

- Aucun -

Si vous n'avez pas consulté de professionnels para-médicaux, pour quelle raison principale :

- Aucun -

Autre :

## VII- ENTRAIDE

### COMMISSION NATIONALE D'ENTRAIDE

#### 1- A l'échelle départementale :

Avez-vous connaissance de l'existence d'un service entraide au sein de votre Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins :

- Oui  
 Non

L'avez-vous sollicité :

- Oui  
 Non

Avez-vous sollicité un autre fond de solidarité :

- Oui  
 Non

#### 2- A l'échelle nationale :

Avez-vous connaissance de la commission nationale d'entraide du Conseil National de l'Ordre des Médecins :

- Oui  
 Non

#### 3- Généralités

Si vous étiez en difficulté feriez vous appel à l'Ordre :

- Aucun -

En cas d'incapacité à exercer votre profession et/ou votre spécialité, êtes-vous favorable à la mise en place d'un processus de requalification ou de reprofessionnalisation :

- Oui  
 Non  
 Ne sais pas

### I.3 – Méthodologie et participation

Cette enquête a été diffusée selon la méthodologie de l'emailing. Parmi les 62 900 mails envoyés, 25 646 ont été ouverts. Nous avons obtenu un taux de réponse de 42,6%.

**Participation :** (N = 10 822)

1 - Nombre de mails envoyés : 62 900

2 - Nombre de NPAI : 2018

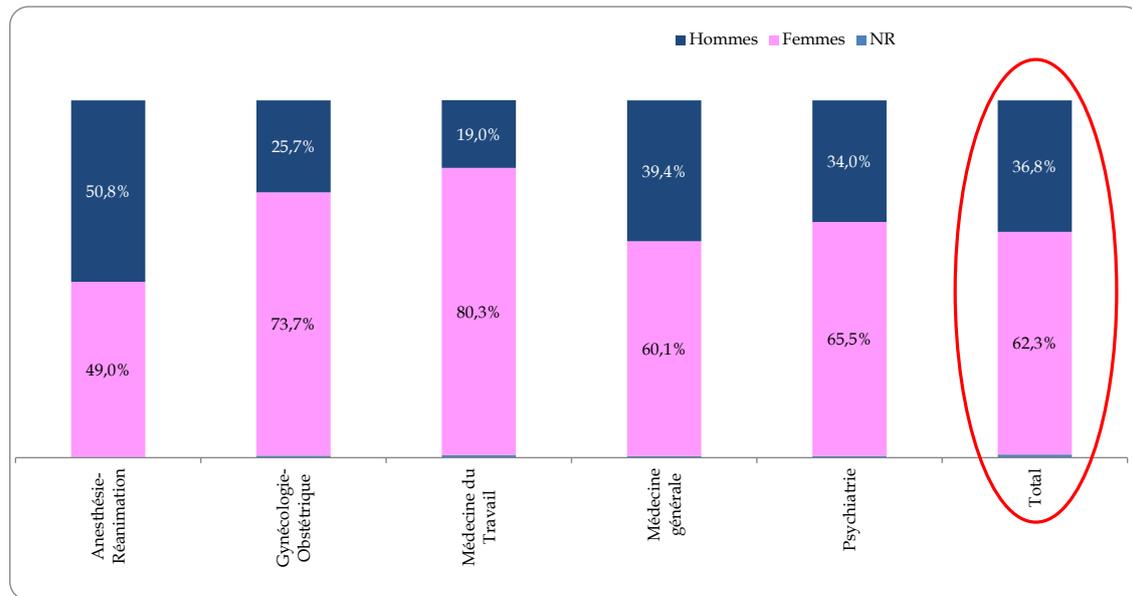
3 - Nombre de mails ouverts : 25 646

4 - Taux de participation : 42,6%

## II – Le profil sociodémographique des répondants

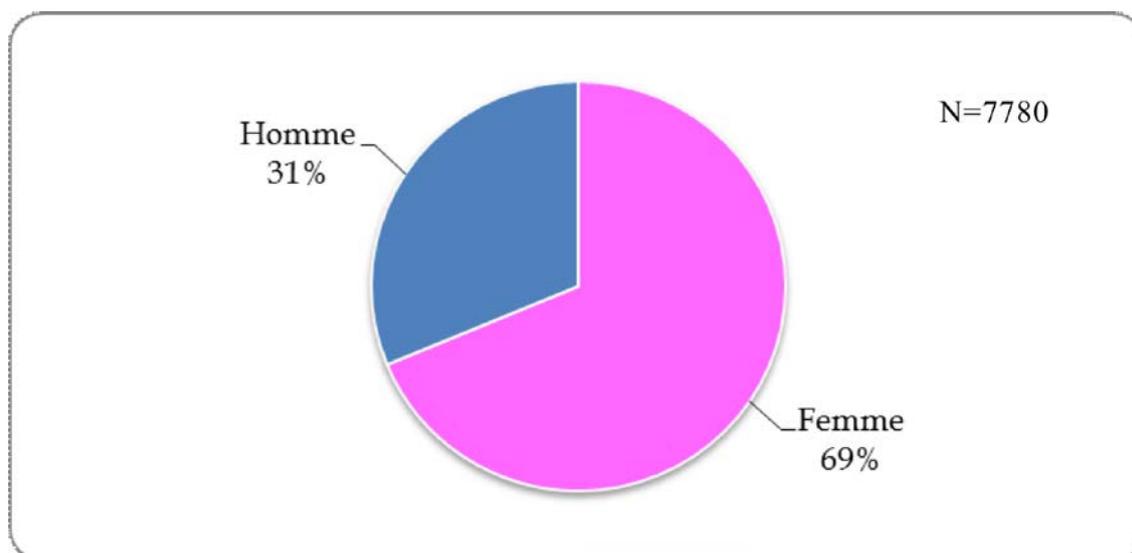
Parmi les 25 646 participants à l'enquête, 62,3% sont des femmes et 36,7% sont des hommes. Quelle que soit la qualification des répondants, on constate que la participation des femmes est significative.

Graphique n°1 : Taux de participation par genre et par qualification



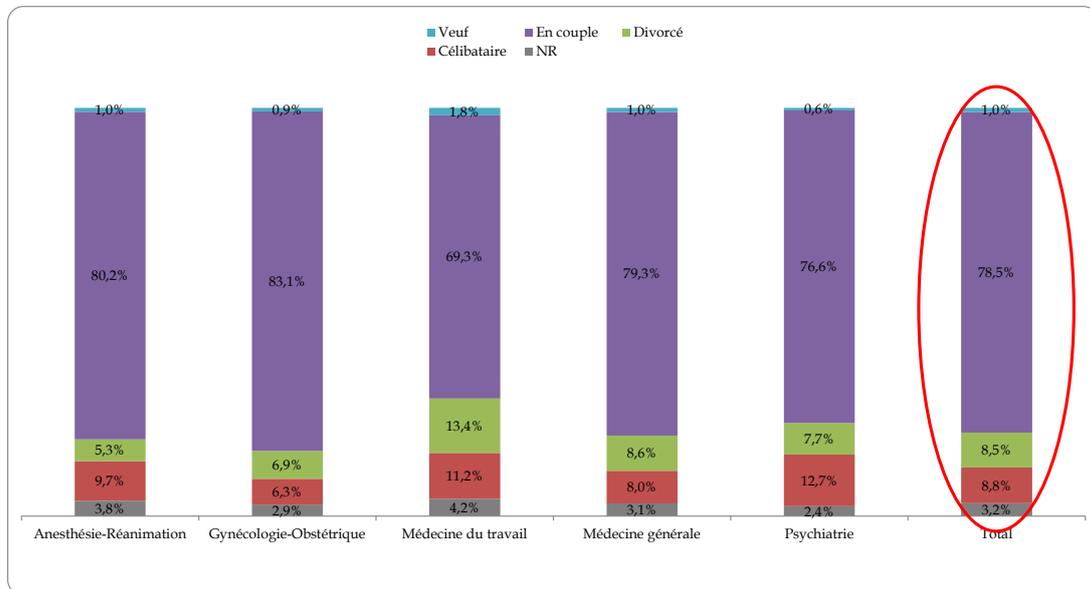
Dans le cadre de l'enquête auprès des étudiants et jeunes médecins, on note une sur représentation de la participation des femmes (69%) ; à l'image de la féminisation de la profession.

Graphique n°2 : taux de participation par genre chez les étudiants et jeunes médecins

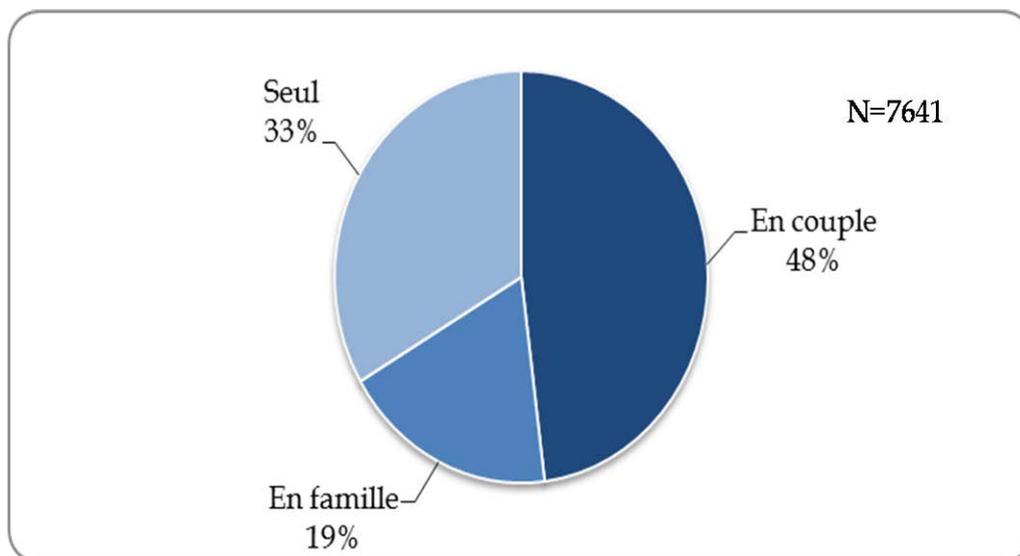


Agés en moyenne de 47,9 ans, 78,5% des répondants vivent en couple. À noter, une proportion plus importante de divorcés pour les spécialistes en médecine du travail (13,5% contre une moyenne de 8,5%) et plus de célibataires en psychiatrie (12,7% contre 8,8% en moyenne).

Graphique n°3 : situation matrimoniale



Graphique n°4 : situation matrimoniale des étudiants et jeunes médecins



Presque un étudiant ou jeune médecin sur deux a déclaré être en couple, un sur cinq en famille et un sur trois vivant seul.

### III - L'approche territoriale des répondants - l'impact de la désertification médicale sur la sante des medecins

Le territoire est devenu un enjeu majeur dans l'organisation du système de santé en France. Depuis 2012, le ministère s'est d'ailleurs engagé sur un Pacte territoire santé dont la priorité majeure est « l'accès de tous les français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national ».

Dans le cadre de notre étude, il nous a semblé indispensable d'évaluer l'impact de la territorialité sur la santé des médecins. À savoir, dès lors que l'on exerce sa qualification dans un territoire sous dense, a-t-on une plus forte probabilité de déclarer un état de santé moyen ou mauvais ? Selon les qualifications, des spécificités territoriales se dégagent-elles ? etc.

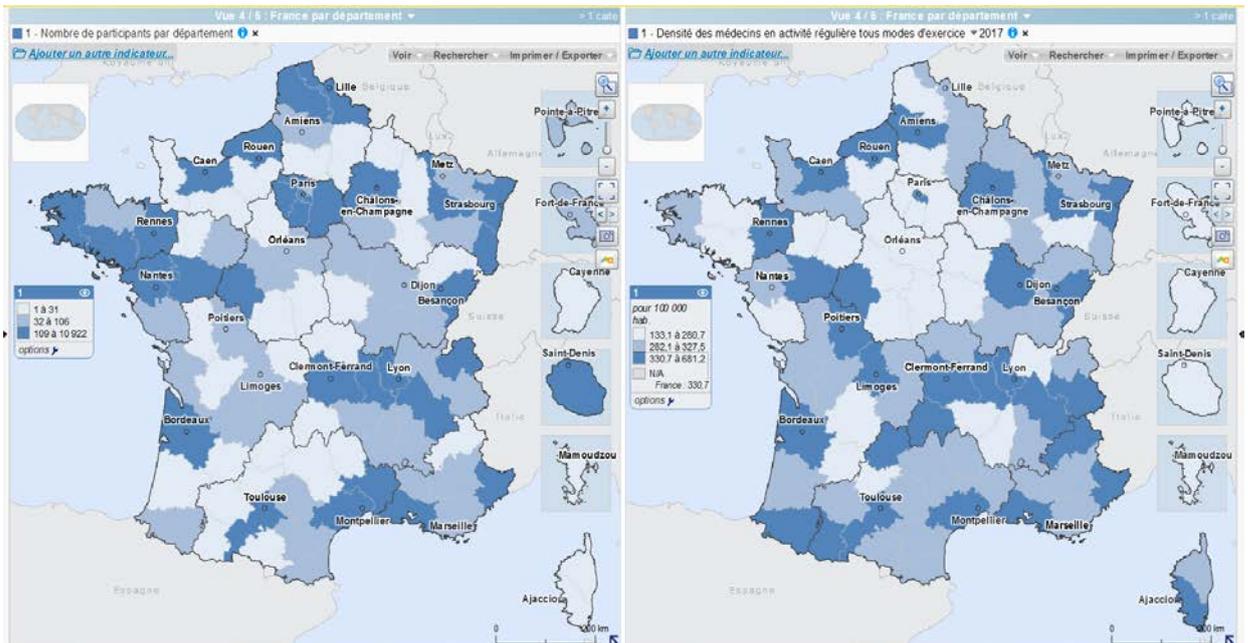
Dans un premier temps, nous avons souhaité évaluer le degré de participation selon la densité médicale.

Les éléments cartographiques ci-après mettent en évidence qu'il n'y a pas de liens significatifs entre le niveau de participation à cette enquête et la densité médicale selon la classification faible/moyenne ou forte. Seuls les départements du Morbihan, du Pas-de-Calais et de la Réunion ainsi qu'une majorité de ceux de l'Ile-de-France semblent avoir une corrélation entre densité faible et forte participation à l'enquête sur la santé des médecins.

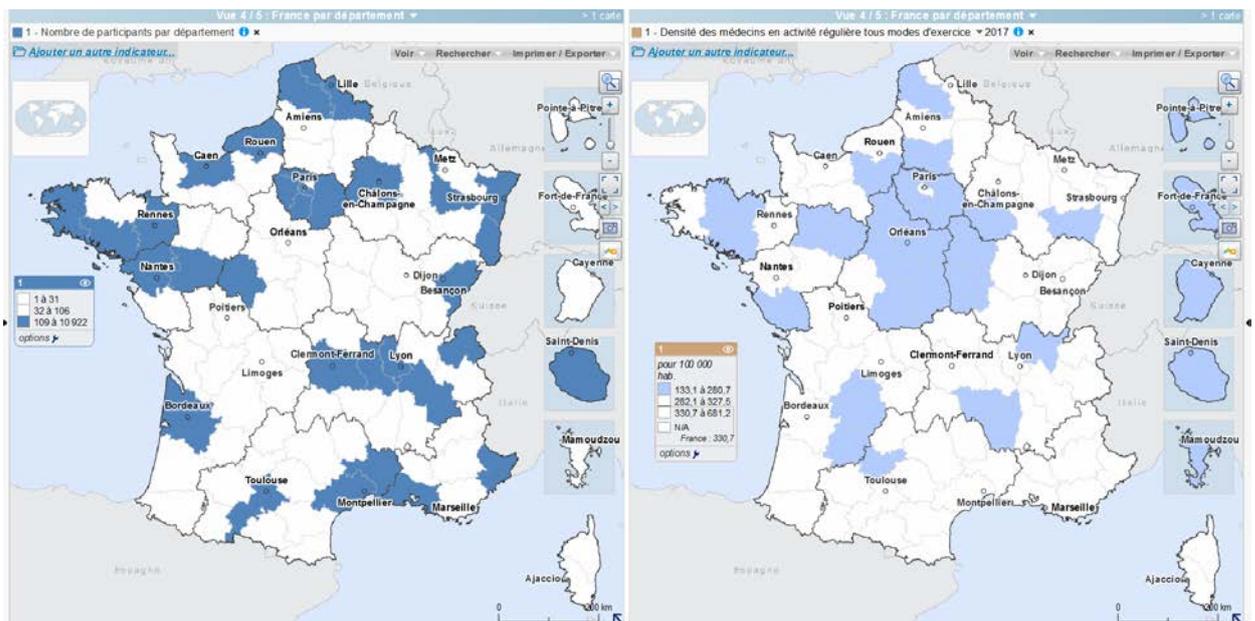
Ce premier constat a attiré notre attention et nous a amené à nous interroger sur la faible représentativité des territoires dits en tension sur le plan de la démographie médicale. Force est de constater qu'une majorité de ces départements n'ont pas accès aux adresses mails des médecins inscrits au tableau de l'ordre et par conséquent il nous a été impossible de transmettre notre questionnaire d'enquête. À titre d'exemple, selon nos cinq cohortes, seuls 23% des médecins inscrits au tableau de l'ordre du Lot-et-Garonne ont pu être destinataires du questionnaire d'enquête sur la santé des médecins. Dans certains départements, on atteint à peine les 3%.

Autre fait, beaucoup de médecins qui travaillent dans ces territoires dits en tension ont massivement un exercice isolé et subissent au quotidien les problèmes de démographie médicale et par conséquent ont très certainement pas pu disposer du temps nécessaire pour participer à notre étude.

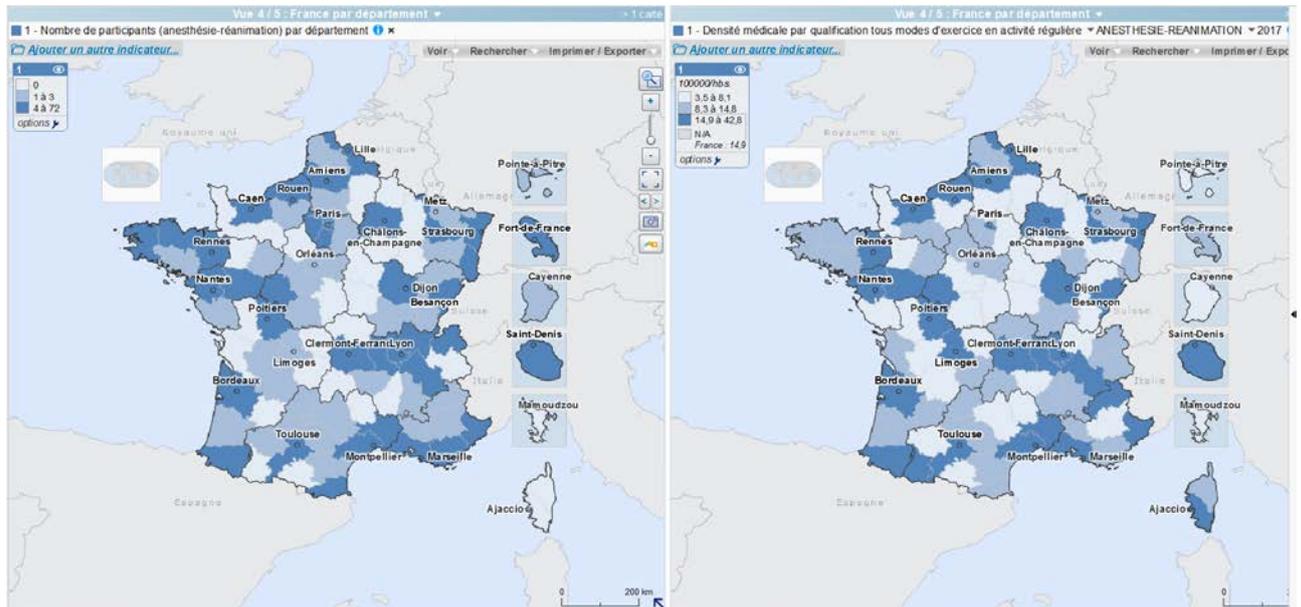
Carte n°1 : Répartition de la participation et densités médicales



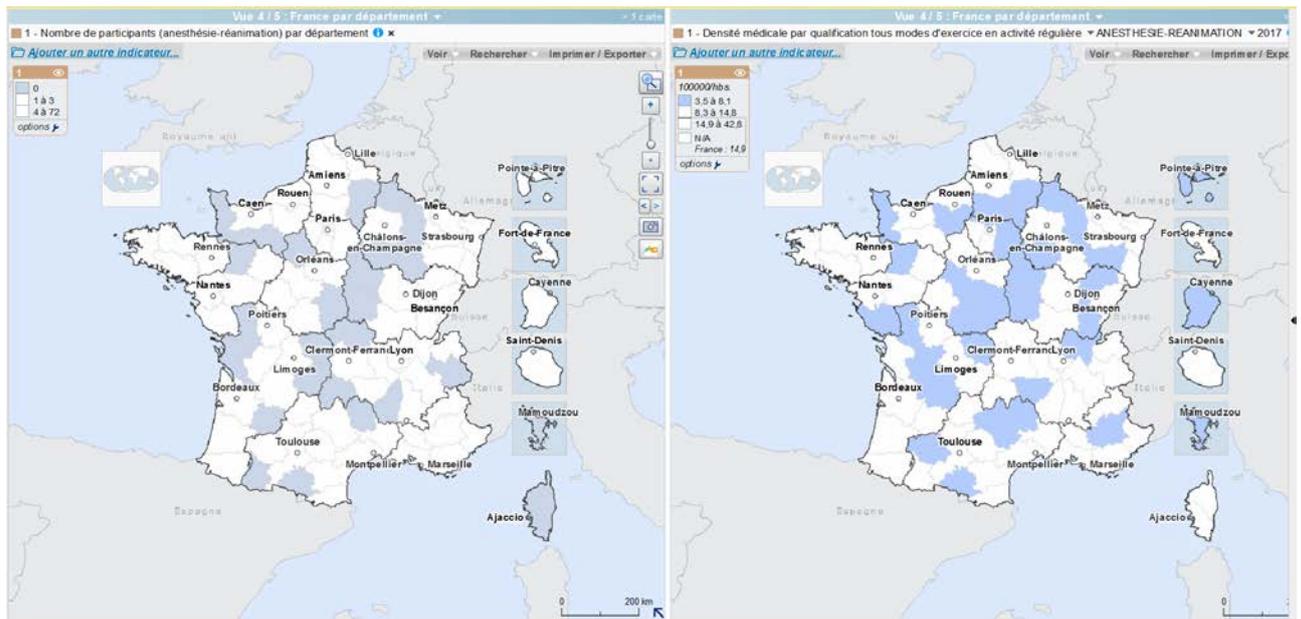
Carte n°2 : La forte participation est-elle liée à une faible densité médicale ?



Carte n°3 : Anesthésie-Réanimation



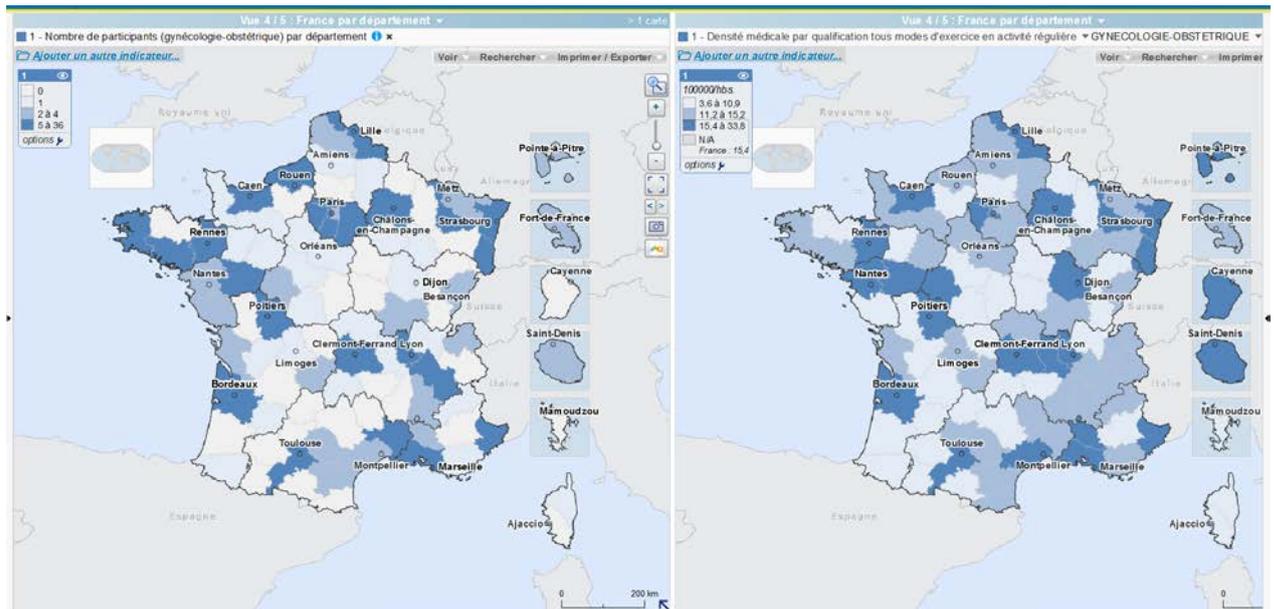
Carte n°4 : Anesthésie-Réanimation (suite)



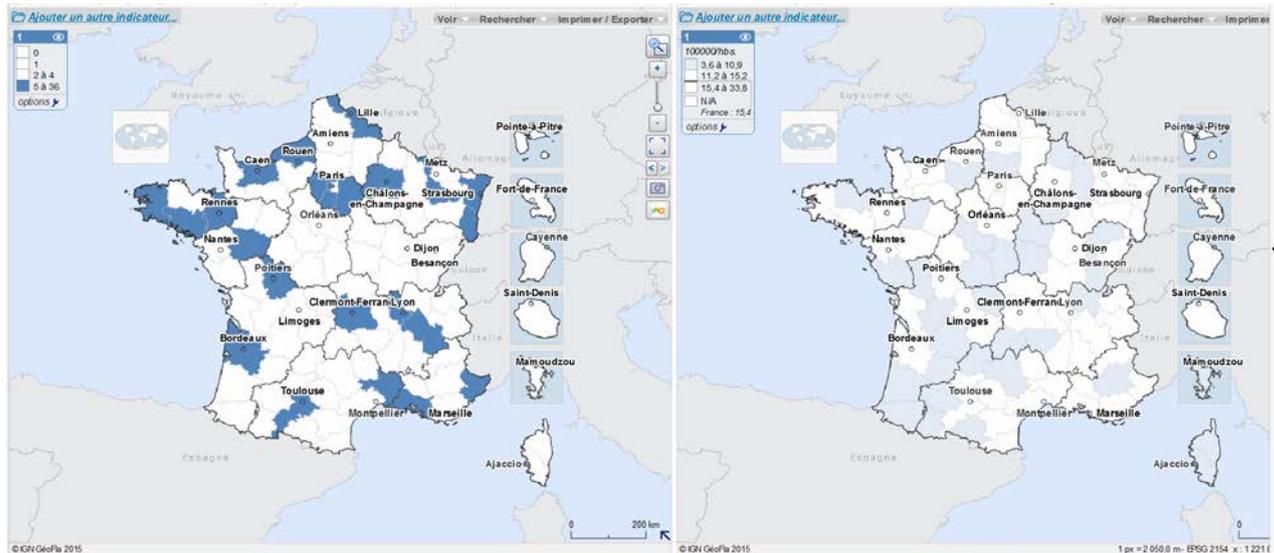
L'analyse de la densité médicale selon le niveau de participation des spécialistes en anesthésie-réanimation met en évidence une corrélation territoriale.

Les départements à faible participation à l'enquête se superposent avec les départements à densité faible.

Carte n°5 : Gynécologie-obstétrique

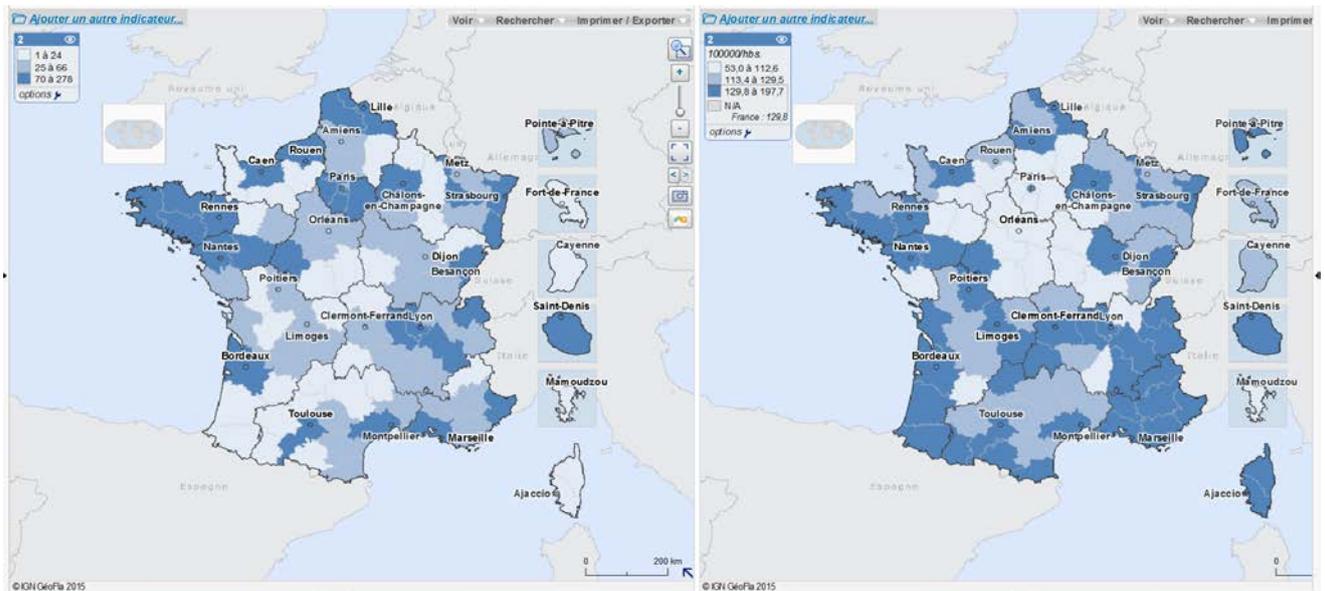


Carte n°6 : Gynécologie-obstétrique (suite)

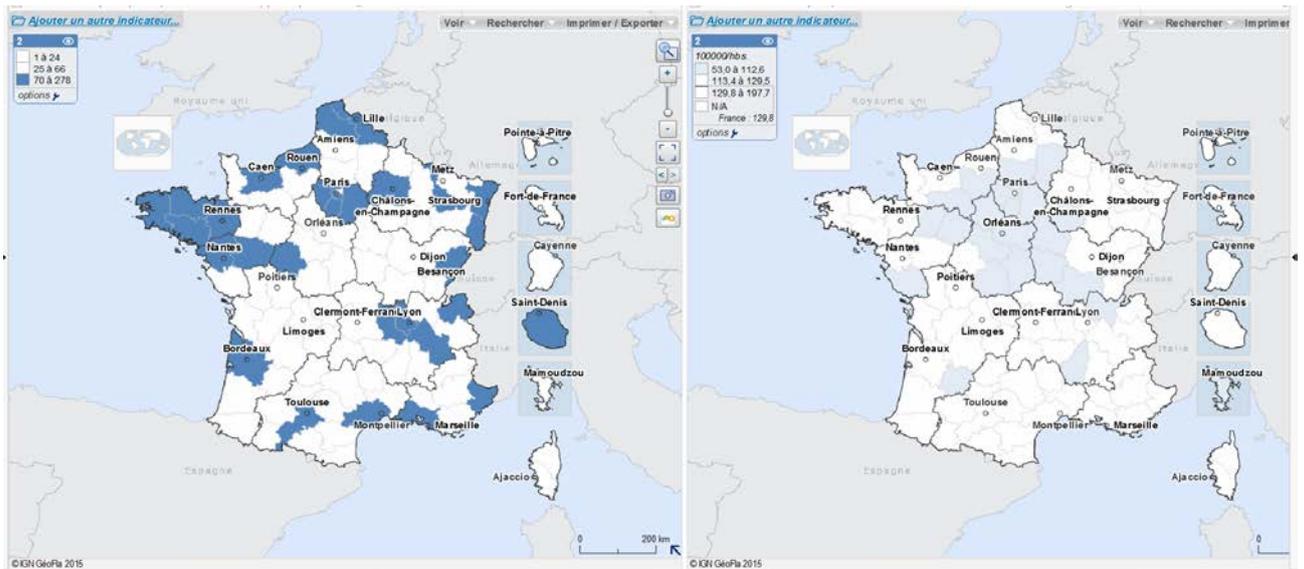


À noter que pour la spécialité de gynécologie-obstétrique, il n'y a pas de corrélation statistique entre la forte participation à l'enquête et la faible densité médicale.

Carte n°7 : Médecine générale

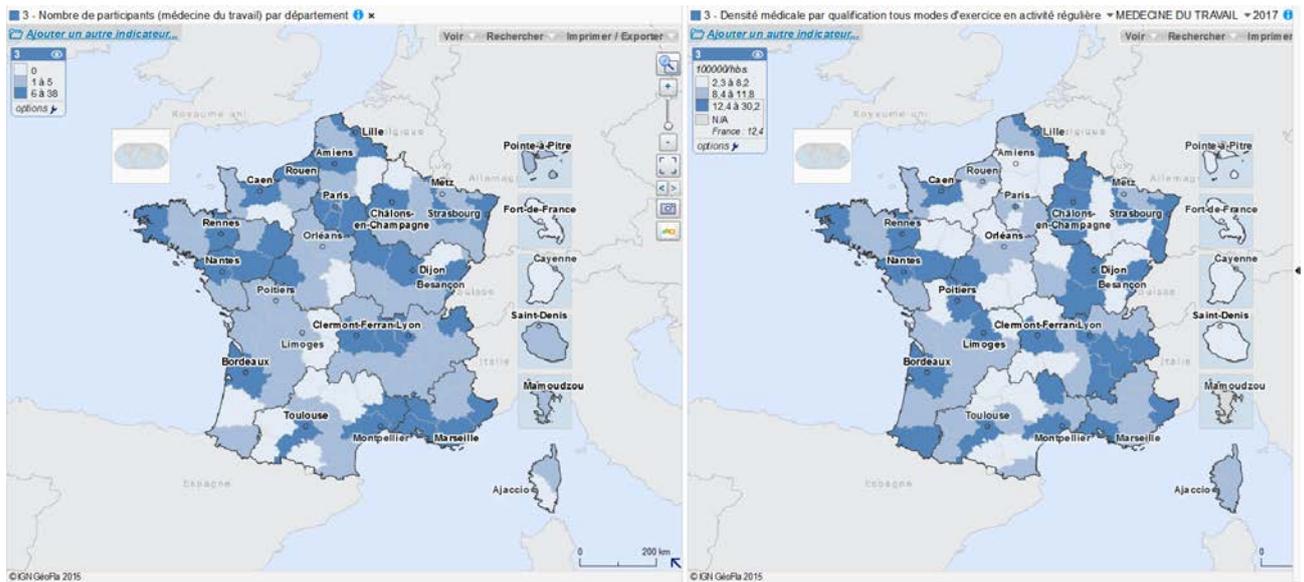


Carte n°8 : Médecine générale (suite)

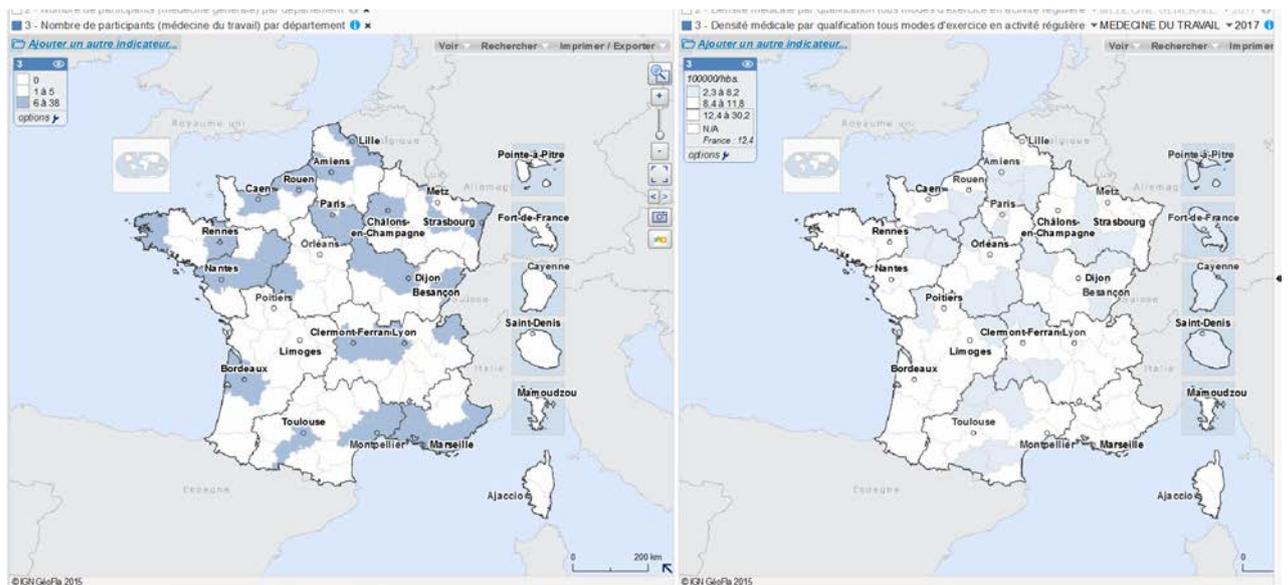


La forte participation à l'enquête des médecins généralistes n'est pas corrélée à la faible densité médicale.

Carte n°9 : Médecine du travail

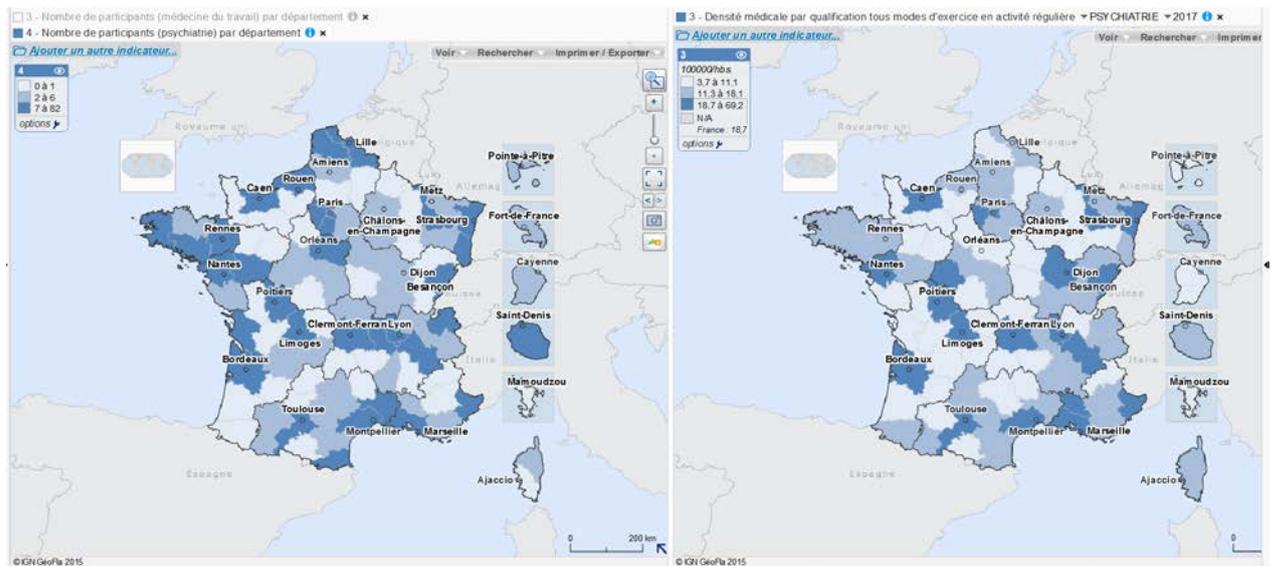


Carte n°10 : Médecine du travail (suite)

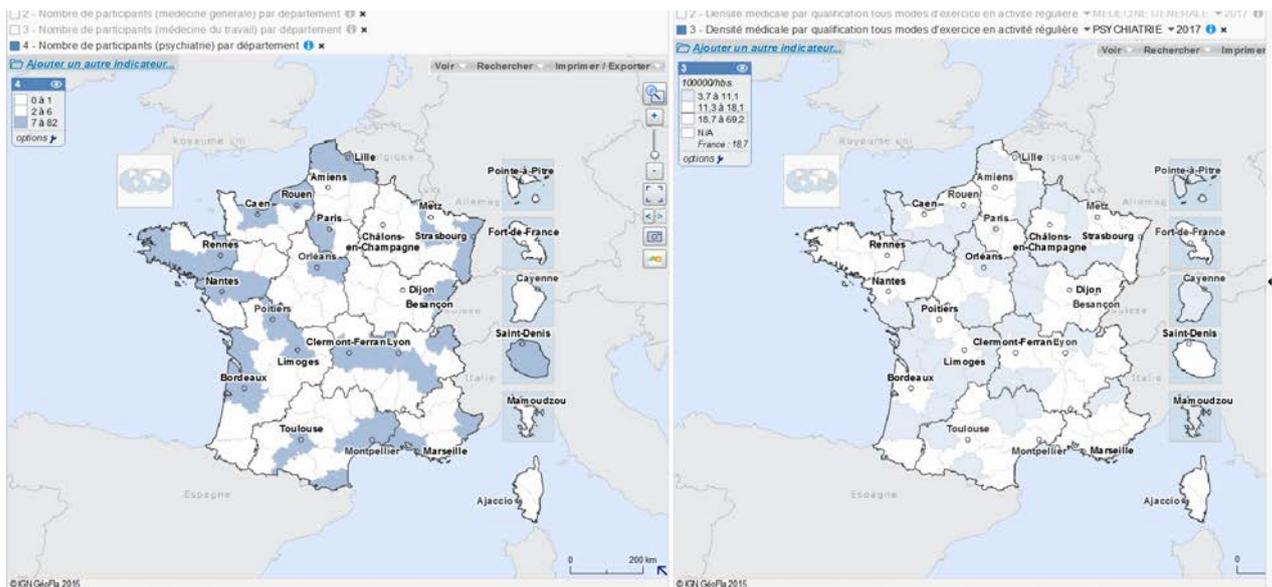


À l'exception de trois départements, il n'y a pas de liens significatifs entre la forte participation à l'enquête et la densité faible chez les spécialistes en médecine du travail.

Carte n°11 : Psychiatrie



Carte n°12 : Psychiatrie (suite)



Tout comme les spécialistes en médecine générale, la participation des spécialités en psychiatrie ne peut se justifier par la faible densité médicale.

**En résumé**, cette première analyse met en évidence que les motivations à participer à l'enquête, à l'exception de la spécialité d'anesthésie-réanimation, ne sont pas corrélées aux densités médicales et par conséquent qu'il n'y a pas de liens avérés entre participation et territorialités.

## IV - Qualifications et activités

### IV.1 – Ventilation des qualifications

Le taux de participation selon les qualifications est représentatif des médecins inscrits au tableau de l'ordre comme le mentionnent le graphique et le tableau ci-dessous. Ainsi, à titre d'exemple, 62% des participants à l'enquête sont qualifiés en médecine générale. Parmi ces cinq cohortes, et selon un redressement statistique, ils représentent théoriquement 72,2% des médecins inscrits au tableau. Par conséquent, la population des médecins généralistes ayant participé à l'enquête est représentative de cette catégorie de spécialistes.

Graphique n° 5 : La part des répondants selon les qualifications

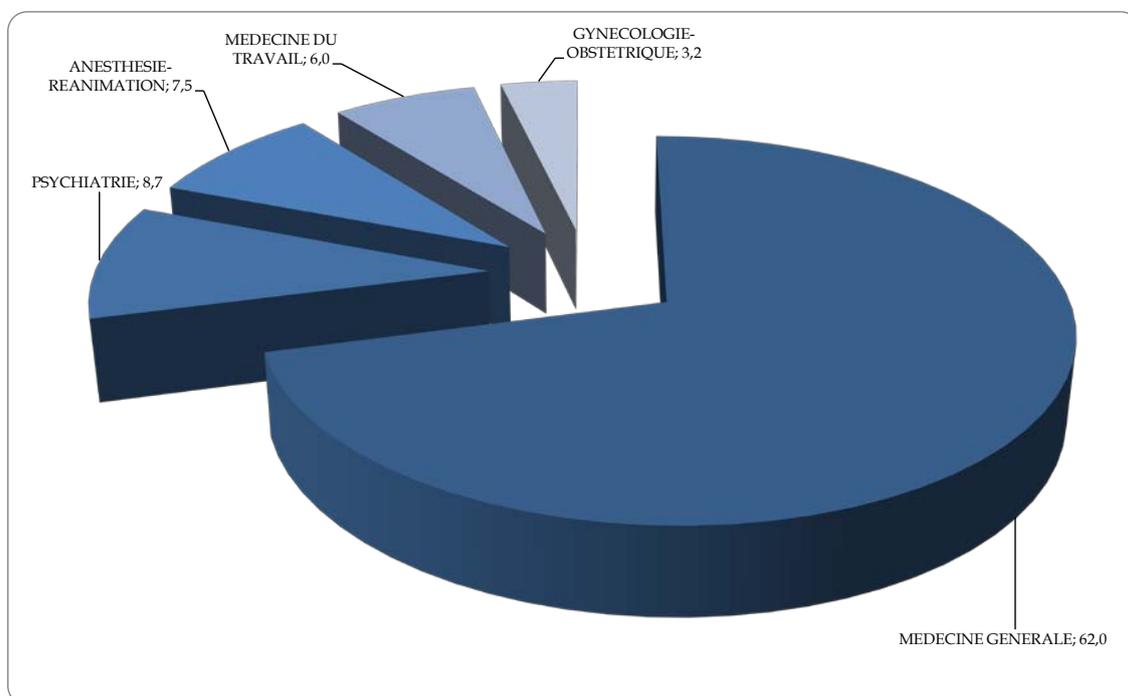


Tableau n° 1 : La représentativité des qualifications

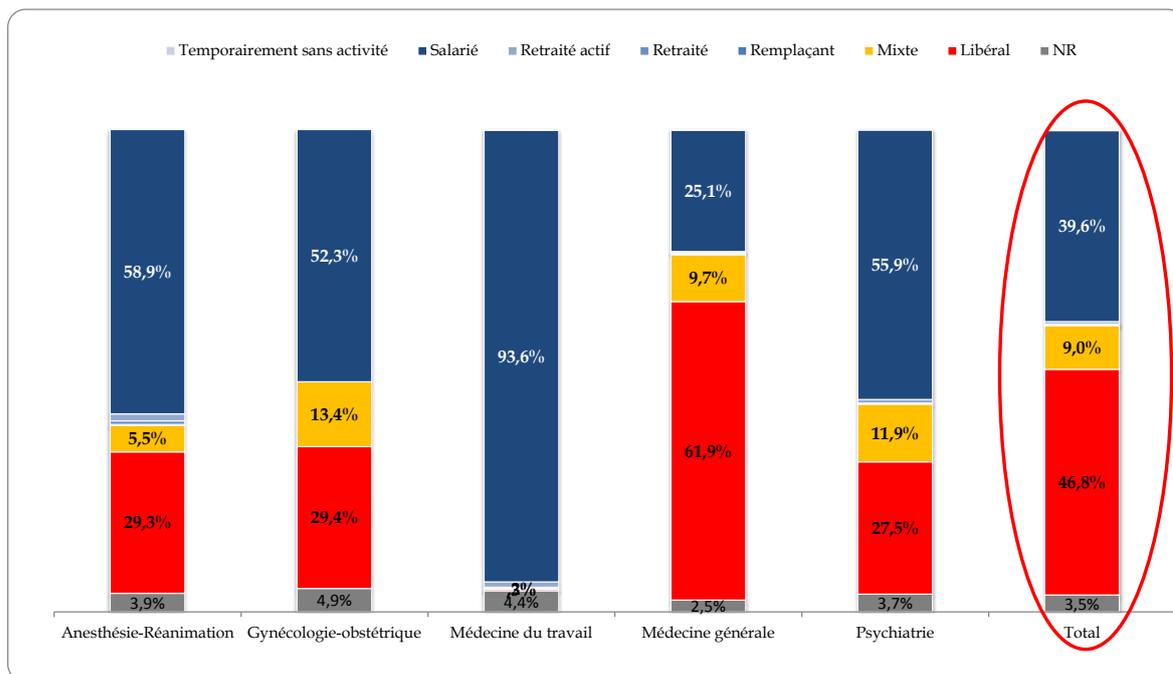
	Effectifs	%_tte_qualif	%_redresse
ANESTHESIE-REANIMATION	10127	5,1	8,4%
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	4465	2,3	3,7%
MEDECINE DU TRAVAIL	5014	2,5	4,2%
MEDECINE GENERALE	88137	44,5	73,2%

PSYCHIATRIE	12636	6,4	10,5%
-------------	-------	-----	-------

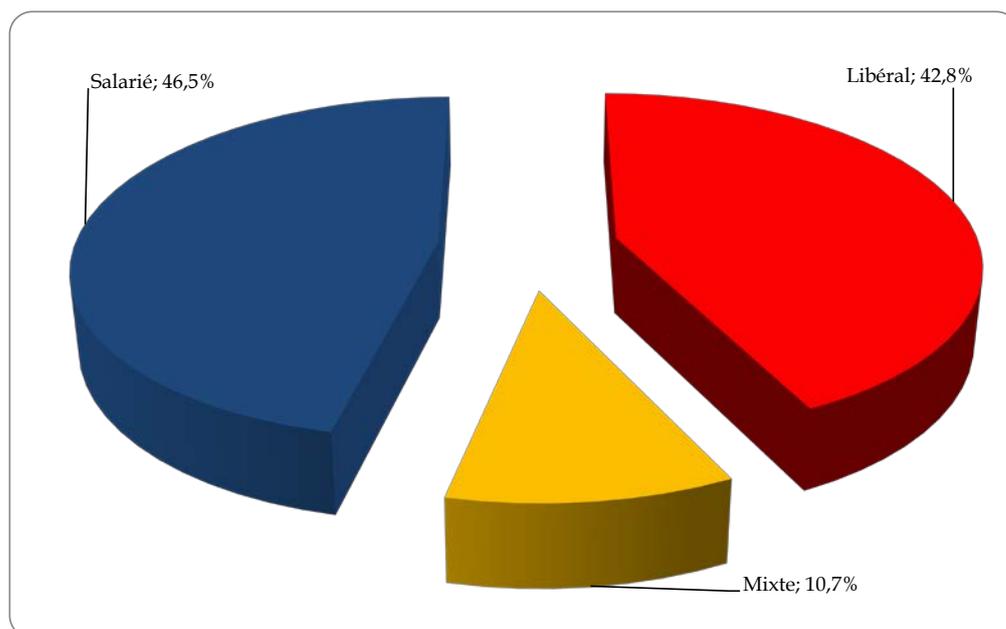
#### IV.2 - L'activité et les modes d'exercice

46,8% des participants à l'enquête ont déclaré exercer leur qualification en exercice libéral exclusif alors qu'ils sont 42,8% inscrits au tableau de l'ordre. 9% ont déclaré avoir un exercice mixte contre 10,7% des inscrits au tableau et enfin 39,6% ont déclaré exercer leur activité en tant que salarié.

Graphique n°6 : Les modes d'exercice des répondants selon les qualifications

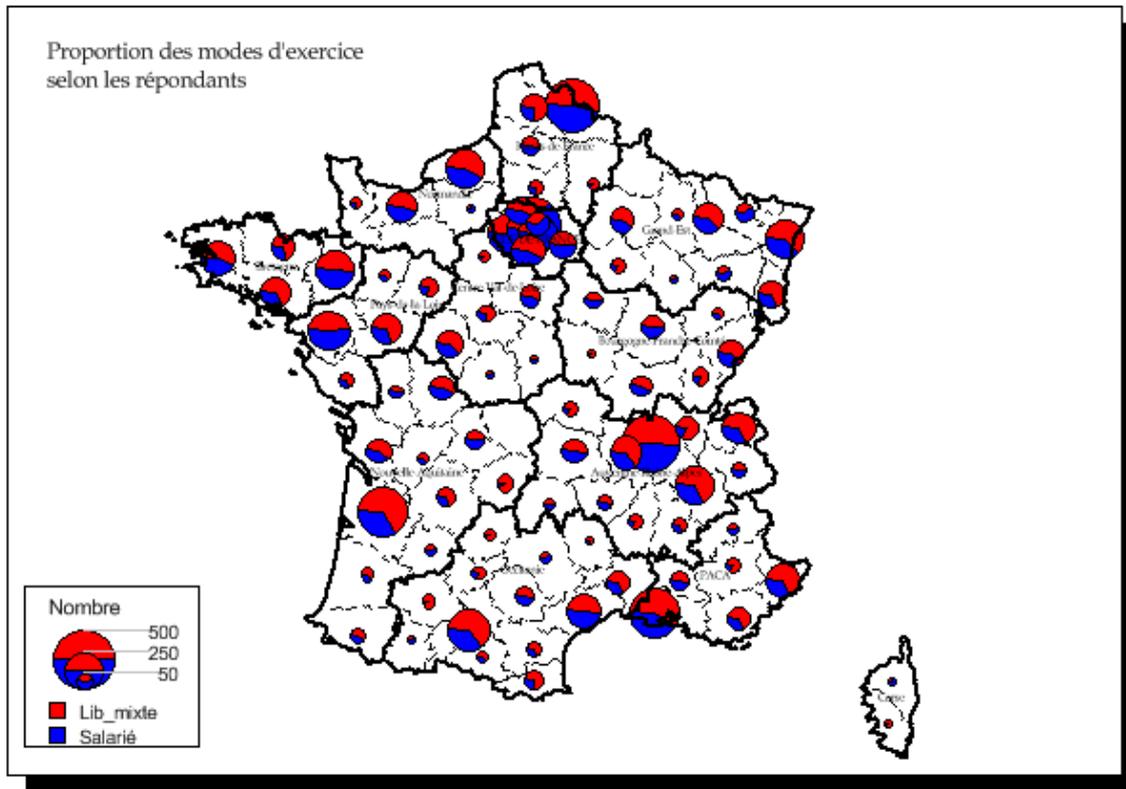


Graphique n°7 : Les modes d'exercice des médecins inscrits au tableau de l'ordre en activité régulière

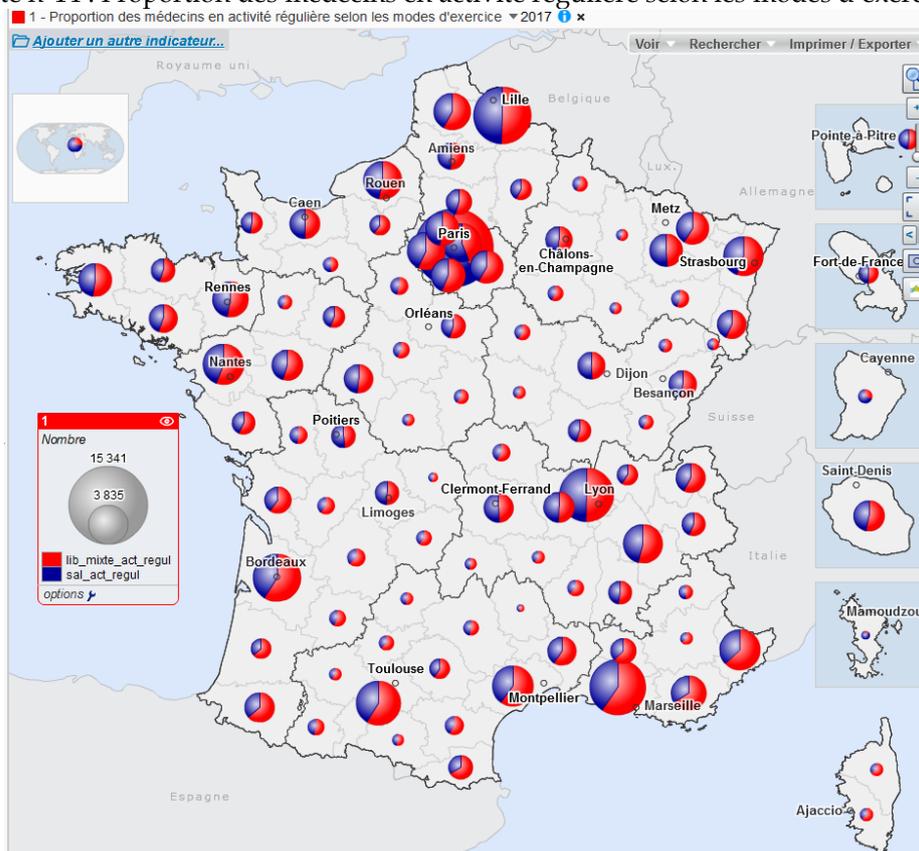


L'approche territoriale des répondants selon les modes d'exercice lib/mixte et salarié est fortement corrélée à la proportion des médecins en activité régulière selon les modes d'exercice.

Carte n°13 : Modes d'exercice des répondants

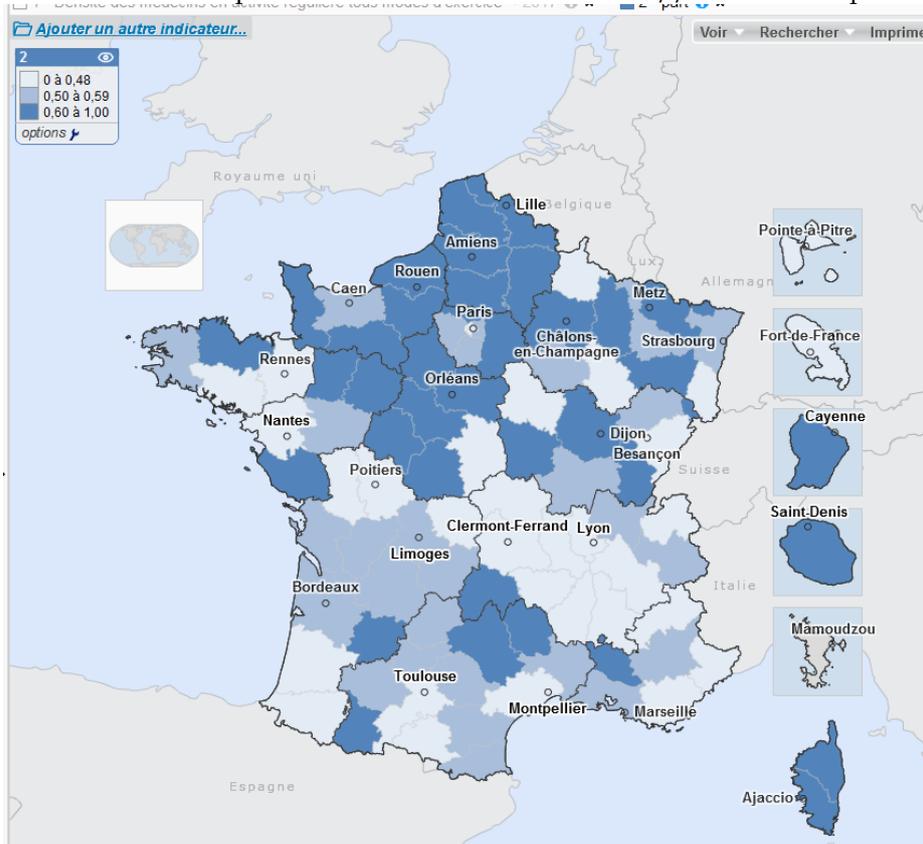


Carte n°14 : Proportion des médecins en activité régulière selon les modes d'exercice

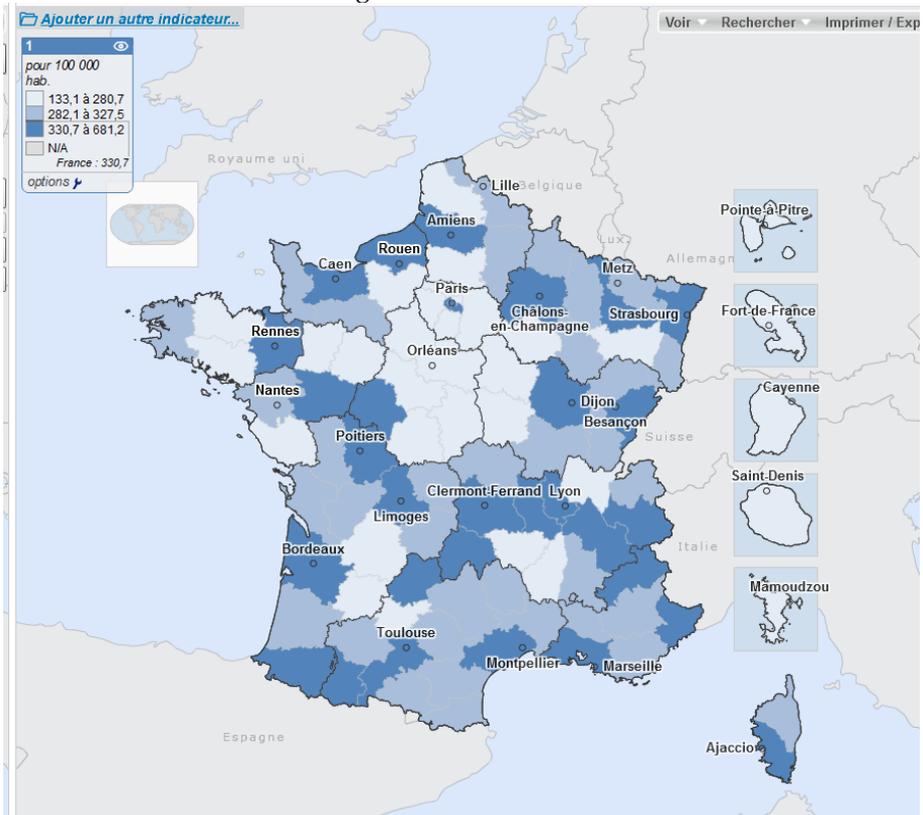


Le profil comparé de ces deux cartes permet de mettre en évidence une forte corrélation territoriale entre le nombre de patients déclaré  $\geq 100$  pour l'exercice libéral et mixte et la densité faible inférieure à 280,7 médecins pour 100 000 habitants.

Carte n°15 : nombre de patients  $\geq 100$  en exercice lib-mixte//nombre de répondants



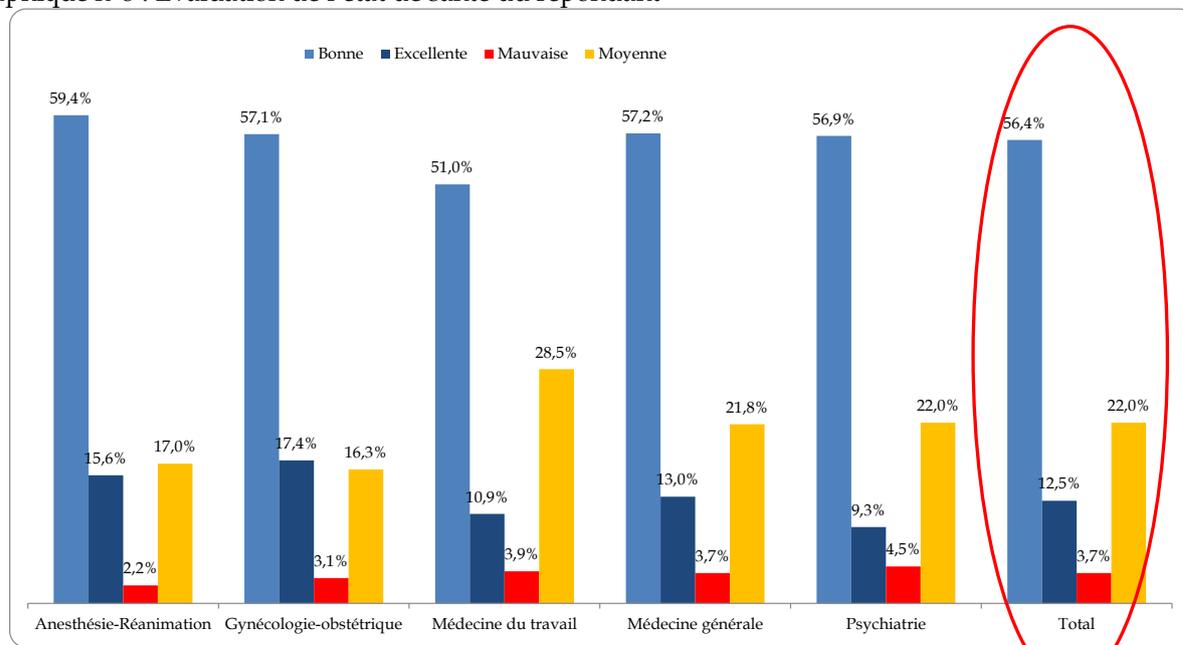
Carte n° 16 : Densité en activité régulière



## V - État de santé

À la question : « de manière générale, diriez-vous que votre santé est (...) », trois quart des répondants l'estiment bonne (56,4%) voire même excellente (12,5%). Le quart restant évalue sa santé comme étant moyenne (22%) voire même mauvaise (3,7%).

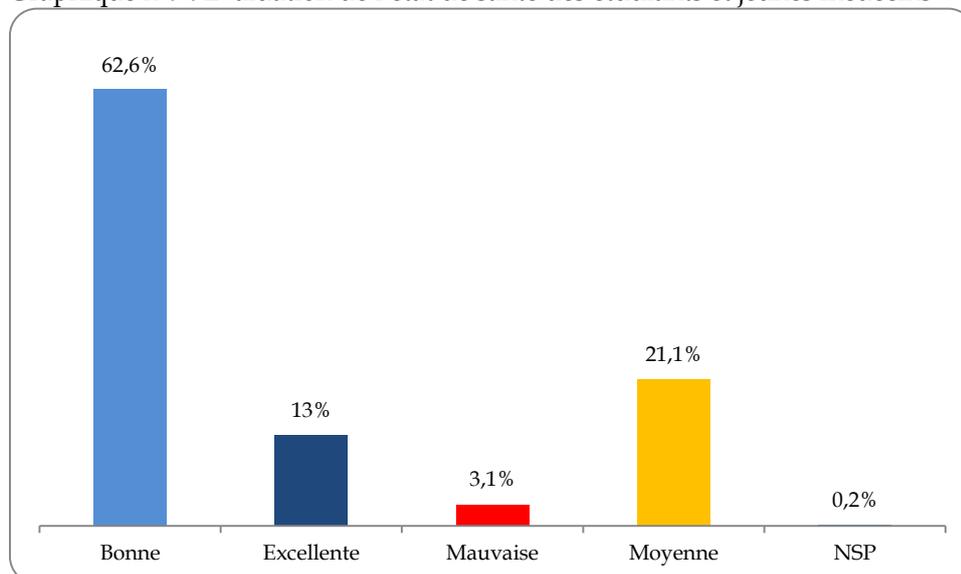
Graphique n°8 : Evaluation de l'état de santé du répondant



Un quart des répondants se déclare être en mauvaise ou moyenne santé. Selon les qualifications, on note que la proportion est plus ou moins significative. Ainsi, un cinquième des anesthésistes et des gynécos obstétriciens se déclarent être en mauvaise ou moyenne santé tandis que les psychiatres et les médecins généralistes sont un quart. Les médecins du travail, sont ceux qui se déclarent le plus, en moyenne ou mauvaise santé

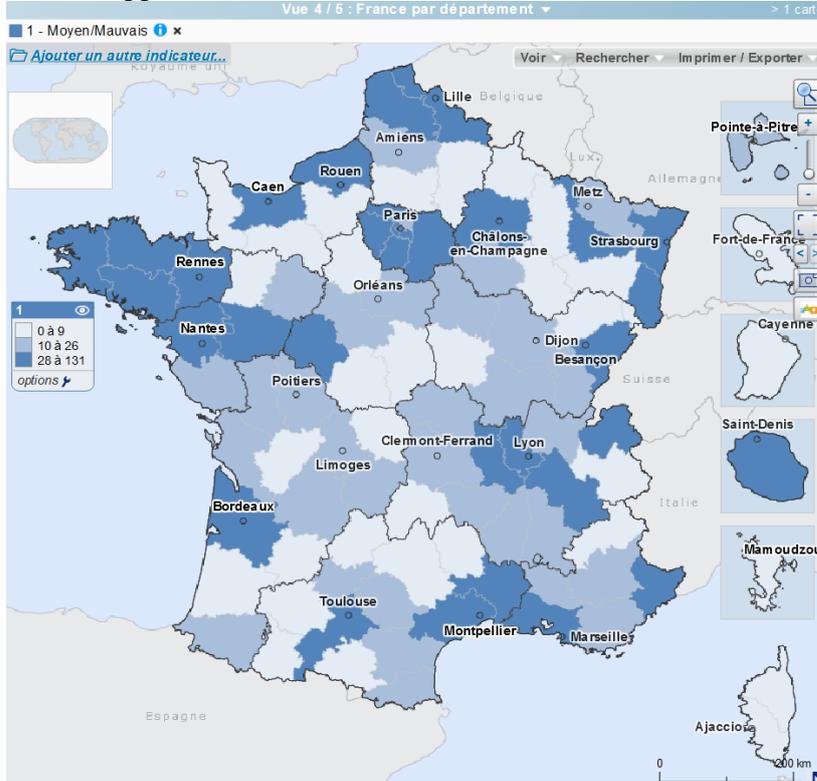
À titre comparatif, lors de l'enquête sur la santé des étudiants et jeunes médecins, un quart d'entre eux a évalué sa santé comme étant moyenne ou mauvaise.

Graphique n°9 : Evaluation de l'état de santé des étudiants et jeunes médecins

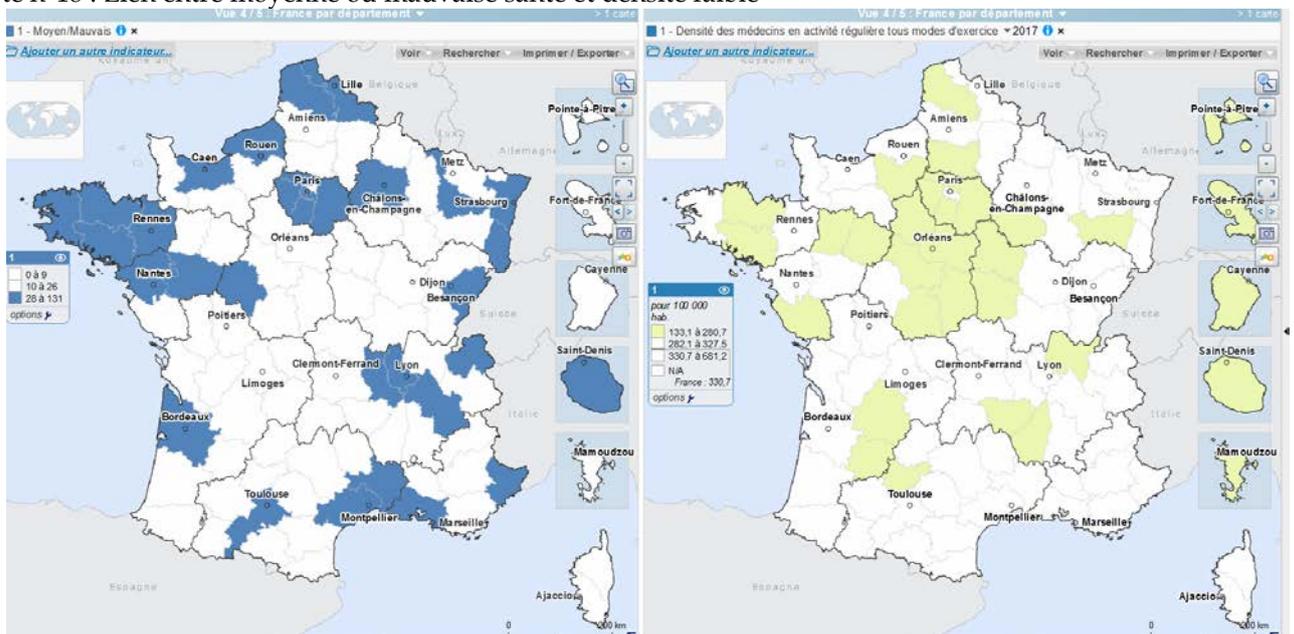


L'analyse territoriale de l'évaluation de l'état de santé selon la densité médicale met en évidence de fortes corrélations entre une santé moyenne et mauvaise ainsi qu'une faible densité. Tel est le cas par exemple des départements des Côtes-d'Armor, du Morbihan, du Pas-de-Calais, des départements franciliens...

Carte n°17 : Approche territoriale de la déclaration d'un état de santé moyen ou mauvais

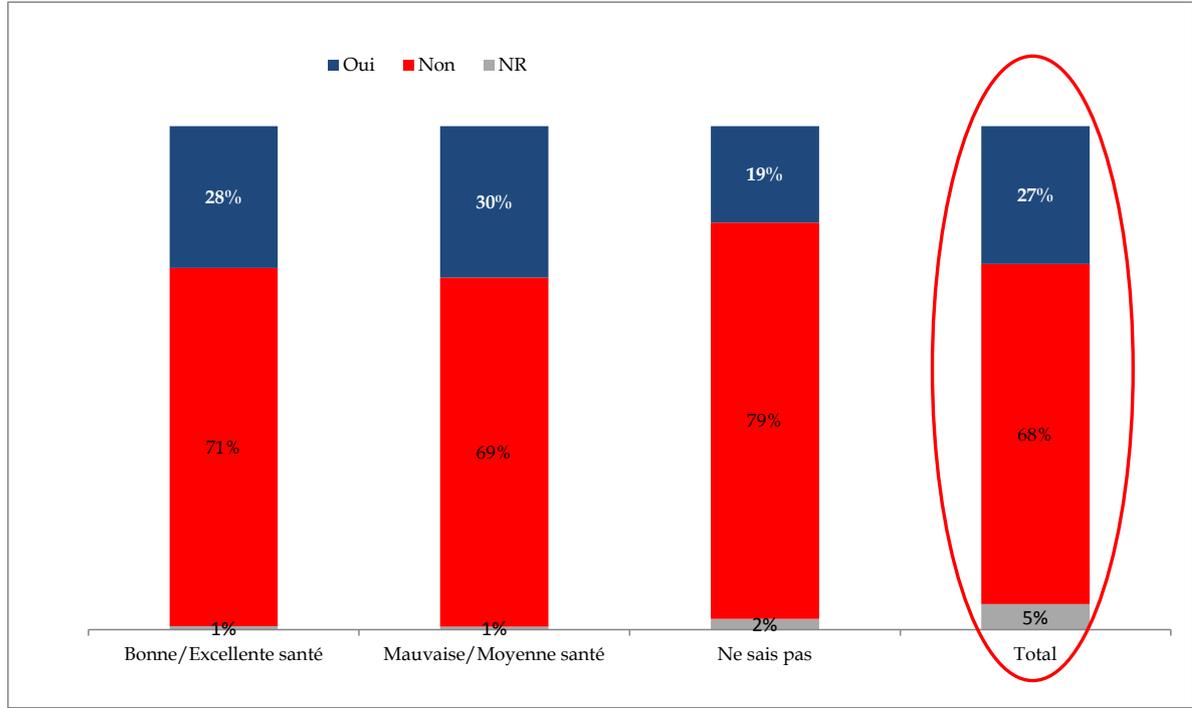


Carte n°18 : Lien entre moyenne ou mauvaise santé et densité faible



À la question, « avez-vous un médecin traitant (référént) ? » ; 27% des participants à l'enquête ont répondu favorablement tandis que 68% ont déclaré ne pas avoir de médecin référént.

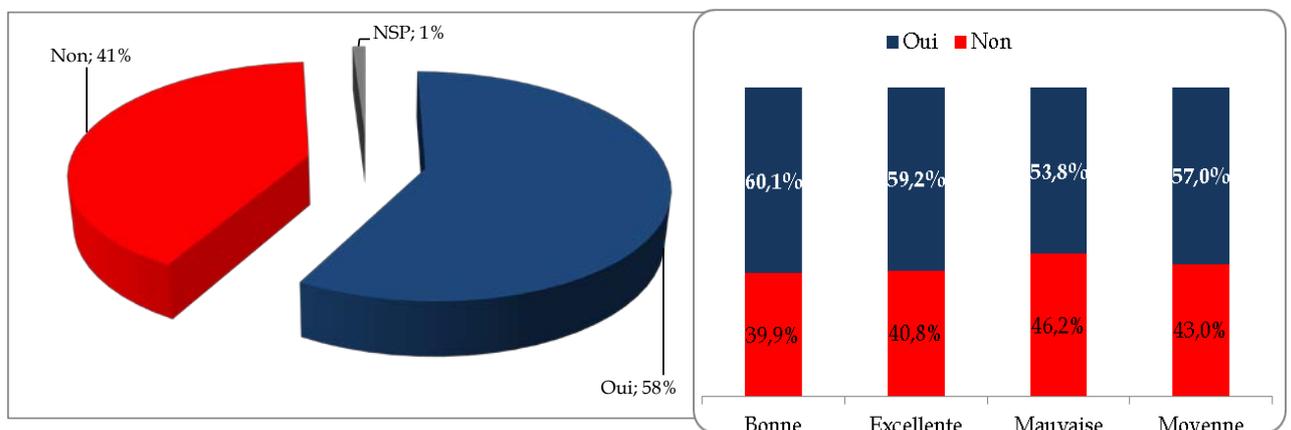
Graphique n°10 : Proportion des répondants ayant ou pas un médecin traitant selon leur état de santé



Presque 70% des participants qui se déclarent être en mauvaise ou moyenne santé n'ont pas de médecin référént autre qu'eux-mêmes. Pour autant il n'est pas établi de lien statistique entre le fait d'avoir un médecin référént ou l'état de santé, selon les quatre adjectifs de santé en auto-déclaration.

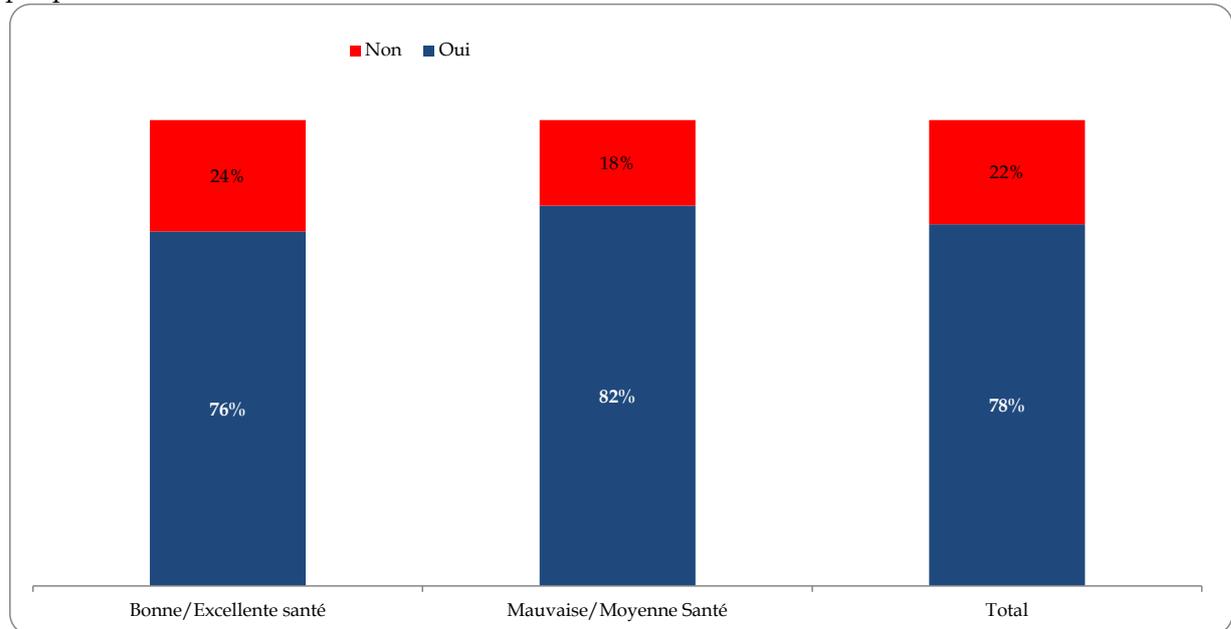
Dans le cadre de l'enquête sur la santé des étudiants et jeunes médecins, plus d'un participant sur deux a déclaré avoir un médecin référént soit 2,1 fois de plus que pour les médecins inscrits au tableau de l'ordre.

Graphique n°11 : Proportion des étudiants et jeunes médecins ayant ou pas un médecin référént selon leur état de santé



Au cours des deux dernières années, 78% des participants à l'enquête ont déclaré avoir consulté un médecin. 82% qui évaluent leur santé comme étant moyenne ou mauvaise ont déclaré avoir consulté un médecin contre 76% pour ceux qui évaluent leur santé comme étant bonne ou excellente.

Graphique n°12 : Consultations d'un médecin selon l'état de santé



Au cours des deux dernières années, un tiers des étudiants et/ou jeunes médecins a rencontré la médecine du travail ou universitaire. À la lecture des graphiques ci-dessous, on note que plus l'étudiant évolue dans sa formation moins il rencontre la médecine universitaire ou du travail. À titre illustratif, les post-internats et jeunes professionnels ont déclaré à 22% avoir rencontré la médecine du travail ou universitaire au cours des deux dernières années alors qu'ils sont 47% en deuxième cycle.

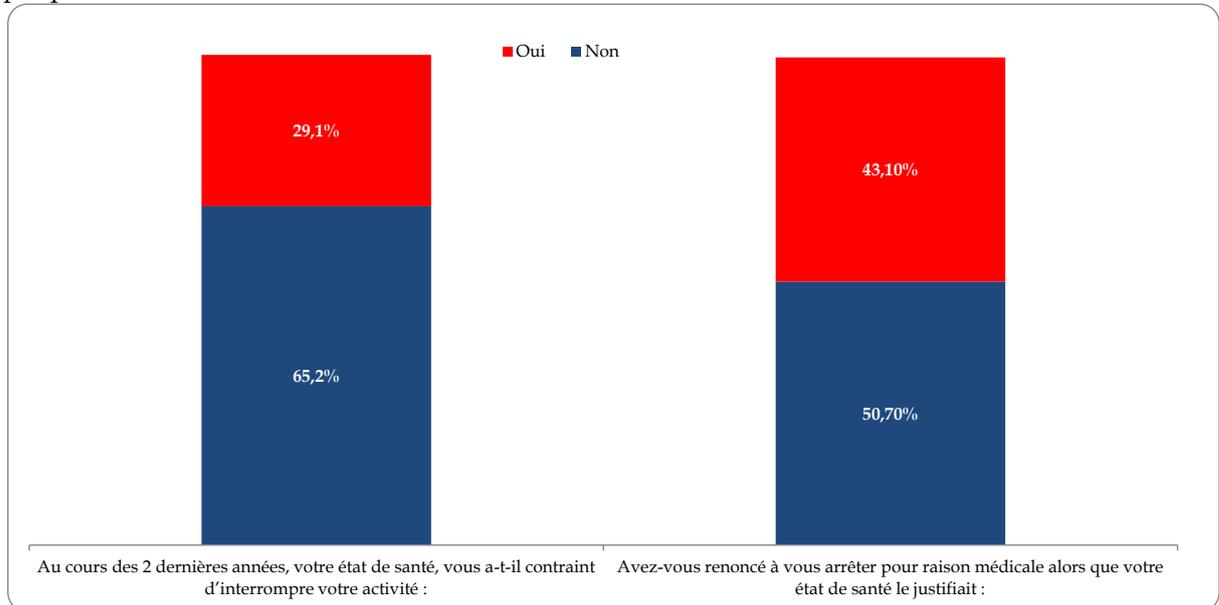
Près d'un étudiant sur deux du 2ème cycle rencontre donc le médecin universitaire ou du travail mais pour autant ce groupe des étudiants du 2ème cycle est celui, pour rappel, qui se déclare comme étant celui en moins bonne santé (30,8 % vs 19,3% en fin de cursus).

Graphique n°13 : Au cours des deux dernières années, avez-vous rencontré la médecine du travail ou universitaire ?

## VI - État de santé et interruption de travail

Seulement 30% se sont arrêtés de travailler alors que leur état de santé le justifiait. La moitié des médecins malades ont renoncé à s'arrêter.

Graphique n°14 : Arrêt de travail et renoncement à s'arrêter

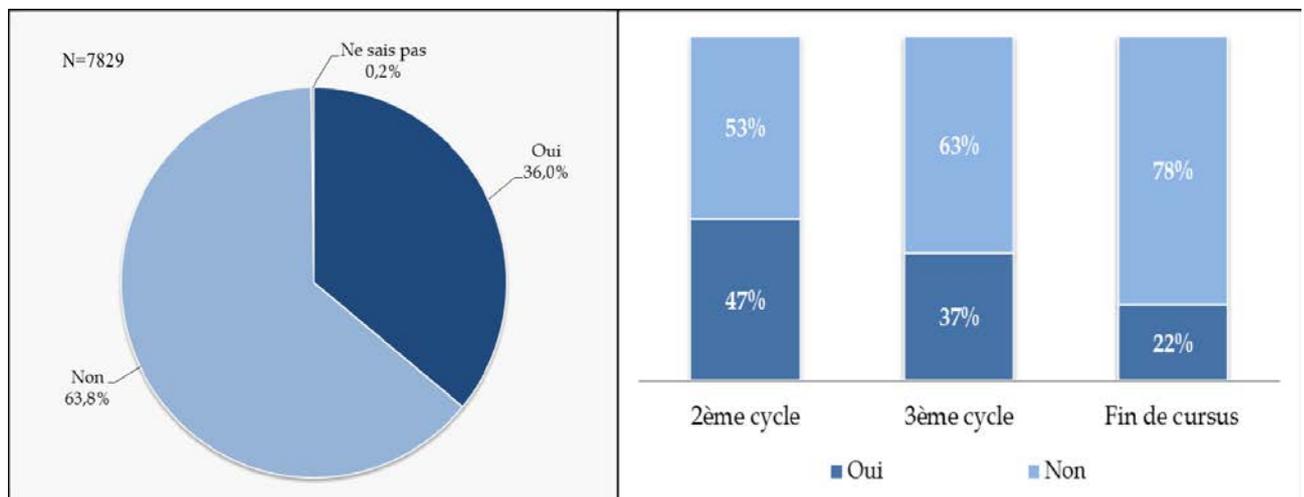


Ce renoncement se justifie plus particulièrement :

- La désorganisation du service pour les salariés ;
- Des difficultés à se faire remplacer et dans une moindre proportion des raisons financières, pour les libéraux et ceux qui ont des activités mixtes libérales et salariées.

Tableau n°2 : Motifs du renoncement à s'arrêter de travailler

	Libéral	Mixte	Salarié



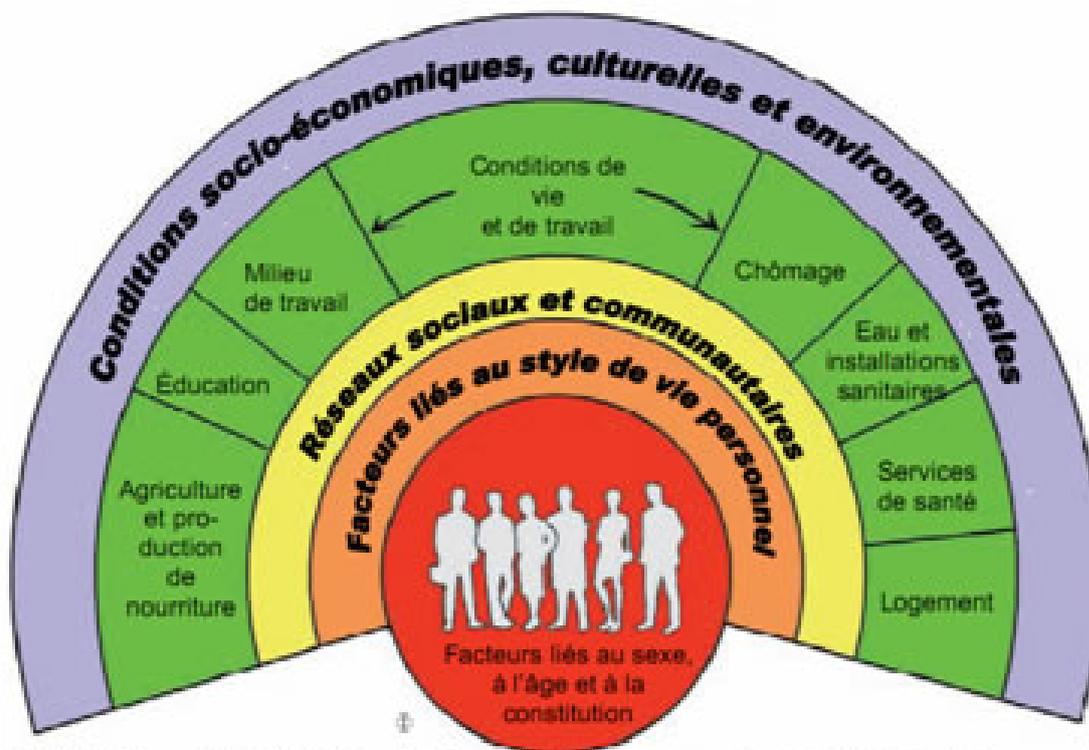
Désorganisation du service	15%	28%	74%
Pas de possibilité de se faire remplacer	53%	39%	16%
Raisons financières	27%	26%	5%
Autre (s)	5%	7%	4%

## VII - Conditions de travail

Selon l'Inpes, santé publique France, à chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ».

Le modèle de Dahlgren et Whitehead présente les déterminants de la santé en quatre niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent (Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. The Lancet, 1991, n°338 : p.1059-1063.).

Graphique n°15 : Les déterminants de la santé

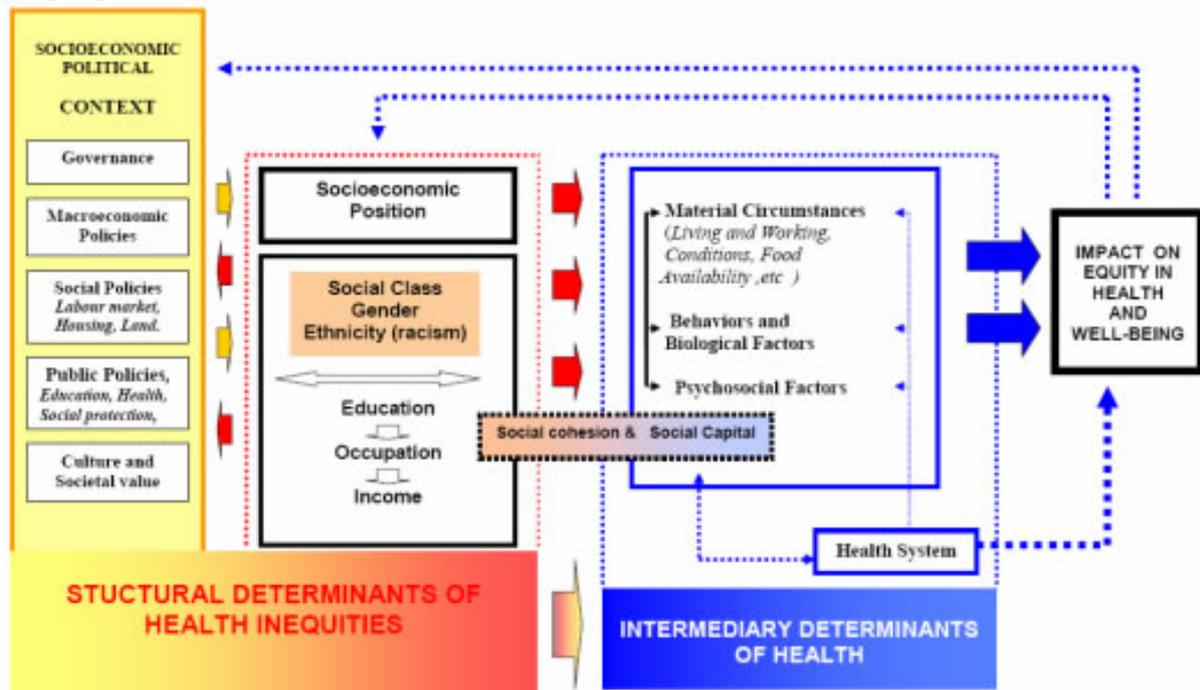


DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)

Les facteurs liés aux conditions de vie et de travail figurent au 3<sup>ème</sup> niveau du schéma de Dahlgren.

Dans le modèle de la CSDH/CDSS, l'environnement physique du travail est pris en compte dans un ensemble de déterminants dits « intermédiaires ».

Graphique n°16 : Modèle de la CSDH/CDSS



Selon les publications scientifiques, les comportements individuels n'expliquent pas à eux seuls l'état de santé des individus.

Dans le cadre de notre étude sur l'état de santé des médecins, compte tenu des difficultés de la profession, il nous a semblé indispensable de consacrer tout un chapitre à l'état de santé et les conditions de travail.

Très peu d'études ont jusqu'ici décrit le lien entre l'état de santé et le nombre d'heures de travail contrairement aux effets du travail par postes qui ont été très largement étudiés.

Selon une étude canadienne<sup>4</sup>, en Amérique du Nord et en Europe, les chercheurs se sont concentrés sur les fortes tensions et contraintes au travail et les conséquences sur la santé, tels la dépression, l'anxiété, la migraine, l'hypertension et la maladie coronarienne. Cependant la plupart des travaux fondés sur le modèle des tensions et contraintes au travail ne vise pas à examiner explicitement les conséquences du nombre d'heures de travail.

L'économic and social research council révèle que les longues heures de travail ont des conséquences néfastes pour la santé.

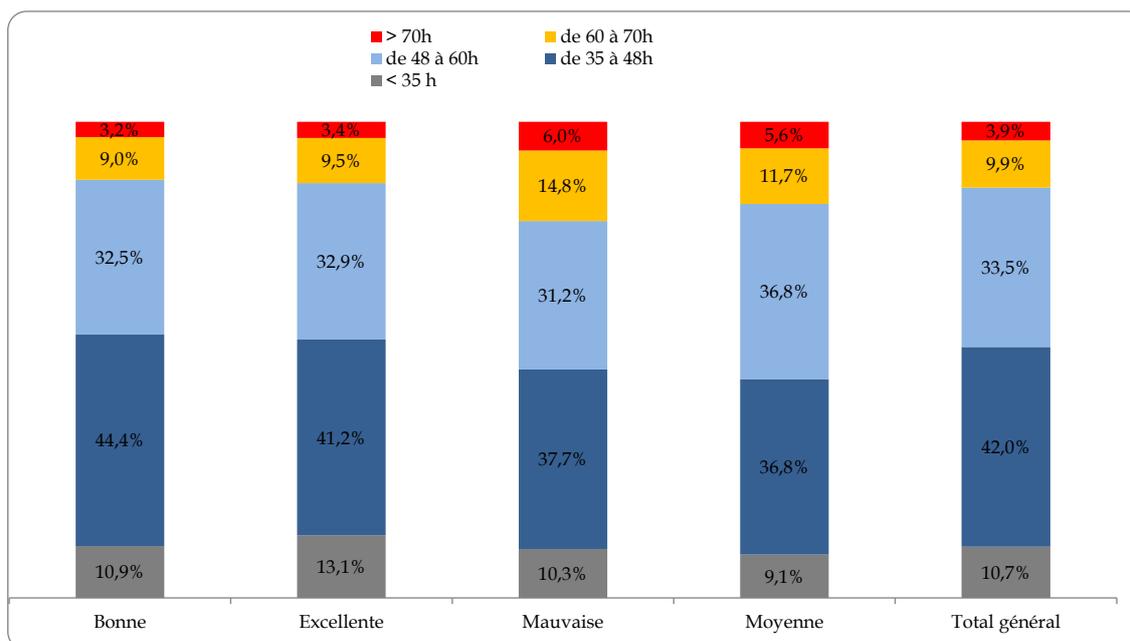
Qu'en est-il chez les médecins ?

<sup>4</sup> Margot Shields, les longues heures de travail et la santé, Perspective 2000

À la question, combien d'heures travaillez-vous par semaine, 47,3% des répondants ont déclaré travailler plus de 48h.

À noter la corrélation entre l'auto évaluation d'une santé moyenne ou mauvaise et le nombre d'heures de travail. A la lecture du graphique ci-dessous, on constate que 52% à 54% des répondants qui s'estiment être en mauvaise ou moyenne de santé travaillent plus de 48 heures par semaines contre 45% pour ceux qui s'estiment être en bonne voir même excellente santé.

Graphique n°17 : Temps de travail et état de santé



40% des participants à l'enquête sur la santé des étudiants et jeunes médecins ont déclaré travailler entre 48h et 60h et 27% ont déclaré travailler 35h et 48 h par semaine. Pour rappel, le temps de travail des internes fait l'objet d'une directive européenne (cf. JO du 26 février 2015, applicable au 1<sup>er</sup> mai 2015). Lors de son congrès en 2015, le CNOM a engagé un débat sur les conditions de travail des internes français et la réglementation européenne.

L'enquête sur la santé des étudiants et jeunes médecins a permis de démontrer que le temps de travail déclaré, des internes en particulier, est très majoritairement supérieur à 48h hebdomadaires.

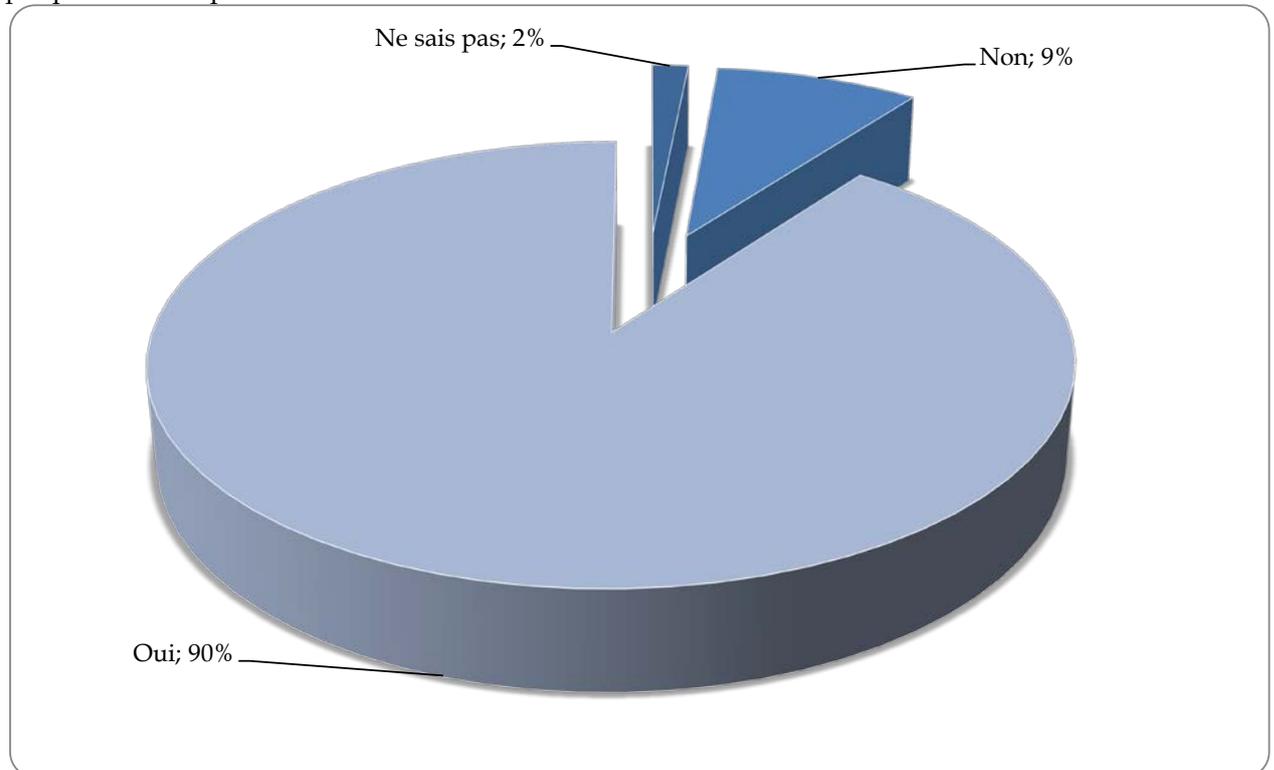
Dans le cadre de l'enquête auprès des étudiants et jeunes médecins, il avait également été démontré un lien entre le temps de travail et la qualité de l'état de santé est puissant, quelques soient les cohortes examinées.

Tableau n°3 : Évaluation de l'état de santé selon les nombres d'heures travaillées et le cycle de formation

	< 48h de travail	>= 48 h de travail
<b>Fin de cursus</b>	<b>44%</b>	<b>56%</b>
Bonne	46%	54%
Excellente	53%	47%
Mauvaise	26%	74%
Moyenne	26%	74%
<b>3ème cycle</b>	<b>28%</b>	<b>72%</b>
Bonne	30%	70%
Excellente	38%	62%
Mauvaise	14%	86%
Moyenne	19%	81%
<b>2ème cycle</b>	<b>42%</b>	<b>58%</b>
Bonne	43%	57%
Excellente	55%	45%
Mauvaise	34%	66%
Moyenne	34%	66%

90% des participants à l'enquête ont déclaré, au cours des trois derniers mois, dans le cadre de leur activité professionnelle, avoir été contraints à des situations stressantes.

Graphique n°18 : Proportion de situations stressantes



Dans le cadre de l'enquête auprès des étudiants et jeunes médecins, 88% d'entre eux ont répondu avoir été confrontés à des situations stressantes.

L'auto évaluation de sa santé ne semble pas être un critère déterminant sur la proportionnalité des situations stressantes puisque 93% des médecins qui ont déclaré être en mauvaise ou moyenne santé se sont retrouvés dans une situation professionnelle stressante au cours des trois derniers mois.

Le facteur territorial n'intervient pas sur cet indicateur puisque tous les départements sont concernés par cette forte proportionnalité du caractère stressant de la profession.

Le rythme de travail se répercute de façon importante sur la vie sociale et familiale surtout quand ils sont en mauvaise et moyenne santé. Mais aussi sur l'activité physique les médecins sont des sédentaires avec de nombreux facteurs de risque.

Tableau n°4 : votre rythme de travail a-t-il des répercussions

	<b>Performances professionnelles</b>		<b>Vie sociale</b>		<b>Vie de famille</b>	
	Tous les répondants	Mauvais/moyen	Tous les répondants	Mauvais/moyen	Tous les répondants	Mauvais/moyen
Parfois	66,0%	65,2%	44,7%	33,7%	44,3%	33,4%
Pas du tout	21,3%	12,4%	16,8%	8,5%	14,2%	7,7%
Souvent	12,7%	22,4%	38,5%	57,7%	41,4%	58,9%

L'état de santé déclaré agit sur la diminution de l'activité physique.

Tableau n°5 : votre rythme de travail a-t-il des répercussions (suite)

	<b>Les finances</b>		<b>Manque d'activité physique</b>		<b>Mon intégrité physique (AVP)</b>		<b>Prod addictogènes</b>	
	Tous les répondants	Mauvais/moyen	Tous les répondants	Mauvais/moyen	Tous les répondants	Mauvais/moyen	Tous les répondants	Mauvais/moyen
Parfois	23,6%	31,8%	35,6%	26,4%	20,7%	29,1%	19,6%	23,3%
Pas du tout	69,3%	54,9%	18,3%	9,0%	72,4%	54,7%	73,3%	63,1%
Souvent	7,1%	13,3%	46,1%	64,6%	6,9%	16,1%	7,2%	13,5%

## Traitements et addictions

Une étude de Hellerstedt et Jeffery de 1997 a démontré un lien significatif entre les longues heures de travail et les comportements ayant un effet nocif sur la santé comme l'usage du tabac et l'excès de poids.

Parmi les répondants, une forte proportion déclare une consommation d'alcool régulière.

Selon l'étude canadienne de Margot Shields, chez les femmes, l'augmentation de la consommation d'alcool est liée à la modification du nombre d'heures de travail, ce qui n'est pas le cas chez les hommes.

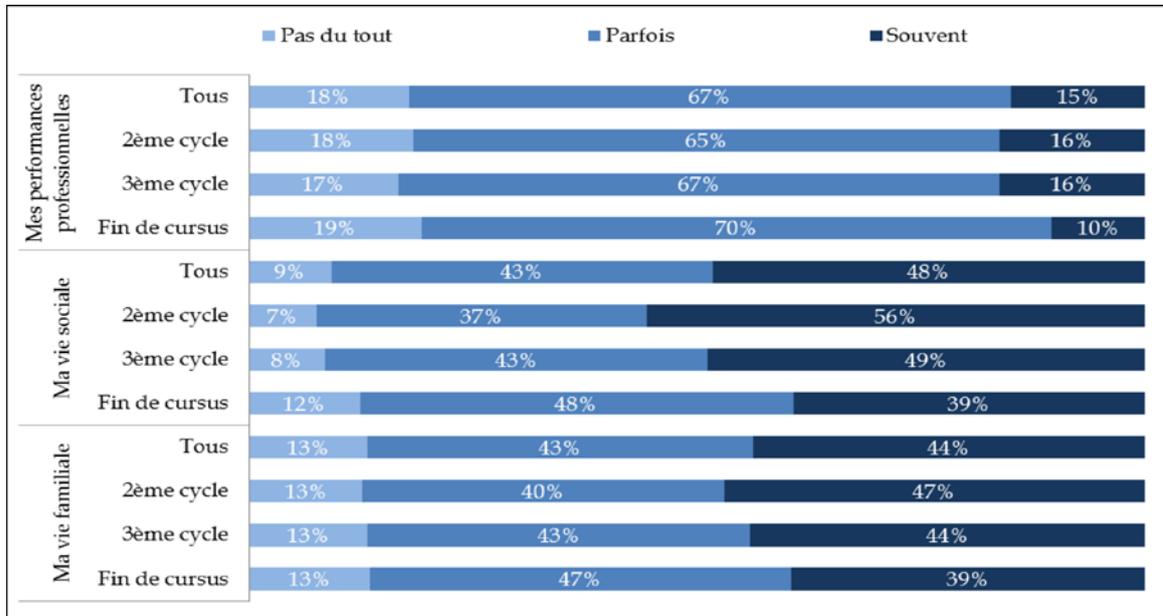
La consommation de médicaments et de psychotropes concerne 25% des médecins.

Tableau n°6 : La consommation de médicaments et de psychotropes

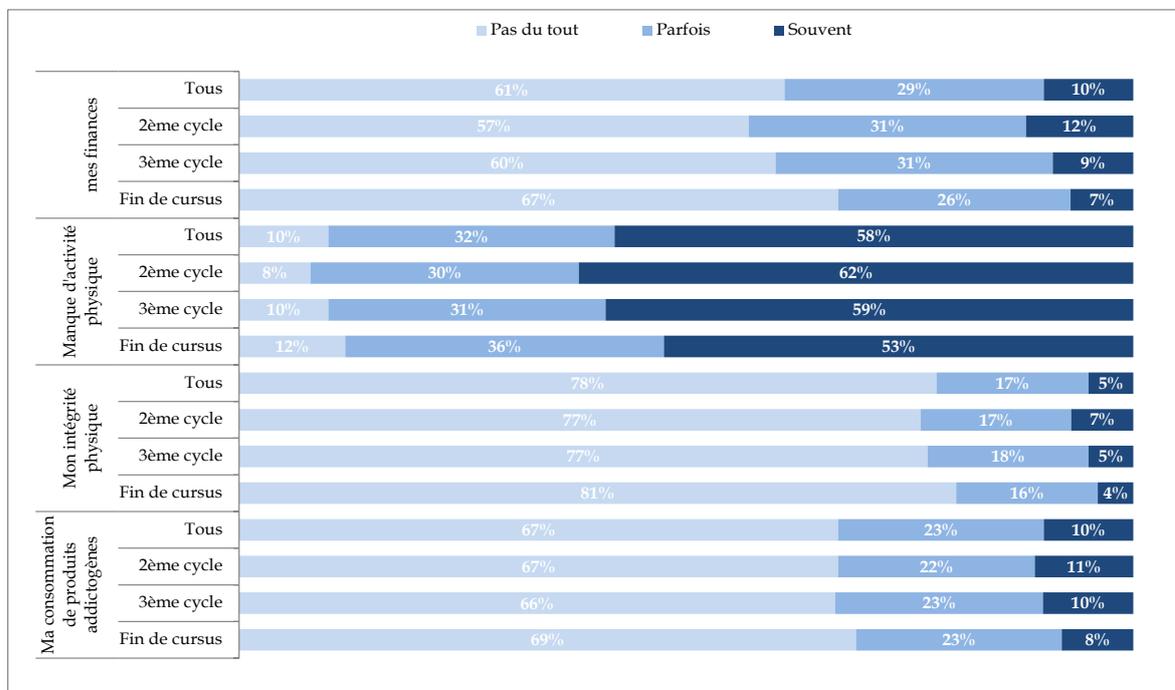
	Tabac	Alcool	Cannabis	Médicaments	Psychotropes	Drogues
< 1 fois par mois	4,7%	16,1%	2,0%	24,6%	8,2%	0,4%
Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine	3,2%	37,9%	0,5%	18,2%	4,9%	0,0%
Jamais	79,8%	14,1%	96,5%	30,7%	79,6%	98,9%
Plusieurs fois par semaine	3,3%	27,6%	0,4%	6,2%	2,1%	0,0%
Tous les jours	9,0%	4,2%	0,6%	20,3%	5,2%	0,7%

Dans le cadre de l'enquête sur la santé des étudiants et jeunes médecins, on note un fort clivage entre un net retentissement sur les vies familiale et sociale d'une part, et d'autre part les performances professionnelles, encore déclarées comme préservées le plus souvent.

Graphique n°19 : À la question, votre rythme de travail a-t-il des répercussions sur :



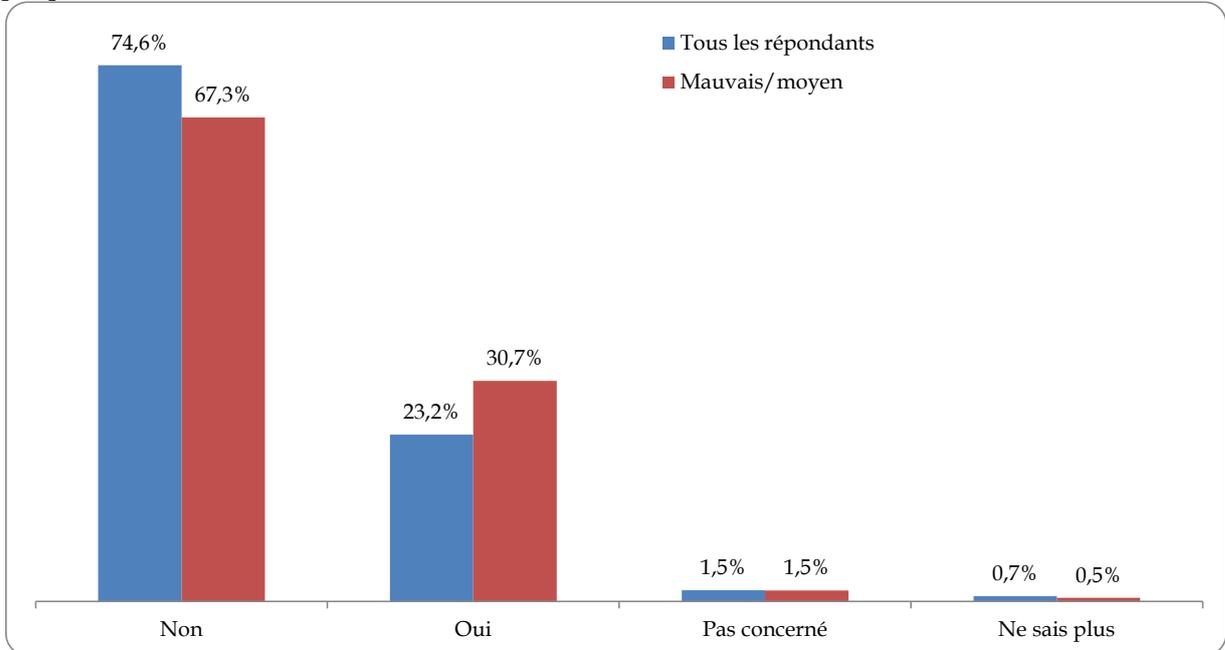
Graphique n°20 : À la question, votre rythme de travail a-t-il des répercussions sur (suite) :



## VIII - Accès aux soins

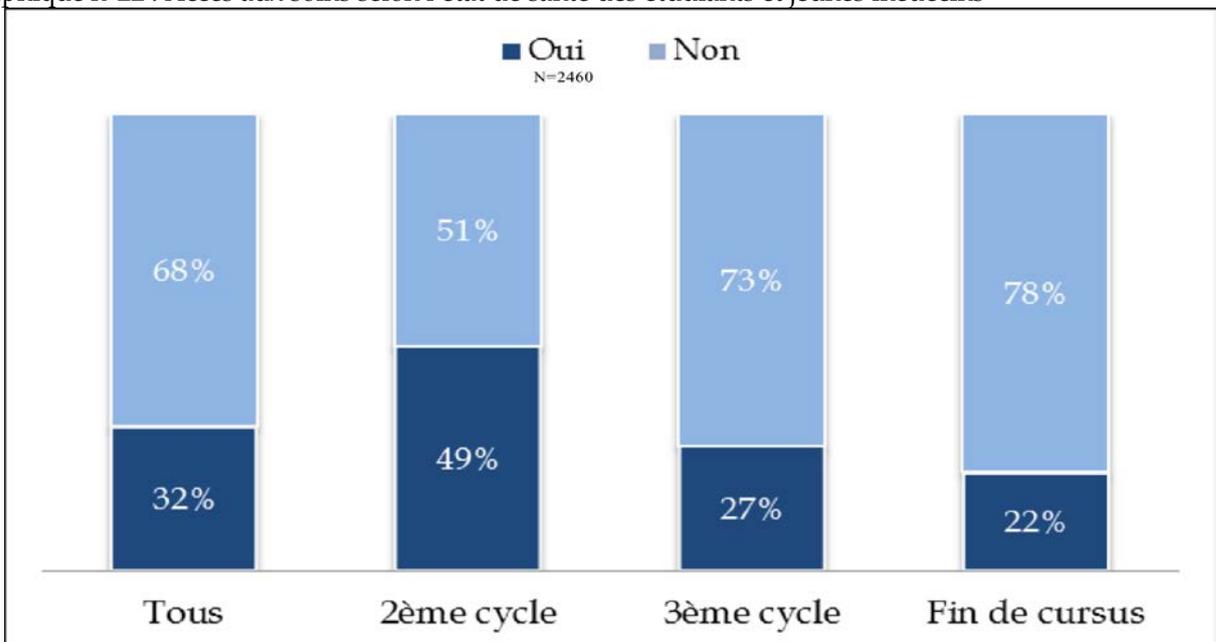
Selon l'état de santé perçue, 30,7% en mauvaise et moyenne santé ont déclaré avoir vu un médecin spécialiste en médecine générale au cours de l'année 2016 contre 23,2% pour l'ensemble des répondants.

Graphique n°21 : Accès aux soins selon l'état de santé



Dans le cadre de l'enquête sur la santé des étudiants et jeunes médecins, 32% d'entre eux ont répondu avoir consulté un médecin spécialiste en médecine générale au cours des douze derniers mois.

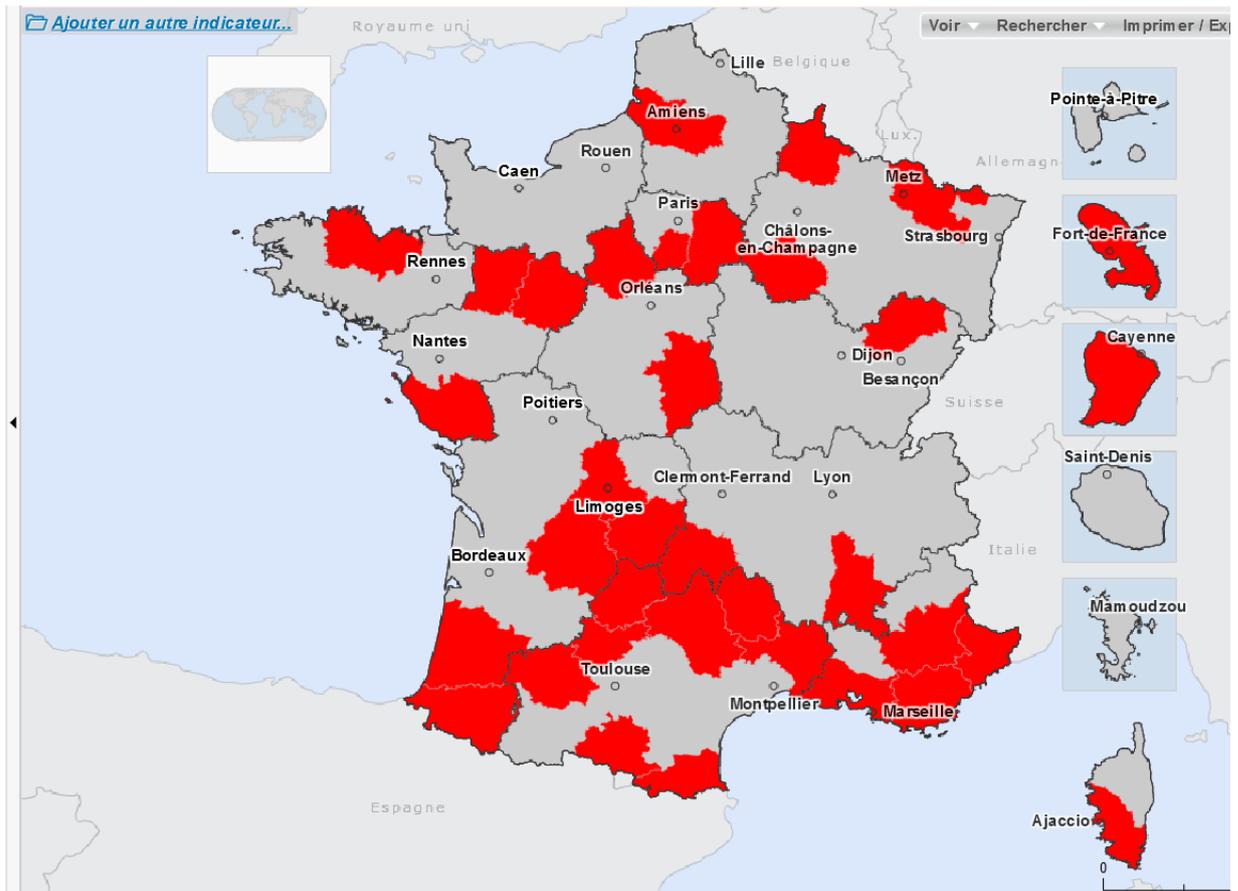
Graphique n°22 : Accès aux soins selon l'état de santé des étudiants et jeunes médecins



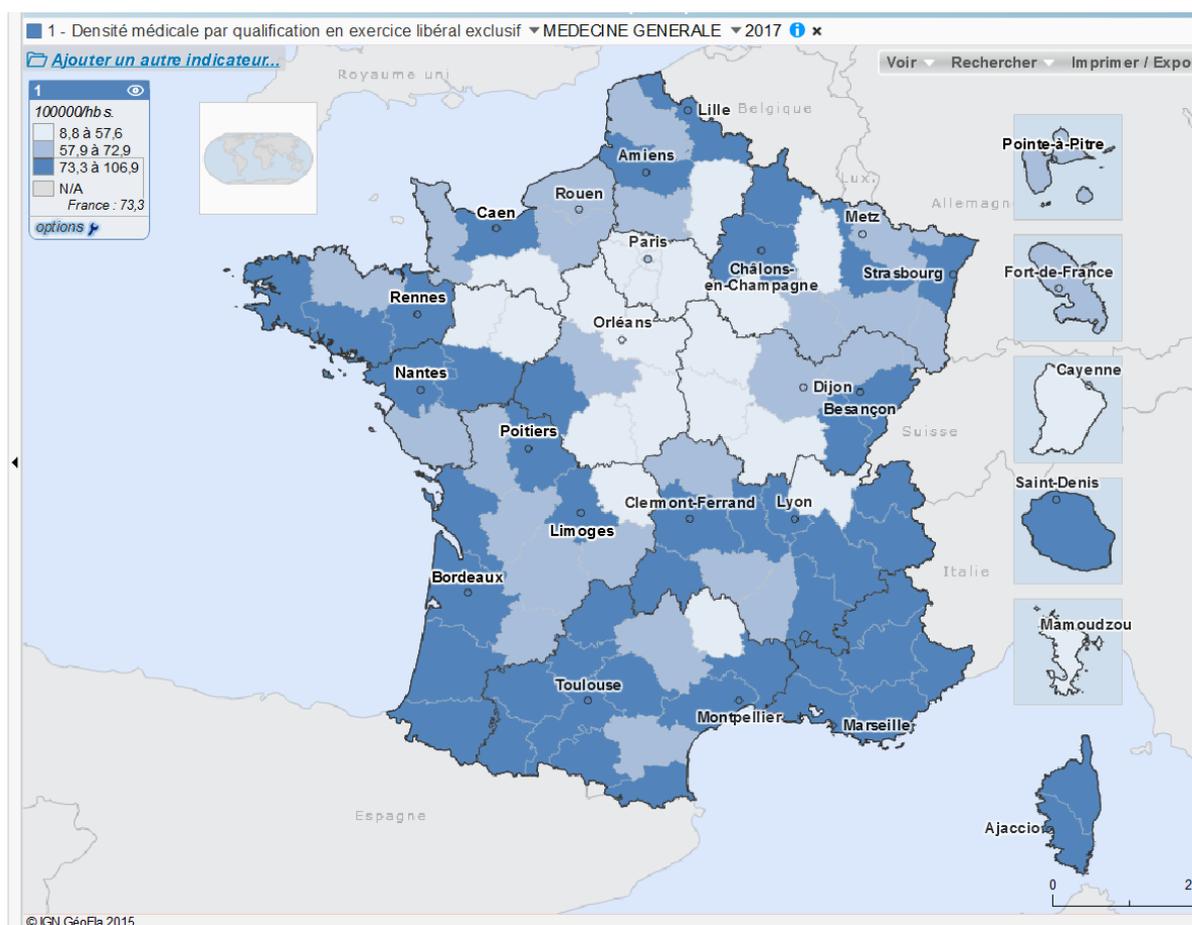
La faible proportion de médecins ayant déclaré avoir consulté un médecin généraliste au cours de l'année 2016 peut être corrélé avec les études relatives aux inégalités sociales et territoriales de santé.

Y a-t-il un lien significatif entre la faible proportion (<20%) de répondants qui ont consulté un MG au cours de l'année 2016 et la densité en MG libérale ?

Carte n°19 : Territorialité de la faible proportion ayant consulté un médecin généraliste en 2016

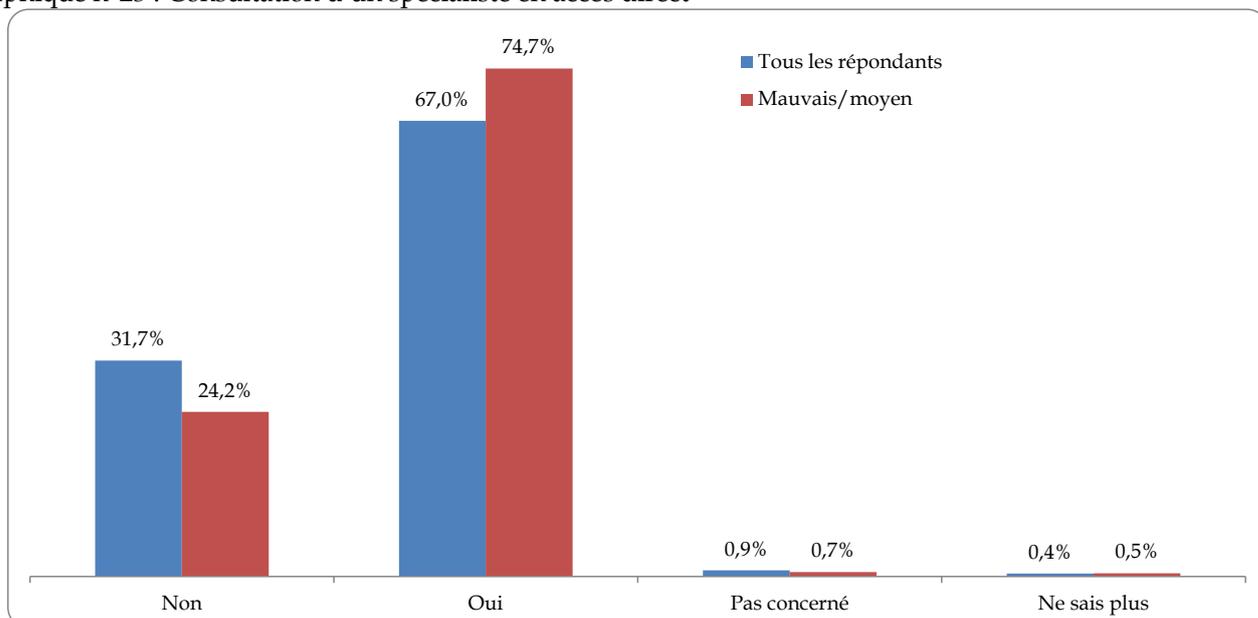


Carte n°20 : Densité des médecins généralistes en exercice libéral exclusif



A l'inverse, une grande majorité des répondants a déclaré avoir consulté, au cours de l'année 2016, un spécialiste en accès direct. A noter une plus faible proportion chez les médecins qui évaluent leur santé comme étant moyenne ou mauvaise.

Graphique n°23 : Consultation d'un spécialiste en accès direct



## IX - Épuisement professionnel (Burn out)

Selon E. Galam, la plupart des patients estiment que les soignants sont là pour soigner « qu'ils ne viennent pas nous ennuyer avec leurs problèmes personnels...encore moins lorsqu'on a besoin d'eux ».

Les professionnels de la santé sont pourtant plus exposés au burn out que d'autres, malgré leurs appels à l'aide sont peu entendus.

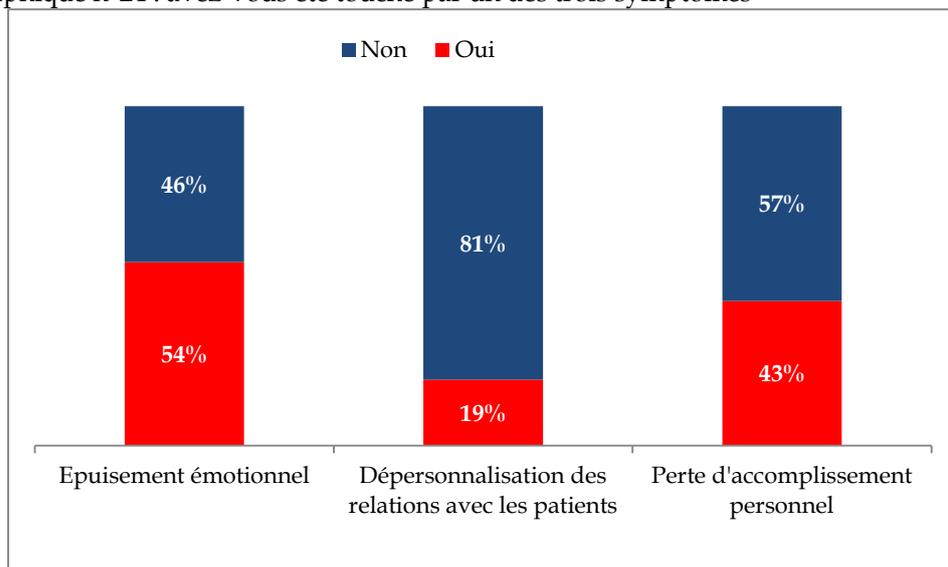
Les métiers du soin sont pourtant les premiers dans lesquels les cas de burn out ont été décrits par les chercheurs, dès 1974.

Les trois dimensions ainsi décrites rendent compte de la symptomatologie du burn out.

Conceptualisé pour la première fois par le psychiatre américain Freudenberger en 1975, il a fait l'objet de nombreux travaux, notamment ceux de la psychologue sociale Christina Maslach, qui ont donné lieu à plusieurs définitions, toutes convergentes sur au moins un point : le burnout se traduirait par un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes. Compte tenu des scores significatifs et préoccupants (épuisement/dépersonnalisation/perce d'accomplissement), il est du rôle de notre institution de s'emparer de ce problème devenu sociétal dans le milieu de la médecine.

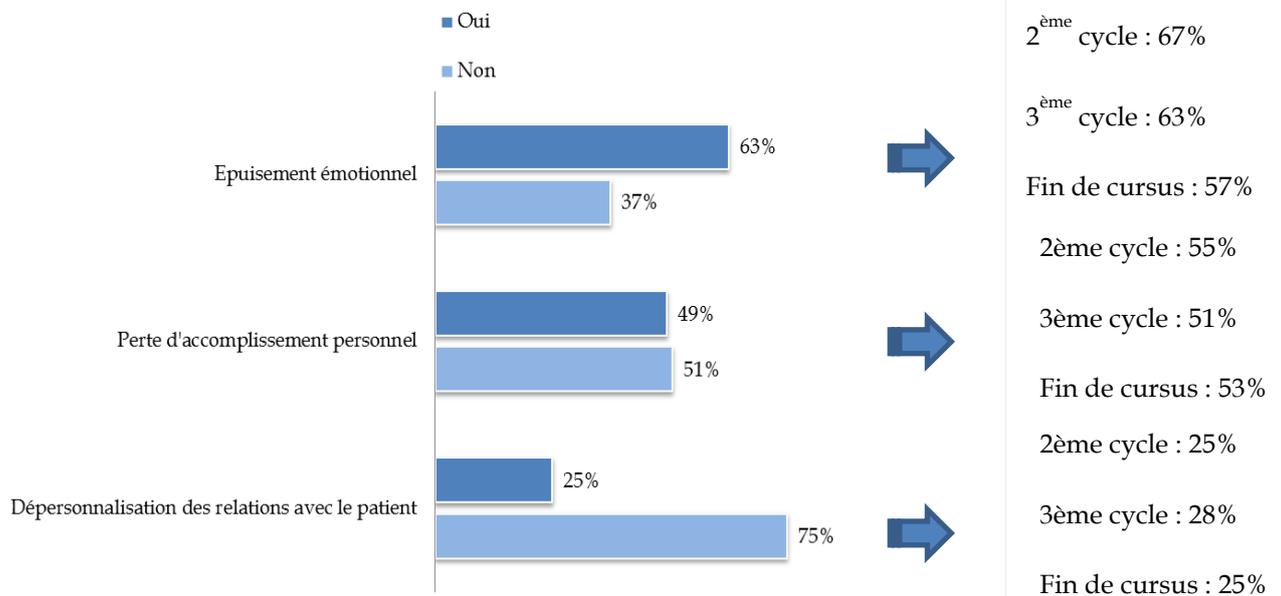
À la question « avez-vous été touché par un des trois symptômes », 54% ont répondu « oui » à l'épuisement émotionnel et 43% à la perte d'accomplissement personnel. Près d'un répondant sur cinq affirme avoir eu une dépersonnalisation des relations avec les patients.

Graphique n°24 : avez-vous été touché par un des trois symptômes



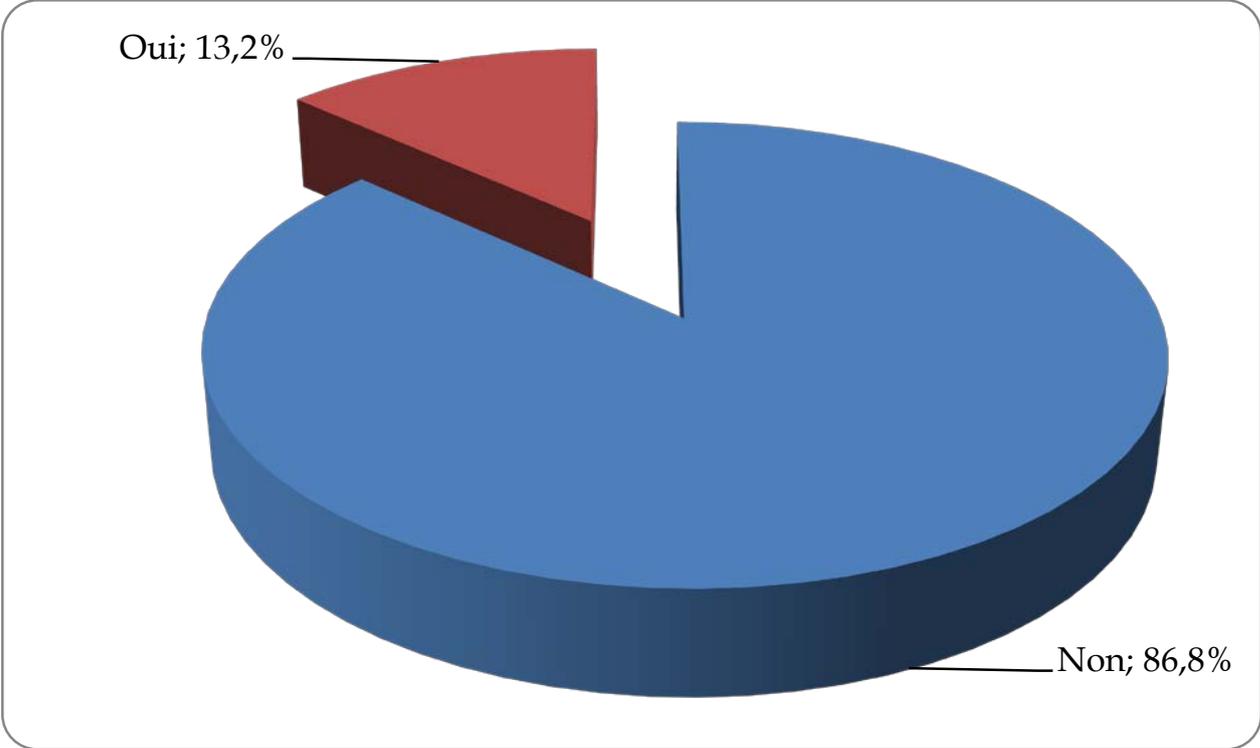
Parmi les jeunes générations, 63% ont répondu ont été touchés par un épuisement émotionnel. Un répondant sur deux a déclaré avoir connu une perte d'accomplissement personnel et une sur quatre une dépersonnalisation des relations avec le patient.

Graphique n°25 : avez-vous été touché par un des trois symptômes – étudiants et jeunes médecins

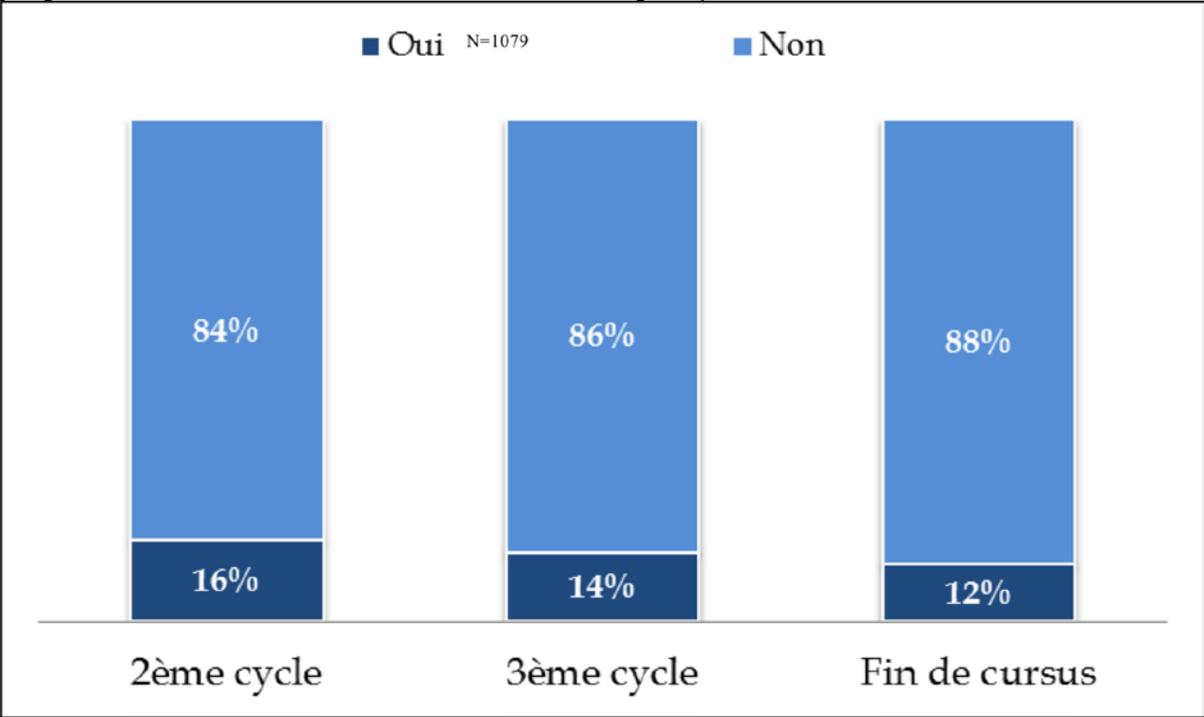


À la question, avez-vous eu des idées suicidaires, de manière globale, 13,2% de l'ensemble des répondants ont répondu favorablement. A noter qu'ils étaient 14% dans l'étude sur la santé des étudiants et jeunes médecins.

Graphique n°26 : Avez-vous eu des idées suicidaires ?



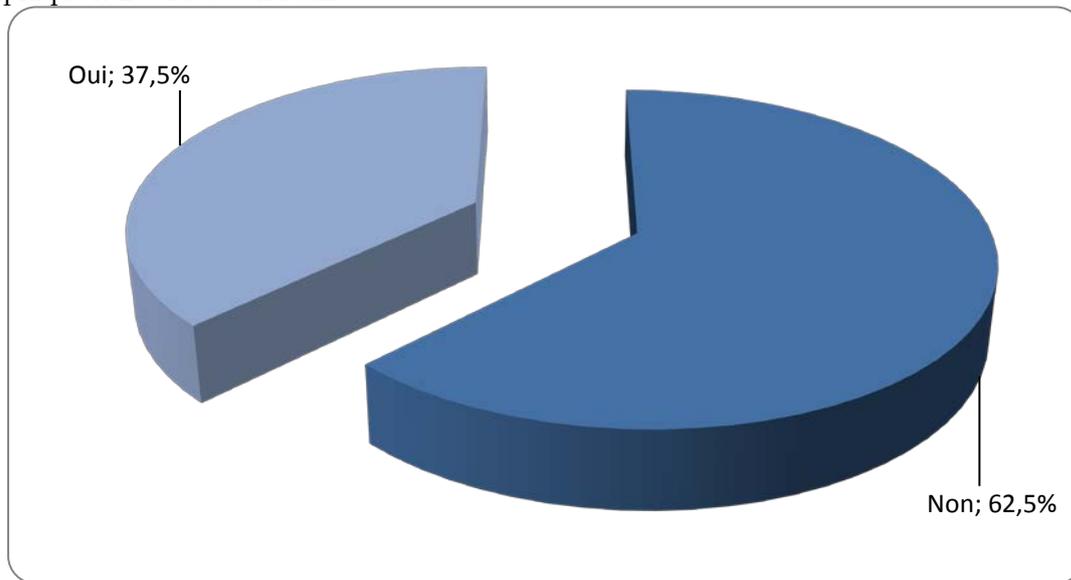
Graphique n°27 : Avez-vous eu des idées suicidaires - enquête jeunes médecins ?



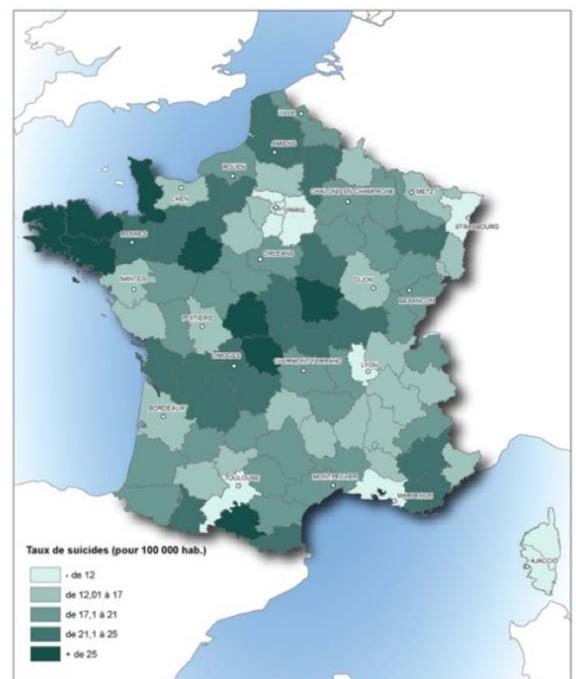
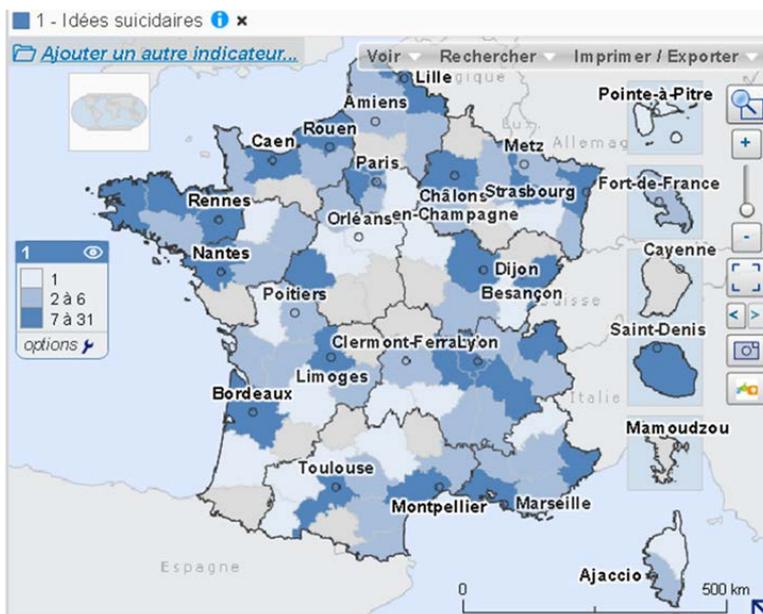
Les idées suicidaires sont nettement plus importantes chez les médecins qui cumulent les trois symptômes du burn out puisque 37,5% d'entre eux ont déclaré avoir eu des idées suicidaires.

Selon une étude réalisée par le Dr Yves Léopold, publiée en 2008 dans la revue de formation médicale *Le concours médical*, les médecins ont un risque de suicide 2,3 fois plus élevé que les autres professions.

Graphique n°28 : Idées suicidaires



Carte n°21 : Territorialité des idées suicidaires



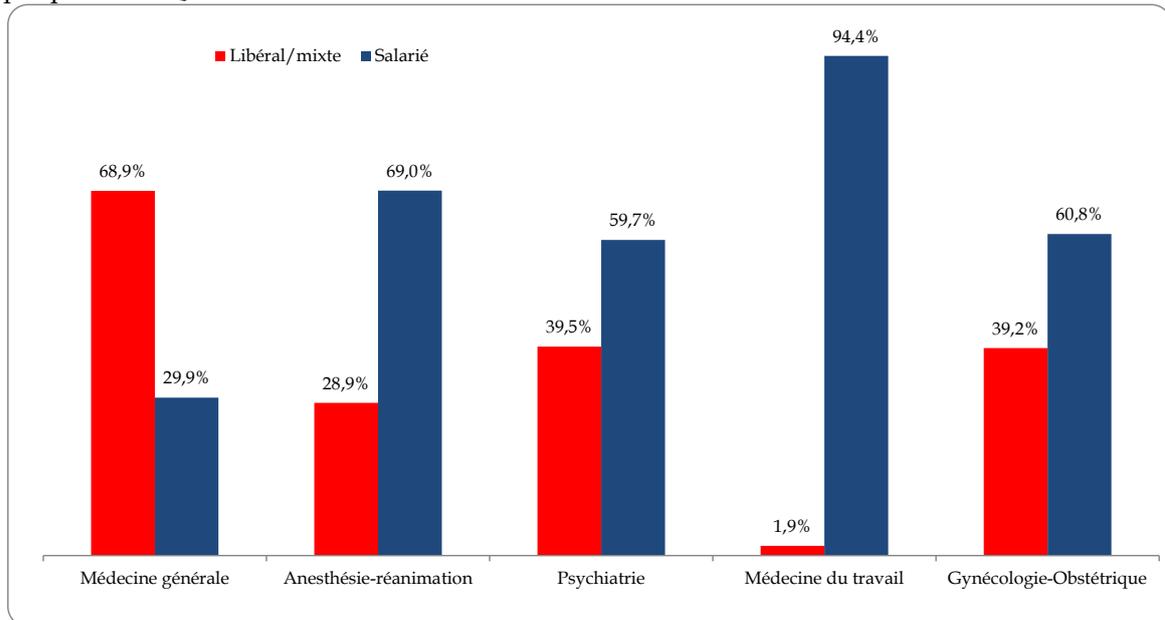
## Qui sont ces médecins en épuisement professionnel « burn out » ?

1408 / 11000 soit 13% ont déclaré avoir les 3 symptômes de l'épuisement professionnel.

En moyenne plus de femmes (58%) plutôt en couple. La moyenne d'âge est de 56 ans.

A l'exception de la médecine générale, massivement ce sont des médecins qui exercent leur qualification en tant que salarié.

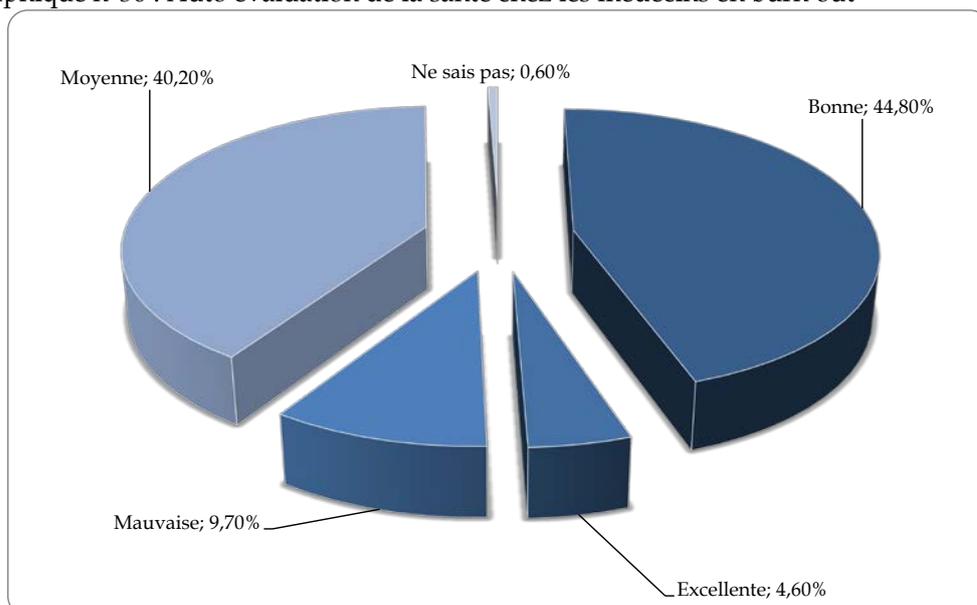
Graphique n°29 : Qualification et modes d'exercice des médecins en burn out



La moitié de ces 1408 médecins, se disent en moyenne ou mauvaise santé.

Ce qui signifie que la moitié des médecins présentant un épuisement professionnel, se disent plutôt en bonne santé voire même excellente.

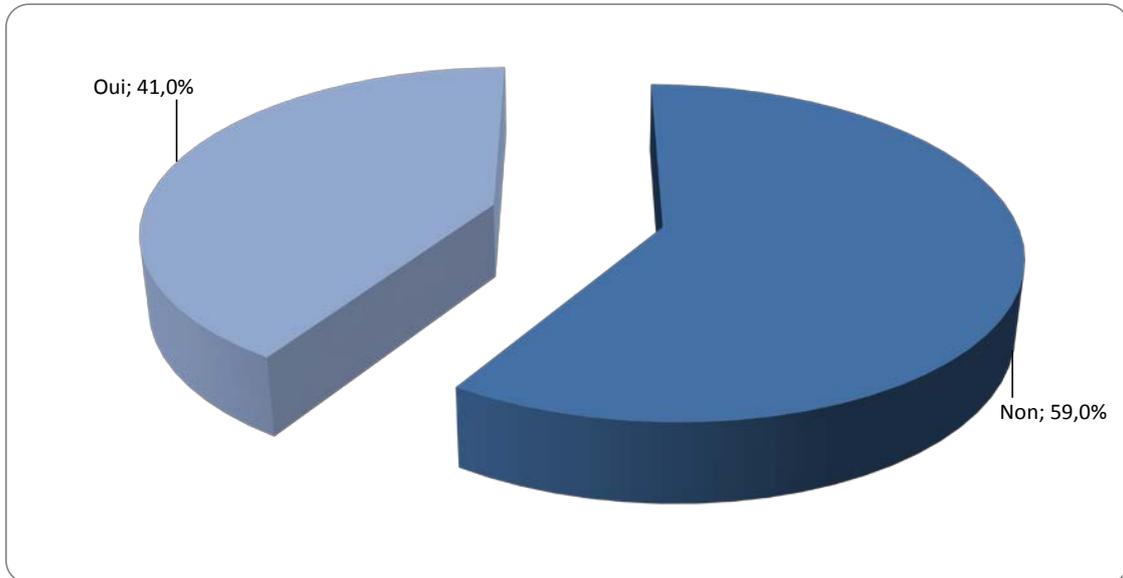
Graphique n°30 : Auto évaluation de la santé chez les médecins en burn out



41% ont arrêté de travailler.

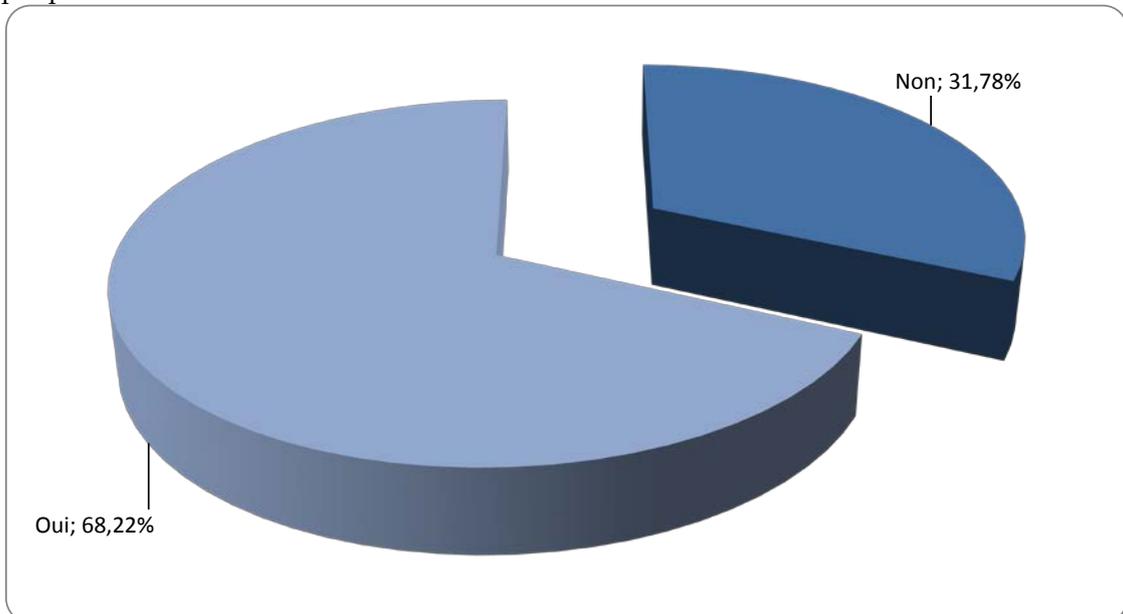
41% des médecins qui se sont déclarés être en épuisement professionnel ont arrêté momentanément leur activité.

Graphique n°31 : Proportion des répondants en épuisement professionnel ayant arrêté momentanément leur activité



Sur ceux qui ne se sont pas arrêtés, 68% ont renoncé à s'arrêter alors que leur état le justifiait. C'est majoritairement en raison du risque de désorganisation du service ou de l'impossibilité à se faire remplacer et beaucoup moins pour des raisons financières.

Graphique n°32 : Renoncement à s'arrêter chez les médecins en burn out



Désorganisation du service	42,6%
Pas de possibilité de se faire remplacer	33,4%
Raisons financières	20,5%
Autre (s)	3,5%

## Épuisement professionnel (burn out) et conduite addictive

La difficulté essentielle est d'arriver à différencier dans les situations de burn out les causes des conséquences.

La conduite addictive est-elle la résultante d'un épuisement professionnel ? ou à l'inverse, l'épuisement professionnel et les divers dysfonctionnements au travail ne sont-ils pas corrélés à une stratégie de compensation ?

- La consommation de médicaments et de psychotropes chez ces médecins épuisés ; concerne : 1/3 d'entre eux. 25% pour la totalité des répondants soit +5%
- Le tabac concerne 12 %. 9% pour la totalité des répondants soit +4%
- L'alcool 6%. 4% pour la totalité des répondants) soit +2%

Le tabac 16,6% (plusieurs fois par semaine + tous les jours)

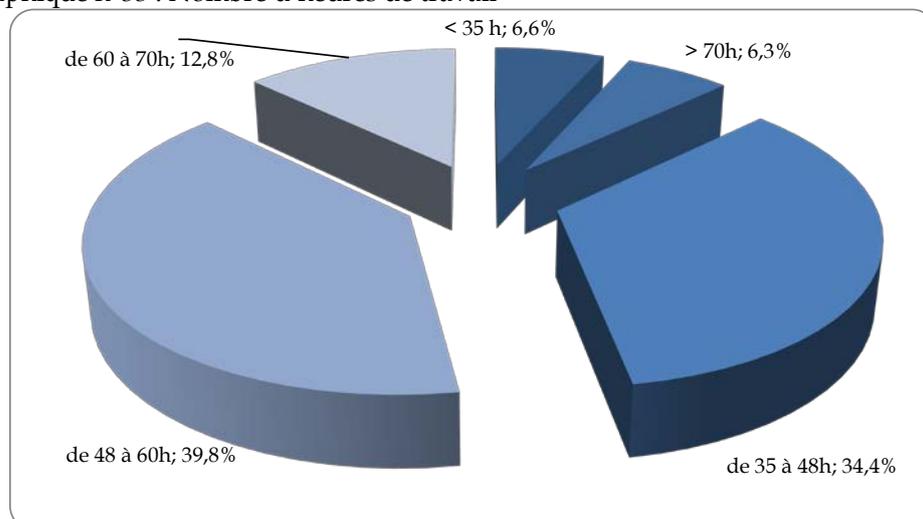
L'alcool 37% (plusieurs fois par semaine + tous les jours)

Tableau n°17: Traitements et addictions augmentent significativement en cas d'épuisement professionnel

Étiquettes de lignes	Tabac	Alcool	Cannabis	Médicaments	Psychotropes	Drogues
< 1 fois par mois	5,8%	14,9%	3,5%	21,7%	11,5%	0,8%
Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine	4,2%	33,6%	0,8%	20,8%	7,0%	0,1%
Jamais	73,4%	14,5%	94,0%	25,1%	67,4%	98,4%
Plusieurs fois par semaine	4,0%	30,8%	1,0%	10,2%	4,2%	0,1%
Tous les jours	12,6%	6,2%	0,7%	22,2%	9,9%	0,6%

Confirmation du lien entre temps de travail et épuisement, les médecins présentant les 3 symptômes de l'épuisement professionnel, sont ceux qui travaillent le plus.

Graphique n°33 : Nombre d'heures de travail



## En résumé

La santé des médecins et l'épuisement professionnel sont plus que jamais au cœur de l'actualité. « Bien que la société soit peu disposée à ouvrir les yeux sur les fragilités des soignants » (E. Galam), il faut reconnaître les avancées institutionnelles par notamment la constitution en 2009 de l'Association européenne pour la santé des médecins.

- Rapport IGAS (suite au suicide du médecin de l'HEGP) : Etablissements de santé, risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques - décembre 2016  
[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R\\_Tome\\_I-2.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf)
- Rapport académie de médecine sur le burn-out - février 2016  
<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf>
- 5 décembre 2016, la ministre de la santé, Marisol Touraine, a exposé sa stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants avec des mesures prévues par les professionnels de ville  
[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_qvt\\_05122016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf)
- Rapport HAS : Burn out : repérage et prise en charge - mai 2017  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2754961/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754961/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge)
- Rapport HAS : repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn out - mars 2017  
[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout)
- Guide d'aide à la prévention : le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out. Mieux comprendre pour agir - mai 2015  
[http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe\\_Burnout\\_21-05-2015\\_version\\_internet.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf)
- Dis doc, t'as ton doc ?  
<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>

# CHAPITRE II



# LES INITIATIVES



# I - INSTITUTIONNELLES

## 1 - Le ministère (Mme Magali Eymery)

Stratégie nationale  
d'amélioration  
de la **qualité de vie  
au travail**

*Prendre soin  
de ceux qui soignent*

*Second volet consacré  
aux professionnels exerçant en ambulatoire*

Mars 2017





## **La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé**

Magali EYMERY, responsable de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail (SNQVT) des professionnels de santé

### **Introduction**

En décembre 2016, la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les personnels exerçant en établissement était présentée avec une ambition forte : «faire de la qualité de vie au travail un pilier de nos organisations et un fondement indispensable pour atteindre les objectifs de l'hôpital, en termes de qualité des soins et de performance sociale.» En effet, les bases de l'organisation du système de santé reposent sur un tripode dont il convient en permanence d'assurer l'équilibre entre : qualité de vie au travail des professionnels, qualité des soins des usagers et efficience du système.

Cette stratégie est complétée par un volet pour les professionnels exerçant en ambulatoire en mars 2017 car son ambition est de vouloir bénéficier à tous les professionnels de santé et à tous les modes d'exercice. Il est important de n'oublier personne dans cette chaîne des soins, constituée à chaque maillon par des professionnels engagés pour que le parcours des soins et de santé des patients ne connaisse pas de rupture.

A l'heure où les réformes se succèdent et s'accélèrent, cette stratégie rentre en rupture d'une part, en s'inscrivant dans le long terme, en se limitant à fixer un cap pour permettre aux acteurs de terrain de décider des actions adaptées à leurs réalités quotidiennes et non dans l'application immédiate de mesures décidées au niveau supra et d'autre part, en levant un tabou : la prise en considération des risques psycho-sociaux (RPS) des professionnels de santé.

#### **« Prendre soin de ceux qui nous soignent »**

Tel est l'objectif affiché par la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail qui se compose d'un premier volet, présenté en décembre 2016, pour les professionnels exerçant dans les établissements de santé ou médico-sociaux et d'un second volet<sup>i</sup> présenté en mars 2017 pour les professionnels exerçant en ambulatoire. Initialement écrite pour les professionnels de santé, il est vite apparu que les personnels de direction et plus largement administratifs et techniques ainsi que les étudiants en santé devaient être inclus. Il est important de n'oublier personne dans la chaîne des soins, constituée à chaque maillon par des professionnels engagés pour que le parcours des soins et de santé des patients ne connaisse pas de rupture.

Concrètement, vouloir développer la qualité de vie au travail, c'est être attentif :

- à la qualité des relations sociales et professionnelles,
- au contenu du travail,
- à son organisation,
- aux possibilités de développement professionnel offertes
- à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Issue des échanges avec l'ensemble des représentants des professionnels concernés et avec des experts de la qualité de vie au travail, la stratégie nationale a été élaborée de manière participative et doit l'être tout autant dans son déploiement.

De nombreux acteurs sont déjà engagés :

- Les acteurs institutionnels (la HAS, l'ANACT, la DGOS, l'Assurance Maladie, les ARS, le Centre National de Gestion, etc.), les ministères de l'Intérieur et de la Justice pour le versant sécurité,
- Les ordres professionnels, les organisations syndicales, les fédérations, les conférences, etc.
- Les experts, les chercheurs, les professionnels, les étudiants.

La démarche de la QVT s'inscrit dans le quotidien en se questionnant sur l'amélioration de son fonctionnement et de celui des équipes, en identifiant les « irritants », en trouvant collectivement des solutions. La démarche QVT ne se décrète pas, elle s'accompagne mais pour ne pas laisser reposer que sur les acteurs son déploiement, la stratégie nationale prévoit la mise en place d'une gouvernance nationale composée :

- D'un médiateur national en la personne d'Edouard Couty, d'abord nommé comme préfigurateur en janvier 2017, puis confirmé en septembre, en charge d'une part, de rendre un rapport d'orientation pour la mise en place d'un dispositif de médiation nationale qui prévoit de s'appuyer sur des médiateurs régionaux pour les situations conflictuelles ne trouvant pas de solution au niveau local et d'autre part, d'expérimenter le dispositif national, à l'aide d'un comité des pairs, pour certaines situations signalées. Le texte réglementaire pour la mise en place effective du dispositif est en cours d'élaboration.

- D'une mission nationale, notamment pour impulser une dynamique pour la mise en œuvre effective de la stratégie pour la faire connaître et partagée et pour répertorier et valoriser les initiatives locales

- D'un observatoire national, co-animé avec l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (Anact), afin d'apporter « neutralité, transparence et expertise » sur un sujet sensible comme l'a rappelé Madame la Ministre de la santé lors du colloque du 11 septembre 2017 « la qualité de vie au travail au service de la qualité des soins » organisé par l'Anact, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS). Il sera en charge de proposer aux décideurs des orientations stratégiques en s'appuyant sur les connaissances et compétences de la communauté scientifique, des organismes experts et des acteurs sociaux concernés.

## Une dynamique déjà engagée

La stratégie nationale ne s'inscrit pas dans un paysage vierge. Des actions ont été menées depuis longtemps d'une part, par les acteurs eux-mêmes et d'autre part, par une dynamique portée depuis les années 2010 en premier par la HAS et l'Anact, soutenue par la DGOS pour la mise en place d'expérimentations appelées « clusters sociaux » ou regroupement d'établissements autour d'une problématique identifiée, un accompagnement à la démarche QVT qui a concerné 189 établissements. La stratégie vient donc légitimer, reconnaître et de faire connaître la nécessité de poursuivre et d'amplifier ces actions.

## Sensibiliser les professionnels à leur propre santé

Plusieurs études ont été menées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur la santé des étudiants et jeunes médecins en 2016<sup>ii</sup> et de cinq cohortes (médecins généralistes, psychiatres, gynécologues-obstétriciens, médecins du travail et anesthésistes-réanimateurs) en 2017. 30% des médecins déclarent avoir une santé moyenne à mauvaise. En parallèle, 80% des médecins n'ont pas de médecin traitant déclaré.

Sur ce constat, une campagne de communication « Dis Doc t'as ton doc ? » a été réalisée par le collège français des anesthésistes réanimateurs<sup>iii</sup>, relayée par de nombreux partenaires : AFDPC, CNG, DGOS, presse, syndicats professionnels, etc., pour sensibiliser les professionnels de santé à déclarer un médecin traitant et ne plus recourir à l'auto-diagnostic et l'automédication. Cette campagne qui a reçu un très bon écho, s'adresse à tous les professionnels médicaux y compris les étudiants dépasse largement le cadre du collège des anesthésistes réanimateurs.

Pour améliorer la prévention, un examen de santé complet est proposé aux médecins bretons dans les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie de Brest, Lanester, Rennes et saint Briec. Confidentiel et gratuit, avec un numéro de téléphone et des plages horaires dédiés, l'examen de santé est aussi l'occasion de sensibiliser les médecins au choix d'un médecin traitant.

## **Améliorer la prévention des risques psycho-sociaux en partenariat avec les professionnels**

Prévenir les risques psycho-sociaux passe par la lever d'un tabou : un professionnel de santé n'est pas quelqu'un d'infaillible. Le travail est source de souffrance et de plaisir et « pour devenir habile dans son travail, il faut accepter de se faire habiter par l'expérience du réel et de l'échec.»<sup>iv</sup> Car ne l'oublions pas, le travail est aussi source de plaisir : sentiment d'appartenance à une communauté (pays, structure, service, profession), valorisation quand la personne trouve une reconnaissance, pouvant aller jusqu'à être un élément de son identité : « je suis médecin ou infirmier ».

En 2011, un rapport pour le suivi des risques psychosociaux au travail<sup>v</sup> définit des indicateurs de surveillance selon six dimensions pour la population générale :

- les exigences du travail en termes de charge, de cycle et d'amplitude horaire
- les exigences psychologiques (émotionnelles ou cognitives)
- l'autonomie et les marges de manœuvre
- les rapports sociaux et relations de travail (y compris le manque de reconnaissance)
- les conflits de valeur (et éthiques)
- l'insécurité socioéconomique.

Le guide de prévention, repérage et prise en charge des risques psycho-sociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie)<sup>vi</sup> élaboré à l'initiative de la DGOS souligne qu' « une contrainte ne constitue pas à elle seule un facteur de causalité linéaire dans la genèse d'une souffrance psychique. Aussi, est-il important de prendre en compte son intensité, sa fréquence, le temps d'exposition ainsi que l'association à une ou plusieurs autres contraintes. Tout ceci doit être mis en regard des facteurs de vulnérabilité personnels et individuels (caractéristiques personnelles, expérience professionnelle, situation sociale et familiale) car certaines contraintes ont un effet seuil qui varie selon les individus et leur faculté d'adaptation. L'enjeu est donc de ne pas dépasser les ressources adaptatives :

- en diminuant prioritairement les contraintes à risque
- en renforçant parallèlement les capacités professionnelles et personnelles de l'individu pour faire face à ces contraintes
- en surveillant l'apparition d'effets le plus précocement possible afin d'effectuer un rétrocontrôle immédiat »

## Conclusion

Beaucoup de choses ont déjà été accomplies mais beaucoup restent encore à engager : un groupe de travail coordonné par la Direction Générale de la Cohésion Sociale se met en place pour réfléchir spécifiquement aux métiers du médico-social et du social, une réflexion est en cours pour améliorer le cursus des étudiants en santé, pour ne citer qu'eux. La formidable mobilisation des acteurs est aussi à souligner. De nombreuses organisations professionnelles, syndicales, fédérations, associations, conférences, etc. mènent un travail considérable de sensibilisation, d'information et de formation de leurs adhérents.

Choisir un métier dans le domaine de la santé ou du médico-social relève d'un engagement profond, du choix d'un métier-passion qui expose à un fort investissement et nécessite des réponses spécifiques. Car, comme le soulignait Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé dans son discours inaugural du colloque « qualité de vie au travail au service de la qualité des soins » : « Le sens que l'on trouve dans notre travail fonde notre engagement. Il est le moteur de notre action pour faire vivre une médecine humaine et humaniste. »

---

<sup>1</sup> <https://www.ars.sante.fr/index.php/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante>

<sup>1</sup> <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726>

<sup>1</sup> <http://www.cfar.org/didoc/>

<sup>1</sup> Christophe Demaegdt, Le plaisir au travail et la sublimation à la lumière de la psychodynamique du travail, « Le Carnet PSY » 2015/8 N° 193

<sup>1</sup> Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Paris: Collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales; 2011.

<sup>1</sup> [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_guide\\_risques\\_psychosociaux\\_280217.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf)



# I - INSTITUTIONNELLES

## 2 - L'Ordre



## a) UNE CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS ET LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MÉDECINS DE FRANCE

Pour faire qu'une **décision de Formation restreinte pour état pathologique** (art R- 4124-3 du CSP) ait valeur **d'arrêt de travail** pour la durée de la suspension.

Cela permettra pour les affiliés de la CARMF d'ouvrir des droits aux IJ tout particulièrement dans la situation de déni de l'état pathologique par le médecin atteint de troubles psychiatriques

L'Ordre des médecins est conduit à suspendre l'activité professionnelle d'un certain nombre de médecins sur le fondement d'une expertise médicale « *dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession* », en vertu de l'article R 4124-3 du CSP

Dans le cadre du régime d'assurance invalidité-décès des médecins, il est notamment prévu qu'une indemnité journalière est accordée, dans les conditions fixées par les statuts dudit régime, au médecin cotisant en cas de cessation d'activité pour cause de maladie ou d'accident (à l'exclusion des accidents survenus par faits de guerre) le rendant temporairement incapable d'exercer une profession quelconque.

Après avoir constaté qu'un certain nombre de praticiens suspendus d'activité en application de l'article R 4124-3 du CSP ne sollicitaient pas les prestations auxquelles ils seraient éventuellement en droit de prétendre,

Le CNOM communiquera à la CARMF une information sur les décisions de suspension d'activité des médecins affiliés, prises en application de l'article R 4124-3 du CSP. Cette information comportera exclusivement le nom du médecin, son adresse, la date de la décision de suspension, le conseil de l'ordre qui l'a prise et sa durée.

En contrepartie la CARMF s'engage à regarder cette information, dès lors qu'elle est complète, comme valant « *certificat médical précisant la date de l'arrêt de travail et estimant la durée probable de l'incapacité temporaire totale* » mentionné à l'article 10 des statuts du régime Invalidité-décès, permettant l'ouverture par ses services de l'instruction du dossier du médecin concerné en vue de l'obtention éventuelle de prestations dans le cadre dudit régime, sous réserve du respect par l'intéressé des conditions administratives et médicales prévues par la réglementation et les statuts susvisés, et de l'avis du médecin contrôleur de la Caisse.

## **b) UNE OFFRE DE PRÉVENTION POUR TOUS LES MÉDECINS BRETONS**

S'inspirant des initiatives de la ville de Paris, et d'autres expérimentations locales, le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Bretagne en collaboration avec l'assurance maladie en la personne de sa directrice Madame Claudine QUERIC ont proposé des examens de prévention dans les centres d'examen de santé de l'assurance maladie.

Des partenaires associés :

- les organismes d'assurance maladie de la région, en particulier les 4 CPAM,
- Les 2 CES (centres d'examens de santé),
- l'URPS des médecins libéraux,
- l'ARS

Le 7 septembre 2016, une convention de partenariat a été signée entre le CROM, l'ARS, L'URPS et l'Assurance maladie pour la mise en place d'un "examen de santé" spécifique pour les médecins en activité avec un numéro unique d'appel pour la prise de rendez-vous dans le centre de santé que le médecin préfère.

Ce service est proposé à tous les médecins en activité, dans le respect du secret des informations, qu'ils soient assurés sociaux ou qu'ils relèvent du RSI.

Les Centres de Santé proposent aux médecins les examens classiques mais également une grille d'évaluation de l'épuisement professionnel. Cet examen est **CONFIDENTIEL**. Seul le médecin reçoit ses résultats. Il ne s'agit pas d'une visite de médecine du travail mais d'une visite de prévention.

L'ordre a dans ses missions l'entraide aux médecins

L'assurance maladie agit pour la santé de tous y compris celle des médecins, à la fois partenaires et « usagers »

➤ **UNE SITUATION SPECIFIQUE ET PREOCCUPANTE**

**Pour les médecins Bretons ayant répondu à l'enquête sur la santé des médecins en mars 2017**

- **39 % des médecins travaillent plus de 50h/semaine**
- **22% travaillent plus de 65h/semaine.** (*Dont La moitié est en épuisement professionnel selon l'échelle d'évaluation*).
- **35 % déclarent un médecin traitant autre qu'eux-mêmes**
- **Pour les médecins qui ont déclaré une ALD.**
  - 50% ont un médecin traitant autre qu'eux-mêmes
  - 82% ont consulté un médecin spécialiste en accès direct
  - Autres spécialités : 24,1% rhumatologie//17,2% cardiologie//13,8% psychiatrie//10,3% gastro//10,3% oncologie
  - 70% de ces médecins s'estiment être en moyenne ou mauvaise santé
  - **61% des médecins s'estiment en bonne santé + 12 % en excellente santé**

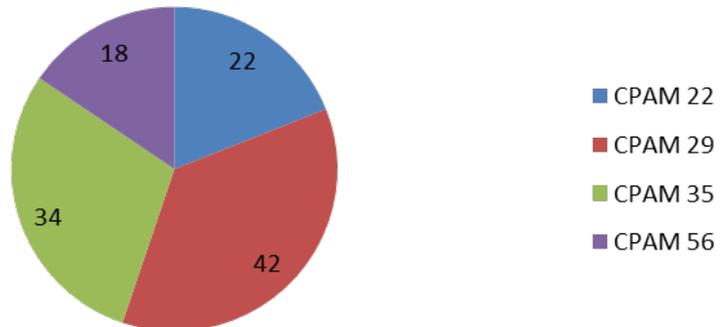
➤ **RAPPEL DES OBJECTIFS DU PROJET : UNE OFFRE DE PRÉVENTION**

- Favoriser l'accès des médecins à un examen de prévention.
- Proposer une offre spécifique couvrant l'ensemble du territoire breton
- Effectuer un repérage de l'épuisement professionnel
- Garantir la confidentialité des données individuelles
- Faire connaître et soutenir le dispositif. Une promotion par les représentants de la profession : Ordre, URPS...

➤ **140 examens de prévention entre octobre 2016 et février 2017**

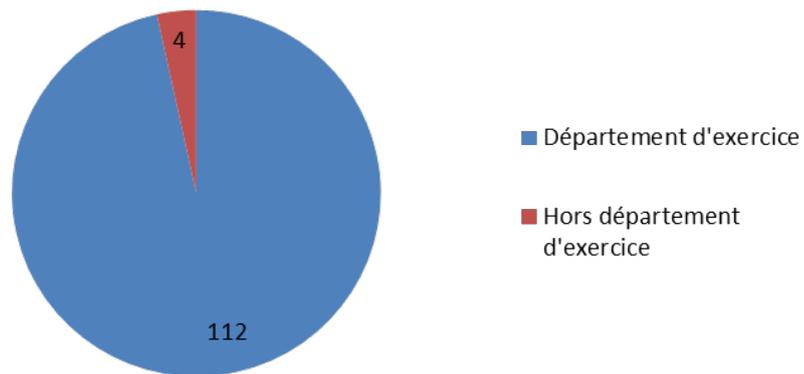
## Nombre d'EPS région Bretagne

140 médecins depuis Octobre 2016



Source : CES Bretagne

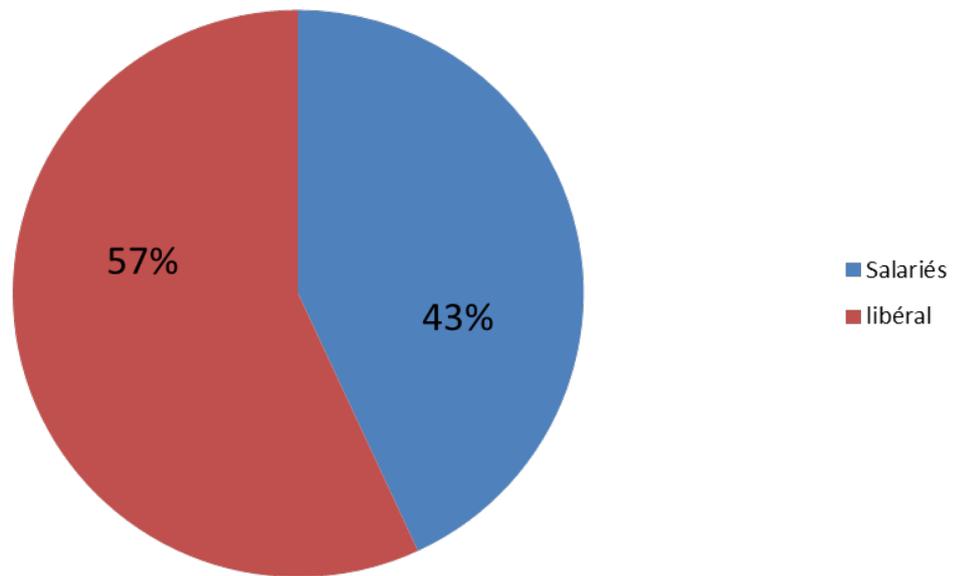
## Lieu de réalisation de l'EPS



Source : CES Bretagne

- **97% des médecins réalisent l'examen de prévention dans le département de leur lieu d'exercice**

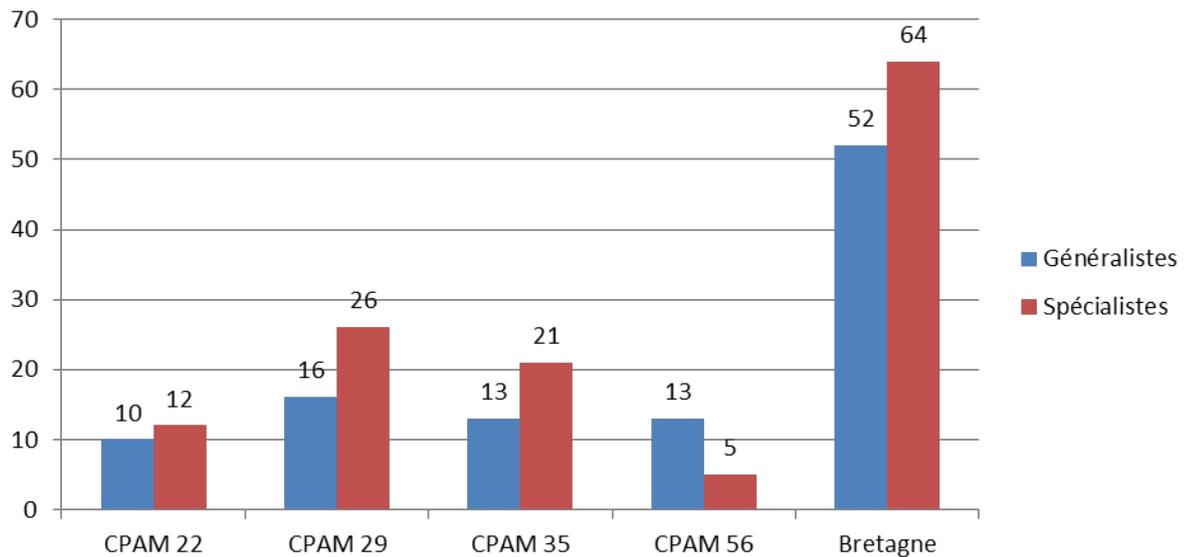
## Répartition par secteur d'activité



Source : CES Bretagne

## Les modes d'exercice des consultants : CES Bretagne

### Répartition par spécialité

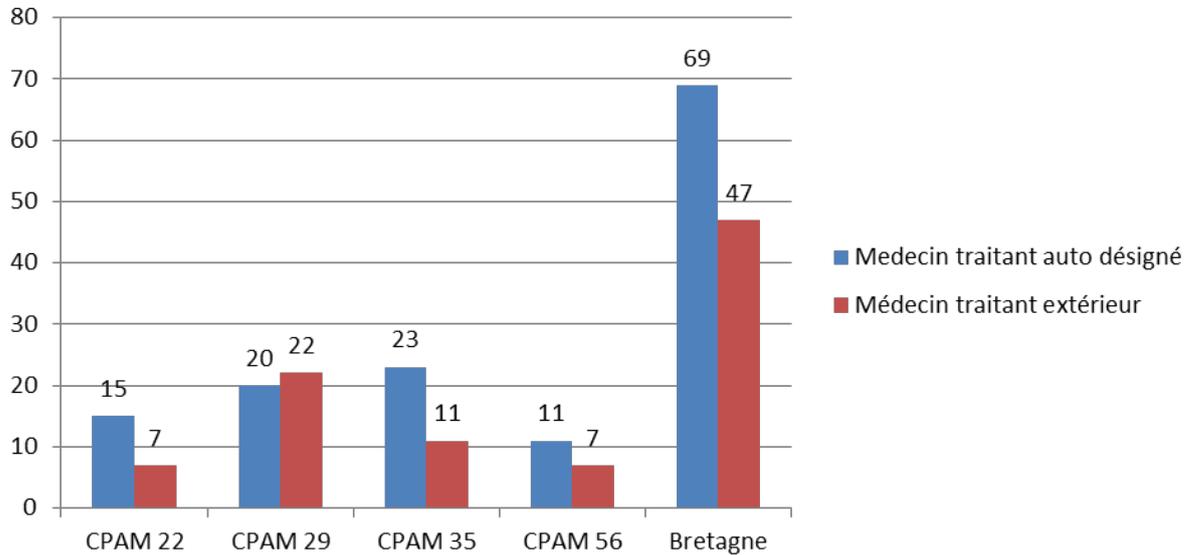


Source : CES Bretagne

### Une majorité de spécialistes

➤ Médecin traitant extérieur ou auto-désignation : CES Bretagne

### Déclaration de médecin traitant



Source : CES Bretagne

**66% ce sont auto-désignés comme étant leur propre médecin traitant.**  
(Rappel dans l'enquête santé des médecins 65%)



**Il est important de remarquer que l'on peut superposer parfaitement les résultats des CES à ceux de l'enquête sur la santé des médecins du CNOM.**

## FICHE D'INFORMATION ASSURANCE MALADIE

### 4 sites au choix pour passer un examen de santé

Les examens de santé ont lieu dans les Centres d'exams de santé de Brest, Lanester, Rennes et Saint-Brieuc selon votre préférence. Ils se déroulent sur la matinée.

**Brest**  
16 rue Mathieu Donnart

---

**Lanester**  
41 avenue François Billoux

---

**Rennes**  
3 place du Colombier

---

**Saint-Brieuc**  
2 rue Notre Dame

### A qui s'adresse l'examen de santé ?

L'examen de santé est proposé à tous les médecins bretons en activité, inscrits à l'Ordre des médecins qu'ils soient libéraux ou salariés, en ville ou à l'hôpital.\*

### Avez-vous déclaré un médecin traitant ?

L'examen de santé est aussi l'occasion d'aborder le sujet du choix d'un médecin traitant « extérieur » pour vous médecin.

### Un accès aux dépistages

Les Centres d'exams de santé vous offrent la possibilité de réaliser un frottis, de faire un test de dépistage d'hépatite B, C et de VIH en fonction de vos facteurs de risque.

### Et vous docteur, qui prend soin de vous ?

Un examen de santé complet et gratuit, en toute confidentialité, pour les médecins bretons est proposé à Brest, Lanester, Rennes et Saint-Brieuc dans les Centres d'exams de santé de l'Assurance Maladie.

**Un numéro unique pour prendre rendez-vous**  
02 90 03 31 30

**4 sites au choix**  
(Brest, Lanester, Rennes et Saint-Brieuc)  
Un numéro unique pour prendre rendez-vous  
02 90 03 31 30



\* Via CROU, PURP, IMA et l'Assurance Maladie ont signé une convention de partenariat en 2014.

### Un examen de santé, pourquoi est-ce important pour les médecins ?

Les médecins s'occupent de la santé de leurs patients mais peuvent parfois négliger la leur : surcharge de travail, manque de temps, fatigue, stress... De plus, la possibilité d'auto-prescription laisse le médecin seul face à lui-même et à son problème.

Le Conseil régional de l'Ordre des médecins a la volonté d'apporter une aide confraternelle aux médecins qui rencontrent des difficultés en leur proposant un examen de santé complet et gratuit. L'organisation en a été confiée aux Centres d'exams de santé de l'Assurance Maladie.

### Un moment pour faire le point sur votre santé...

L'examen de santé est un acte préventif personnalisé. En fonction de vos besoins, il comprend des examens cliniques et paracliniques, un questionnaire visant à prévenir de l'épuisement professionnel, une consultation et un entretien avec un confrère. Seul destinataire, les résultats du bilan de santé vous sont adressés par courrier.



**Examen paramédicaux\***  
Tension artérielle, spirométrie, électrocardiogramme,...

**Examen gynécologique\***

**Entretien avec le médecin**  
Commentaires des résultats et examen médical

### Le saviez-vous ?

L'Entraide régionale des médecins de Bretagne (ERMB) peut vous apporter une aide organisationnelle, juridique, sociale, professionnelle et faciliter votre accès aux soins.

Adressez-vous au Conseil régional de l'Ordre des médecins de Bretagne au 02 99 36 83 50 ou à votre conseil départemental d'inscription.

### Un temps d'échanges avec une équipe à votre écoute...

La rencontre avec un médecin est l'occasion d'exprimer vos préoccupations en matière de santé, d'évoquer votre mode de vie ou vos habitudes dans un cadre indépendant avec la garantie de confidentialité. A chaque étape de l'examen, vous bénéficiez de conseils personnalisés.

## FICHE D'INFORMATION ORDRE DES MEDECINS

Conseil Départemental  
Ordre des Médecins des Côtes d'Armor  
50 rue du 71ème RI  
BP 4434  
22044 SAINT BRIEUC CEDEX  
02 96 33 08 54  
cotes-armor@22.medecin.fr

Conseil Départemental  
Ordre des Médecins du Finistère  
Immeuble - Le Stiff -  
355 rue de l'Elorne  
CS 72908  
29229 BREST CEDEX 2  
02 98 80 06 16  
finistere@29.medecin.fr

Conseil Départemental  
Ordre des Médecins d'Ille & Vilaine  
4 cours Raphaël Binet  
CS 96551  
35065 RENNES CEDEX  
02 99 67 45 45  
ille-et-vilaine@35.medecin.fr

Conseil Départemental  
Ordre des Médecins du Morbihan  
Les Terrasses de Bernus  
2 rue de Normandie  
56000 VANNES  
02 97 63 01 07  
morbihan@56.medecin.fr



**E.R.M.B**  
**Entraide Régionale  
des Médecins de  
Bretagne**  
**02 99 36 83 50**

Conseil Régional Ordre des Médecins de Bretagne  
Immeuble - Le Papyrus -  
29 rue de Lorient—CS 13914  
35009 RENNES CEDEX  
02 99 36 83 50 - bretagne@crom.medecin.fr

Version 1— 01/09/2016

**Objectif :** apporter une aide confraternelle aux médecins qui rencontrent des difficultés, qu'elles soient ponctuelles ou durables.

**Pour qui :** tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre, qu'ils soient hospitaliers, libéraux ou salariés en activité.

### Quelle entraide :

- facilitation d'accès aux soins
- soutien psychologique
- soutien organisationnel
- soutien juridique
- accompagnement professionnel
- accompagnement social

### Qui peut demander cette aide :

- le médecin lui-même
- sa famille proche

### Où s'adresser :

- au conseil régional de l'Ordre des médecins de Bretagne - 02 99 36 83 50
- au conseil départemental d'inscription (coordonnées au dos de ce document)

### Que propose l'ERMB :

- un accueil téléphonique
- une stricte confidentialité
- une incitation à contacter la commission d'entraide du conseil départemental d'inscription
- des professionnels de santé
- des établissements de soins délocalisés pour une prise en charge sous couvert d'anonymat
- des professionnels d'horizons divers permettant une prise en charge en fonction des difficultés rencontrées (avocat, expert-comptable, etc...)

### Une médecine préventive à votre disposition :

- un bilan de santé complet et gratuit (*analyses biologiques, bilan dentaire, consultation médicale, test de burn-out,...*)
- un choix personnel du lieu de réalisation dans l'un des centres d'examen de santé :
  - ⇒ St Brieuc
  - ⇒ Rennes
  - ⇒ Lanester
  - ⇒ Brest
- un n° d'appel unique pour prendre rendez-vous : 02 90 03 31 30
- une pleine garantie de confidentialité
- des conseils pour le suivi éventuel

# I - INSTITUTIONNELLES

## 3 - Les chartes



## **a) CHARTE DE PARTENARIAT CNOM-CNG-CARMF POUR L'ENTRAIDE AUX MÉDECINS DE FRANCE**

Conscients de la nécessité d'offrir aux médecins de France en difficulté une aide, conformément à l'article 56 du Code de déontologie médicale et à l'éthique de la profession, la caisse autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), le Centre National de Gestion(CNG) et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ont décidé d'unir leurs moyens à cette fin.

### **Les Objectifs sont :**

Mettre en en application, dans le cadre d'un projet commun, un programme élargi d'entraide médico-psycho-sociale des médecins en difficulté, quel que soit leur mode d'exercice, via notamment les associations signataires de la Charte d'Entraide du CNOM. Une réflexion sur l'aide à apporter aux étudiants en médecine sera menée dans le cadre de la présente convention

- par la promotion et l'éducation à la santé par une sensibilisation des médecins à l'importance d'un suivi médical et des risques d'épuisement professionnel.
- par des actions de dépistage et de prévention en tous lieux (cf. action expérimentale dans les centres d'examens de la Caisse d'assurance maladie)
- par la facilitation d'une prise en charge thérapeutique, en cas de besoin
- par la mise en place de passerelles et reconversions
  - soit vers une autre orientation dans le domaine de la santé,
  - soit en dehors de la santé,

Avec un accompagnement des médecins en difficulté tout au long de leurs démarches.

## **b) CHARTE DE PARTENARIAT CNOM-AAPMS CRÉATION D'UN NUMÉRO UNIQUE D'APPEL**

**0826 000 401**

### **Gestion des appels par l'AAPMS**

**Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants**

**La Plateforme dédiée à la gestion des appels du numéro unique d'appel**

Un pôle entraide national siégeant au CNOM, s'est donné pour mission de fédérer et d'harmoniser les actions et les procédures d'entraide sur l'ensemble du territoire national.

Dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel, proposer un numéro d'appel unique géré par l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants : AAPMS

- Mise en place d'un accueil téléphonique 24h/24 et 7 jours /7 avec un numéro dédié.
- Identification et qualité des personnes ressources, psychologues, répondant à l'appel téléphonique du confrère en difficulté.
- Formation des répondants.
- Le répondant s'engage à prendre l'appel téléphonique de tout médecin inscrit au tableau de l'ordre des médecins, quels que soient son mode d'exercice et sa discipline d'exercice.
  
- *Le numéro d'appel unique sera également accessible aux internes en médecine.*
  
- L'appel est anonyme et dans tous les cas, toujours confidentiel, même dans la situation où l'appelant autoriserait la levée de son anonymat.
- Si nécessaire, le répondant incite l'appelant à prendre contact directement ou par l'intermédiaire de l'AAPMS avec :
  - Le conseil départemental de l'ordre des médecins où est inscrit le médecin ;
  - Une des associations d'entraide qui a signé la charte d'entraide ;
  - Le service d'entraide du conseil national de l'ordre des médecins ;
  - L'établissement de soins signataires de la charte d'entraide.
  - Toute autre structure utile (hors des soins) définie dans la convention.
  - Le personnel de la plateforme téléphonique est lié au secret professionnel ;

### **c) CHARTE DE PARTENARIAT CNOM-ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE**

La Charte a pour objet de définir les conditions et le contenu de la collaboration entre le CNOM et l'Association d'entraide.

Elle a également pour objet de préciser :

- La nature et les conditions d'actions d'Entraide auprès des médecins, réalisées à l'initiative de l'Association.  
Les échanges d'information nécessaires pour mener à bien cette mission d'Entraide.
- **Les associations devront proposer leurs services sur tout le territoire**, en constituant entre elles un réseau interactif et/ou une fédération, prenant en compte les spécificités et apports de chacune dans l'intérêt collectif.
- Le CNOM participe au financement des associations signataires.

### **d) UNE CHARTE ENTRE LE CNOM ET LES ETABLISSEMENTS DE SOINS DEDIES AUX SOIGNANTS UNITÉ DE SOINS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ (USPS)**

Les médecins, en souffrance physique et/ou psychologique en relation directe ou non avec leur activité professionnelle, doivent bénéficier d'un accueil spécifique dans le cadre de la prise en charge de leur maladie.

**La Charte a pour objet de préciser :**

- Les conditions d'accueil des médecins en souffrance au sein des USPS
- La communication nécessaire entre l'USPS et les autres acteurs de l'Entraide
- Les USPS accueillent et prennent en charge tous les médecins en souffrance.
- Les soins dispensés par les USPS tiennent compte de l'intrication de la pathologie avec les aspects professionnels ou organiques.
- Les USPS peuvent prendre plusieurs formes (individualisée au sein d'une structure privée ou publique, ou un certains nombres de lits dédiés au sein d'une structure de soins, *etc...*).
- Chaque USPS est placée sous la responsabilité et la coordination d'un médecin, clairement identifié et travaillant au sein de la structure dédiée.

**Un maillage territorial**

Un annuaire national des USPS est constitué et communiqué :

- A la Plateforme téléphonique qui recevra les appels des médecins sur le numéro d'appel unique : **0826 000 401** ;
- Aux Conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des médecins ;
- Au service Entraide du Conseil national de l'Ordre des médecins.
- A tout autre organisme intervenant dans le cadre de l'entraide et identifié comme tel par le CNOM.
- Les USPS, en respectant la **nécessaire confidentialité**, sont en lien avec les associations d'entraide signataires de la Charte, les conseils départementaux et régionaux, le service Entraide du Conseil national pour répondre le plus rapidement possible aux besoins et proposer des possibilités de suivi pour les soignants à l'issue de leur hospitalisation.

**Les USPS s'engagent à accueillir les médecins en souffrance dans un délai maximum de 72 heures.**

- Une permanence d'accueil et de réception des demandes est organisée à cet effet ;
- L'USPS s'engage à respecter un cahier des charges de la qualité des soins..

**Le libre-choix du médecin hospitalisé est un principe fondamental et inaliénable ; son consentement est toujours requis.**

## II - ASSOCIATIVES

### 1 - L'association MOTS



Tél : 0608 282 589

<http://www.association-mots.org/>



*Médecins en difficultés médico-professionnelles :  
un nécessaire accompagnement global  
Retour d'expérience d'un médecin d'une association d'entraide*

Dr Loïc Solvignon – Médecin-effecteur Association MOTS  
depuis 2011

Médecin spécialiste en Santé au travail  
DIU « Soigner les soignants » 2016

---

Les éléments d'analyse (notamment qualitatifs) présentés ici reposent sur plusieurs années de pratique d'accompagnement de Médecins, au sein de l'Association MOTS (Médecin-Organisation-Travail-Santé).

Ces données collectées par un même médecin-effecteur sur l'ex-région Languedoc-Roussillon sont caractéristiques des diverses problématiques pour lesquelles des Consoeurs et Confrères font appel à MOTS sur d'autres régions.

L'Association MOTS a été créée en 2010, à l'initiative du Conseil Départemental de Haute-Garonne et particulièrement de son Président le Dr Jean Thévenot. Une expérimentation initiée localement pour les médecins de ce département a permis de conforter rapidement en quelques mois, l'utilité de proposer une entraide sous la forme d'un accompagnement global pour des médecins en difficultés.

L'élargissement de l'activité de MOTS s'est fait sur la région Midi-Pyrénées, puis étendu au Languedoc-Roussillon fin 2011, avant le Limousin en 2012. Actuellement les médecins inscrits dans 56 CDOM peuvent être accompagnés par l'Association.

Son action s'inscrit dans le cadre de l'entraide confraternelle, respectueuse du secret professionnel, de la déontologie dans une éthique de neutralité et d'indépendance.

Signataire de la Charte du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'Entraide en avril 2017, la file active représente actuellement environ 800 médecins-appelant.

Des séminaires périodiques de formation et d'échanges de pratiques ont été mis en œuvre précocement, pour une montée en compétence des intervenants (accueillantes téléphoniques, médecins-effecteurs). Dans un objectif d'amélioration des pratiques et de préservation de la propre santé médico-professionnelle des effecteurs et intervenants MOTS, l'un des Conseillers techniques psychiatre, permet à chacun individuellement et collectivement de se réguler.

## *LES OBJECTIFS et les MOYENS mis en œuvre à MOTS :*

L'objectif principal est que chaque médecin puisse concilier **projet de santé et de vie avec son exercice professionnel**. Pour cela, il est nécessaire d'aller au-delà d'un soutien isolé ou sporadique, ou d'un appui uniquement financier.

C'est donc bien d'une démarche de prévention qu'il s'agit.

Dans la quasi-totalité des situations le médecin-appelant est dans une situation médicale et/ou professionnelle dégradée. Il peut s'agir de pathologies somatiques invalidantes pour sa pratique professionnelle, plus fréquemment d'une souffrance psychique intense qui nécessite une prise en charge urgente. Il peut s'agir aussi d'une demande d'accompagnement vers un parcours de soins en contexte d'addiction...

Mais l'objectif est aussi que des Consoeurs et Confrères fassent appel à MOTS pour des demandes d'accompagnement de *prévention primaire* en santé au travail.

Au-delà de cet enjeu individuel, l'objectif plus global est de conserver un corps médical en bonne santé et en exercice.

*L'écoute nécessairement confraternelle est aussi confidentielle, active et empathique.*

À travers *une approche réflexive*, il s'agit de faire l'analyse de la demande du médecin-appelant. Et c'est donc à partir de ce véritable travail de co-élaboration entre médecin-appelant et médecin-effecteur MOTS que peut se construire un véritable parcours de santé individuel.

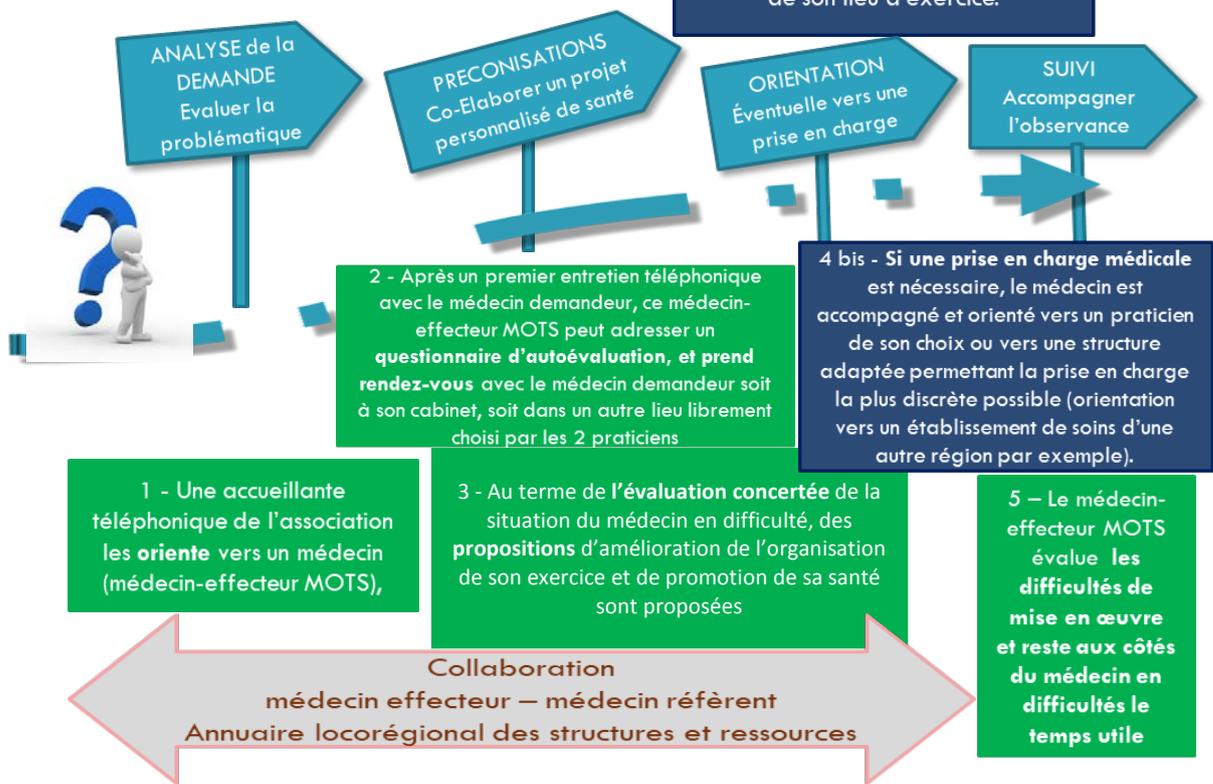
Cet accompagnement global, humaniste personnel, professionnel et social comporte donc à la fois un soutien psychique et organisationnel, une facilitation d'accès aux soins.

LES ÉTAPES CLÉS :

**Confidentialité**  
**Neutralité**  
**Indépendance**

Les médecins peuvent solliciter quand ils le souhaitent, l'association au travers d'un **numéro unique**

Tél. 0 608 282 589



Le contrat de confidentialité est garanti dès le premier appel téléphonique à l'Association. Le médecin a le libre choix de garder l'anonymat dès l'entrée dans la démarche d'accompagnement.

Il peut aussi demander à ce que le médecin-effecteur qui va l'accompagner soit d'une autre région géographique que la sienne.

Chaque médecin-effecteur contacte par téléphone dans les plus brefs délais, et dans les 24H le médecin-appelant. Les accueillantes téléphoniques sont formées aux signaux d'alerte qui nécessitent que le médecin-effecteur rappelle encore plus rapidement le médecin.

## ***RÉSULTATS d'une ÉTUDE RÉTROSPECTIVE sur une série de 120 MÉDECINS (2016)***

### ***Les modalités et durées d'accompagnement :***

Dans 8% des situations l'appel à MOTS a été réalisé par une tierce personne autre que le médecin concerné : à proportions égales, par l'épouse/époux du médecin et par un confrère.

Sur cette série, les modalités du suivi reposent de façon prépondérante sur des entretiens téléphoniques. Le nombre moyen d'entretiens téléphoniques par médecin accompagné est de 3.5 (422/ 120 médecins). Le nombre médian est de 3.

L'accompagnement a pu nécessiter plus de 15 entretiens téléphoniques (le chiffre alors retenu pour les données statistiques a été arbitrairement fixé à 15).

Le nombre de médecins accompagnés pour lesquels il y a eu au-moins une consultation présentielle représente un peu moins de 17% de l'effectif.

Pour 3 médecins une seconde consultation présentielle à distance de la première a été nécessaire, et même une troisième pour un autre médecin.

Le lieu de consultation présentielle a été pour les deux-tiers au cabinet du médecin-appelant. Les autres lieux étaient le cabinet du médecin-effecteur MOTS, au domicile du médecin appelant, voire dans un lieu extérieur choisi par le médecin. Le CDOM a été choisi dans un cas (dans un espace neutre et indépendant préparé dans l'optique de la garantie de confidentialité).

Pour les durées d'accompagnement, Il existe de grandes différences suivant les situations, comme on s'en rend compte dans la dispersion du nombre d'entretiens téléphoniques par médecin-appelant.

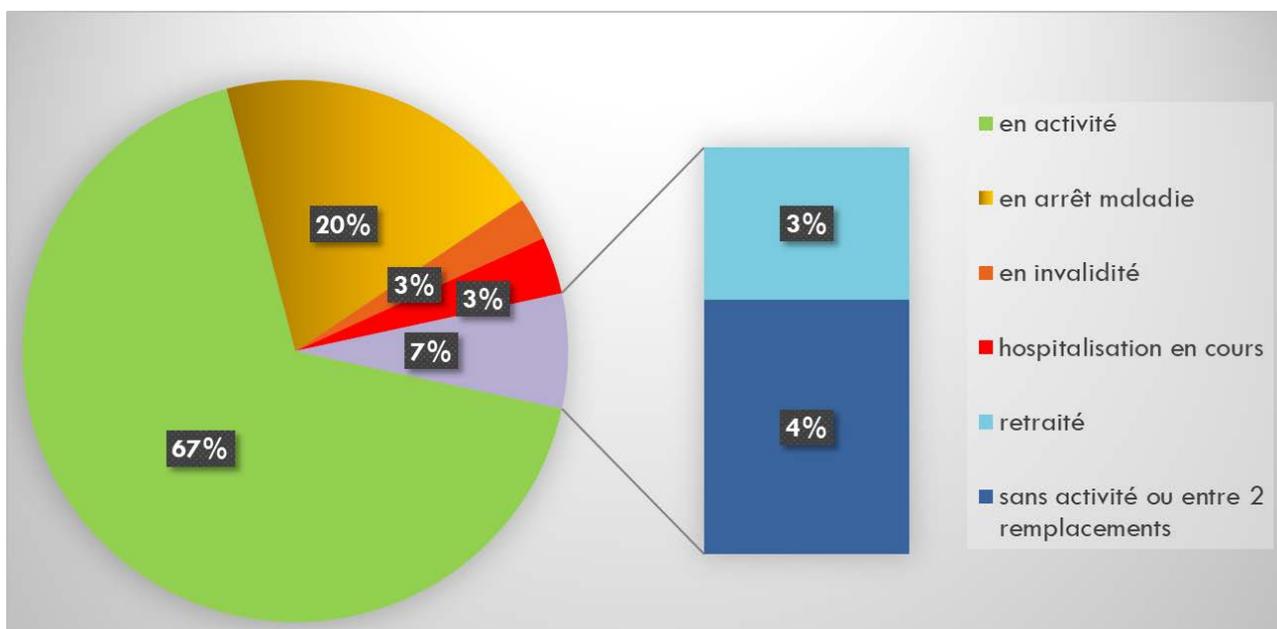
D'une façon générale, le premier entretien téléphonique est le plus souvent un entretien long, d'écoute à la fois empathique et active et qui peut durer de façon habituelle jusqu'à 1H30.

Dans 10% des cas, le premier entretien reste isolé, exprimant alors un besoin de réassurance ou d'une écoute, éventuellement un conseil ou un avis. Ainsi pour 13 médecins, il n'y a pas eu nécessité de proposer une prise en charge ou une orientation vers une personne-ressource complémentaire.

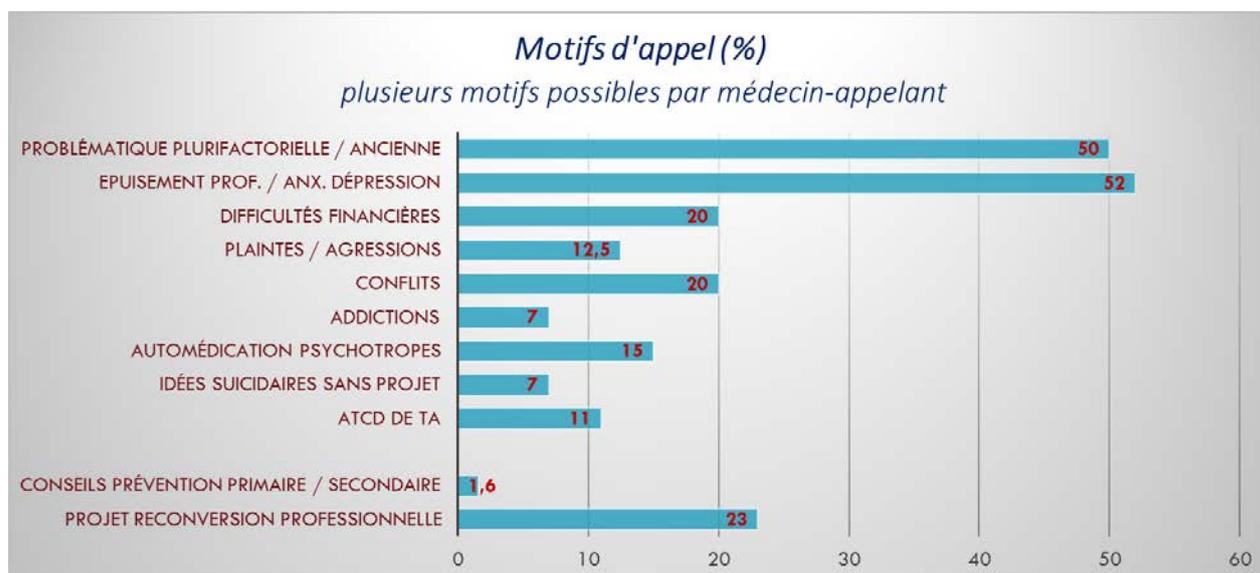
La durée de l'accompagnement se fait jusqu'à 6 - 8 mois.

**Situations des médecins au moment du 1er appel téléphonique :**

*42% de médecins-appelant de la série sont salariés*



### Les motifs d'appel et contexte :



Tout d'abord, les situations *d'épuisement professionnel* (52%) représentent le motif principal énoncé lors de l'appel.

Les causes individuelles de cette rupture de l'équilibre psychosocial sont ici aussi liées à une accumulation de facteurs ou de situations professionnels stressants. La charge de travail en est un, mais en arrière-plan sont notés des éléments négatifs liés à des conflits de valeurs, des conflits éthiques parfois ou de sentiment de perte de reconnaissance socio professionnelle.

*Les addictions* quand elles sont recherchées ou évoquées spontanément par le médecin-appelant représentent près de 7% des situations rencontrées sur la population concernée ici ; elles ont été un motif d'hospitalisation de 2 médecins, dans les deux cas en lien avec une addiction à l'alcool.

Il est possible que la fréquence des addictions dans la population des médecins-appelant soit sous-estimée. Cette problématique de santé doit pouvoir être questionnée de façon plus systématique.

Les situations à *risque suicidaire à moyen terme* sont estimées entre 6 à 7% (échelle R.U.D.) et 11% des médecins-appelant déclarent le plus souvent spontanément avoir déjà fait au-moins une tentative de suicide.

Il est important de souligner que *deux hospitalisations en extrême urgence* ont été déclenchées par le médecin-effecteur pour protéger 2 médecins suicidant. Pour l'un de ces deux confrères les secours d'urgence ont été mis en oeuvre par appel au centre 15 (passage à l'acte suicidaire en cours). La seconde hospitalisation l'a été *sous contrainte en milieu fermé*.

D'une façon globale toute problématique de santé confondue, 6% ont bénéficié d'une hospitalisation organisée par le médecin-effecteur.

Si l'on reprend les contextes d'appel en lien avec un *risque de plainte, ou une plainte* (erreur médicale/ relation conflictuelle avec la CPAM, avec le CDOM), ce motif est retrouvé entre 12 et 13% des cas.

Des *difficultés financières* sont rapportées spontanément par le médecin appelant *dans près de 20% des situations*.

Un fait saillant est à noter : *dans près de 20% des cas* l'existence *d'un conflit entre associés, mais plus encore avec une direction ou un collectif de travail est au premier plan*. Les conflits de valeur et/ou conflits éthiques voire une véritable maltraitance liée à une organisation pathogène ont alors un impact majeur en terme de souffrance psychique.

La fréquence des **projections de reconversion professionnelle** : ce type de questionnements peut être latent et plus ou moins marqué, mais il peut aussi faire partie des motifs d'appels. Cela a été évoqué par **près du quart des médecins-appelant**. Ces projections peuvent aller d'une cessation temporaire mais prolongée d'activité, à une réorientation vers un autre mode d'exercice ou une autre discipline médicale, voire dans quelques rares cas jusqu'à l'hypothèse d'arrêter la profession de médecin.

Le contexte ou le motif pour lequel un médecin (ou ses proches) appelle induit ou concerne dans l'immense majorité des situations un *sentiment d'impasse* et/ou une perte de repères. Ces Confrères et Consoeurs sont avant tout en *recherche d'aide, d'empathie et de sens*. Les problématiques sont volontiers anciennes et complexes, plurifactorielles dans plus de la moitié des situations rencontrées avec des intrications psychiques et somatiques, professionnelles et personnelles, financières et sociales.

Cette constatation est à mettre en perspective avec la prévalence des symptômes d'anxiété marquée présente au premier plan dans 40% des situations, dont l'intensité et l'ancienneté majorent l'impact cognitif. Les souffrances psychiques sont anciennes, avec isolement social, repli et perte d'estime de soi.

Dans 3 cas, le médecin évoque spontanément et assez rapidement l'existence d'un suicide récent dans l'entourage professionnel très proche. Cet évènement dramatique participant du processus de prise de conscience de sa propre situation de souffrance et d'identification à l'autre, en plus de la culpabilité de n'avoir pas vu venir, pas pu prévenir.

La revue systématique des cas cliniques retrouve ainsi un épuisement réactionnel, une anticipation péjorative de l'avenir, une anxiété généralisée ou un épuisement médico-professionnel déjà très avancé. *Une automédication par anxiolytiques et/ou antidépresseurs* est rapportée là-encore spontanément dans 15% des cas. Une recherche de symptômes dépressifs est essentielle.

Cette évaluation questionne dans ces situations de fragilité le risque suicidaire, évalué alors périodiquement au cours des entretiens et consultations.

Concernant l'aspect plus spécifique de *l'épuisement professionnel* comme cela a été précisé plus haut, la surcharge de travail n'est pas le seul élément explicatif. Elle peut même parfois être subjectivement et paradoxalement absente. Ce déséquilibre psychosocial se retrouve dans le décalage entre un surinvestissement professionnel et le sentiment de non reconnaissance sociétale que ce soit de la part des pouvoirs publics, alors vécue comme « un certain mépris » de l'administration ou des directions de cliniques et d'hôpitaux, mais aussi parfois de la part des patients.

Une conscience professionnelle poussée, avec exigence d'infailibilité, de (sur)-performances, d'« hyper-disponibilité » vis-à-vis des patients est récurrente dans cette problématique. Des traits de caractère perfectionnistes sont retrouvés, mais surtout des difficultés à s'affirmer, à dire non, à se respecter dans ses propres attentes. Les injonctions paradoxales sources de conflits éthiques et une absence -au moins perçue- de marges de manœuvre renforcent le sentiment d'impasse et sont autant de facteurs de stress.

Des conflits de loyauté peuvent être présents, à l'origine d'un sentiment de culpabilité : s'occuper de soi en baissant son activité ou accepter d'être en arrêt maladie va avoir un « effet domino » sur le reste de l'équipe, sur la capacité de prise en charge des patients... Cela est aussi vrai pour les médecins qui peuvent partir à la retraite mais ne trouvent pas de remplaçant, les plaçant en situation de tension entre

leurs propres aspirations et la culpabilité de laisser leur patientèle sans successeur. Le (non)- choix se porte alors sur la poursuite de l'activité, en attendant ...

La souffrance liée à ces déséquilibres est importante. Elle induit des modes de défense variés : somatisation et symptomatologie neurovégétative, psychique avec insomnies, isolement, désinvestissement dans la sphère extra professionnelle. A cela s'ajoute un sentiment de ne pas être à la hauteur, ce qui renforce la peur d'en parler et aggrave l'isolement.

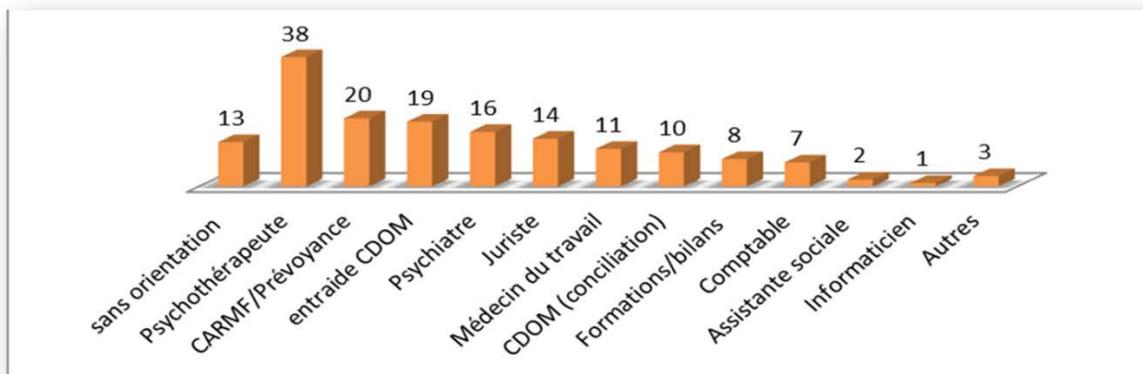
Paradoxalement, l'exercice en cabinet de groupe ne semble pas « immunisant » vis-à-vis de l'isolement professionnel.

*Verbatim d'un médecin généraliste : « j'ai stoppé tabac et alcool, ce sont mes patients qui m'encouragent à prendre soin de ma santé..»*

*Une médecin généraliste (femme) en libéral : « je sens que je suis plus malade que mes patients qui eux, prennent le temps de faire plein de choses pour eux ; nous n'avons aucun suivi nous, les médecins»*

#### **Les ressources externes :**

##### Types d'orientations préconisées (en nombre) *6% d'hospitalisations*



L'orientation vers un juriste comprend aussi l'indication de conseil financier autre que la comptabilité classique (redressement judiciaire,..).

La notion de formation/bilans comprend les bilans de compétences (Centre National de Gestion pour les médecins hospitaliers, bilan de compétence financé par le CNOM pour les libéraux souhaitant arrêter la profession).

## *Le TRAVAIL d'un MÉDECIN-EFFECTEUR :*

*La notion de « médecin-effecteur » répond à une définition de mission, de fiche de poste spécifique à l'association MOTS.*

Son activité s'inscrit dans la confraternité et l'entraide auprès de « médecins-appelant » en situation fréquente de souffrance voire de détresse médico-psychologique.

Il accueille le vécu intime médical, personnel, professionnel de son confrère et se trouve donc dans la position de tout médecin vis-à-vis de son patient : ce travail d'accompagnement s'effectue dans le respect strict du secret professionnel. Le « médecin-patient » le consulte comme « médecin-tiers » distinct d'un médecin traitant, d'un médecin spécialiste d'organe ou d'un psychiatre consulté pour une prise en charge thérapeutique.

Mais le médecin-effecteur n'est pas pour autant le médecin du travail du « médecin-appelant ». Les médecins salariés ont leur propre médecin du travail qui est d'ailleurs une ressource externe utile potentiellement. Quant aux médecins libéraux ils ne disposent pas aujourd'hui de suivi en santé au travail.

**L'analyse de la demande d'aide va ainsi au-delà du simple motif d'appel tel qu'énoncé lors du premier contact et fait partie intégrante du travail d'accompagnement.**

Elle est toujours utile car le motif d'appel cache bien souvent d'autres problématiques sous-jacentes. Et pour autant, il ne s'agit pas de se placer dans une approche psychothérapique mais de faciliter et guider la co-élaboration d'un parcours de soins ou de prévention (« parcours de santé globale ») avec le médecin appelant.

Cette **analyse conjointe basée sur une approche systémique** permet de définir les orientations à mettre en œuvre, les éventuelles personnes ressources autres à consulter pour une prise en charge plus spécifique et prolongée.

Un médecin-effecteur exerce un métier spécifique et nouveau, celui d'un médecin accompagnant d'autres médecins dans une démarche d'amélioration de leur vécu médico-professionnel et personnel, à travers une analyse réflexive de leur organisation de travail et l'orientant si nécessaire vers un réseau à visée thérapeutique dans une dimension de promotion de leur santé globale.

*Ce travail de « Médecin-effecteur » spécifique à MOTS, s'inscrit dans un travail collectif au sein de l'Association. Il s'exerce de façon pluridisciplinaire notamment avec des compétences internes en santé au travail et en ergonomie.*

De façon récurrente les médecins-appelant soulignent toute l'importance de pouvoir être en recherche d'aide et de sens dans un premier temps auprès d'un confrère médecin.

C'est ainsi un nouveau métier (et une nouvelle discipline médicale...): « Prendre soin des soignants »

De façon générique, ce nouveau métier pourrait être dénommé « médecin-ressource ».

La santé des médecins, un nécessaire accompagnement global :

**En prévention primaire...**

- Dès la Faculté, apprendre de nos erreurs comme apprendre à demander de l'aide
- Développer et systématiser un enseignement au cours du 3e cycle des études médicales portant sur différents modules : exercice libéral, équilibre personnel / professionnel / soignant
- Aider à la mise en œuvre d'une organisation professionnelle protectrice de l'épuisement professionnel

**Et en prévention secondaire et tertiaire...**

- agir dans une écoute confraternelle pour la co-construction avec le médecin-appelant d'un plan d'accompagnement vers une prise en charge adaptée : un parcours de « santé globale »
- aider le médecin en difficultés « d'objet à redevenir sujet »
- aider à la mobilisation de ses propres ressources et l'orienter vers des ressources externes à chaque fois que nécessaire

MOTS : 7 ans d'expérience au service de chaque médecin et de la collectivité

Pour rester « soignant », le médecin a un droit individuel intégré dans un devoir collectif, celui de prendre soin de lui.

C'est aussi un devoir sociétal et un enjeu de santé publique.



# **II - ASSOCIATIVES**

## **2 – Les autres associations**



## **a) LES ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE**

L'Entraide Ordinale, doit être accessible sur tout le territoire, en toute équité et en parfaite harmonie avec tous ses acteurs.

Un certain nombre d'associations se sont créés, souvent d'essence ordinale à l'initiative de Conseils départementaux ou de conseils régionaux.

Leurs actions couvrent une grande partie du territoire, mais pas son intégralité.

Ces associations ne disposent pas des mêmes moyens et ne proposent pas les mêmes prestations.

Le Conseil National, conscient de la nécessaire égalité de traitement sur tout le territoire a souhaité réunir les moyens et les compétences de chacun en proposant une charte à ces associations (voir chapitre I-3 Les chartes).

Un Pôle Entraide National siégeant au CNOM, s'est donné pour mission de fédérer et d'harmoniser les actions et les procédures d'entraide sur l'ensemble du territoire national.

### **Fonctionnement des associations**

- mise en place d'un accueil téléphonique Numéro unique 24h/24 et 7jours/7
- L'identification et la qualité des personnes ressources y compris les personnes morales, lui permettant de prendre en charge efficacement le confrère en fonction des difficultés qu'il rencontre. L'association est libre de contracter avec ces professionnels ;
- L'un au moins des responsables et l'un au moins des effecteurs au sein de l'Association sont titulaires ou en cours d'obtention d'une formation diplômante reconnue par le Conseil National de l'Ordre des médecins, après avis des signataires de la Charte.
- La création d'un réseau de professionnels de santé et d'établissements de soins à même de prendre en charge les confrères dans la plus stricte confidentialité.
- À terme les associations devront proposer leurs services sur tout le territoire, en constituant entre elles un réseau interactif et/ou une fédération, prenant en compte les spécificités et apports de chacune dans l'intérêt collectif.

Le médecin qui prend contact avec l'association , doit être, parallèlement, invité par elle, 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.

## **b) LISTE DES ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE SIGNATAIRES DE LA CHARTE**

**AAPML** : Association d'Aide aux Professionnels de santé & Médecins Libéraux

Qui devient

**AAPMS** : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants porteur du Numéro Unique d'appel. Président : Dr Régis MOURIES et DR ERIC GALAM - Médecin coordonnateur

**APSS** : Association Pour les Soins aux Soignants Président : DR THIERRY LARDENOIS

**ARENE** : Association Régionale d'Entraide du Nord Est Président DR LETZELTER JEAN-MARIE

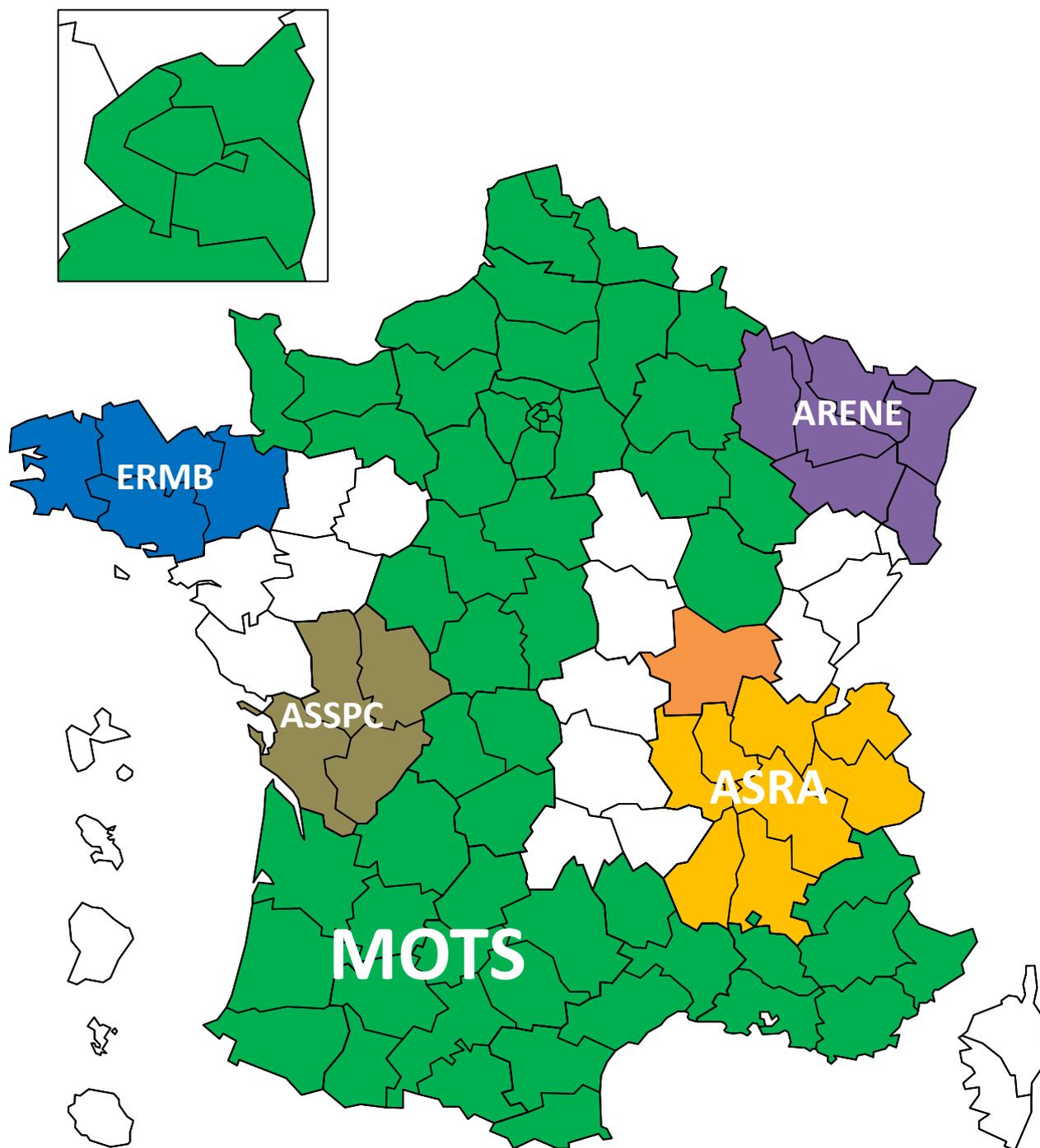
**ASRA** : Aide aux Soignants de Rhône-Alpes Président : DR EVREUX MICHEL

**ASSPC** : Association Santé des Soignants en Poitou-Charentes Président : DR DUGUE JEAN

**ERMB** : Entraide Régionale des Médecins de Bretagne Président : MICHEL CARVIN

**MOTS** : Médecin Organisation Travail Santé Président DR THEVENOT JEAN

c) **COUVERTURE TERRITORIALE DES ASSOCIATIONS  
D'ENTRAIDE AU 1/09/2017**





## **CHAPITRE III**



## **DE LA FORMATION À LA PRÉVENTION**



**I - EN FRANCE**  
**DIU « Soigner les**  
**soignants »**  
**Pr Eric Galam**



La santé des médecins, un enjeu majeur de santé publique  
Journée de l'entraide CNOM 20 octobre 2017 Paris  
Comment soigner les soignants

Présentation faite par Eric GALAM ([egalam@hotmail.com](mailto:egalam@hotmail.com))

#### LIENS D'INTERETS

Eric GALAM est médecin généraliste depuis 1982.

Il est professeur de médecine générale à l'Université Paris Diderot et coordonnateur depuis 2005 de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) qui a mis en place le premier dispositif français d'aide psychologique aux médecins, incarné par une plate-forme téléphonique (0826 004 580) non surtaxée, disponible h24 et j7.

D'abord limité aux médecins libéraux franciliens, cet outil est maintenant ouvert à tous les médecins français en activité ou en formation et quel que soit leur mode d'exercice.

EG est auteur de nombre de formations (Reconnaître et optimiser nos façons d'être médecins, Dédramatiser et travailler nos erreurs, De l'erreur médicale à la sécurité du patient) et recherches d'envergure sur les spécificités des soignants, leurs difficultés et leurs ressources. Il a publié de nombreux articles en France et à l'international et plusieurs ouvrages sur la médecine notamment « Infiniment Médecins. Les généralistes entre la science et l'humain » (Ed Autrement Année 2002) et « L'erreur médicale, le burnout et le soignant » (Ed Springer Année 2012). Il a accompagné la mise en place de plusieurs structures d'aide aux médecins en France. Il est également père d'un étudiant en médecine dont il souhaite que sa formation et son exercice à venir soient sereins et féconds.

LA PRATIQUE MEDICALE implique une formation et une déontologie légitimes, exigeantes et bien argumentées.

La gestion par chaque médecin et par la profession des fragilités des médecins, elles aussi bien réelles, sont moins évidentes dès lors qu'elles sont souvent occultées et parfois considérées comme essentiellement personnelles et plus ou moins signes de défaillances voire d'incompétences ou même d'indignité.

Cette gestion et la prévention qui en résultent n'en sont que plus nécessaires. Elles impliquent d'éclairer le « curriculum implicite » qui, en complément du programme formel des études médicales et des expériences cliniques, transforme un individu en médecin en lui permettant d'acquérir et de se positionner par rapport aux valeurs et représentations du médecin et de la médecine.

D'où la nécessité de faire évoluer la formation des médecins en conséquence, en prenant en compte notamment les « modèles de rôle », les événements marquants, les problématiques liées au travail d'équipe ou au management, le rapport au travail (durée, qualité,...), la gestion des émotions, des erreurs, incertitudes et fragilités.

Ces dernières nécessitent un certain nombre de prises de conscience :

- Savoir que soigner est associé un risque
- Savoir que les soignants sont (aussi) vulnérables
- Se former à l'assumer par l'information, la prévention, la vigilance, la prise en charge et l'accompagnement
- Se former à demander de l'aide
- Se former à repérer et prodiguer de l'aide aux collègues, qu'ils le demandent ou pas
- Connaître les ressources disponibles médicales et autres
- Faire du soignant-patient un acteur de sa santé

Passer de la plainte générale à l'approche personnelle et dans le même temps, de l'approche personnelle à l'approche professionnelle et collective  
Repérer et structurer les étapes clés et les intervenants professionnels et structurels du parcours de santé du soignant-patient

UN SOIGNANT QUI VA BIEN, c'est plus de chance de qualité pour les soins, de sécurité pour les patients et de sérénité pour lui-même et ses collègues.

A l'inverse, un soignant qui va mal, qu'il soit en difficultés ou en tensions professionnelles ou personnelles, est plus « à risque » pour ses patients, la santé publique et pour lui-même.

A ce titre, la prise en compte du soignant et de ses éventuelles fragilités ou pathologies, dans les soins qu'il prodigue, est désormais incontournable. L'évolution des pratiques médicales et de leurs rapports avec les fondamentaux formulés dans le Code de Déontologie, conduisent à une période d'instabilité qui peut s'avérer d'autant plus féconde qu'elle sera gérée efficacement et lucidement par les médecins et leurs institutions.

Le DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE (DIU) « SOIGNER LES SOIGNANTS » se donne pour but de professionnaliser, en travaillant de manière réflexive, interactive et accompagnée par des experts, l'expérience de terrain des médecins d'ores et déjà impliqués dans l'entraide confraternelle qu'elle soit ordinale ou pas.

Fondé en 2015, ce DIU a obtenu, dès sa première édition, le droit au titre par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il est porté par les universités Paris Diderot et Toulouse Ranguel.

Ses acteurs en sont les professeurs Eric GALAM et Jean-Marc SOULAT, ainsi que le Dr Jean-Jacques ORMIERES. Il a été accompagné dès sa conception par les docteurs Jean THEVENOT, président de l'association MOTS et Jacques MORALI, président de l'entraide nationale du CNOM.

Fort des besoins de formation et conscients des priorités, les responsables du DIU ont privilégié le recrutement de médecins impliqués et investis dans le cadre ordinal, universitaire ou associatif, répartis sur tout le territoire et les différentes associations ou structures investies dans l'entraide.

A terme le DIU est amené à s'ouvrir à des médecins soignant des confrères ou simplement intéressés à optimiser leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes ou à se positionner vis à vis de la santé de leurs proches. Il pourra aussi être le pilote pour des formations destinées à des soignants non médecins.

## FONCTIONNEMENT DU DIU

1) Le DIU comporte 9 journées de formation :

- Quatre modules présentiels de 2 jours chacun, répartis entre Toulouse et Paris

### **Module 1 : le médecin, un patient particulier**

Devenir médecin, prendre soin de soi, être malade, se soigner, soigner les confrères

### **Module 2 : la santé mentale des médecins**

Repérer et gérer le risque suicidaire, le prendre en charge en urgence, prévenir et soigner les troubles psychiatriques, les comportements addictifs, l'épuisement professionnel

### **Module 3 : prévention et gestion des risques (erreur médicale)**

Décider, analyser, sécuriser sa pratique, tirer enseignement et parler de nos erreurs et de celles de nos confrères, les prévenir et accompagner les « secondes victimes » et les équipes

## Module 4 : outils et ressources disponibles

Connaître et savoir activer les acteurs et dispositifs de l'entraide ordinaire, de l'aide juridique ou aide psychosociale ; mettre en œuvre les approches collectives adaptées

2) Une auto évaluation est faite par chaque participant d'une séance à l'autre sur son rapport à sa santé, à son outil professionnel et à ses patients. Cette auto évaluation donne lieu à un retour collectif anonymisé.

3) Une journée présentielle et publique de présentation des mémoires permet de mutualiser les expériences structurées et maturées de chacun

Ainsi le DIU est :

**Interactif** lors des échanges entre participants et avec les intervenants

**Informatif** par acquisition d'éléments de connaissance et de réflexion, connaissance des intervenants et ressources disponibles médicales et autres

**Réflexif** grâce à l'audit de chaque participant venant cristalliser l'importance de la prise en compte de chaque soignant et de ses modes spécifiques de fonctionnement

**Productif** : mémoires sur la santé des soignants et leur prise en charge à partir des expériences de terrain

**Professionalisant** par constitution progressive d'un réseau sur tout le territoire.

La prochaine journée de soutenance des mémoires est prévue le 24 novembre à la Faculté Bichat 2017.

Elle regroupera 17 participants. La précédente journée de présentation comportait 16 mémoires. La promotion suivante qui va démarrer en décembre 2017 comprend 18 participants.

## QUESTIONNEMENTS ET PERSPECTIVES

Le DIU participe à la **structuration et à la professionnalisation de l'entraide médicale**. Il s'inscrit dans une **constellation** plus large incluant les intervenants institutionnels ou individuels aux différents niveaux d'information-formation-prévention-repérage-prise en charge-accompagnement...de la plateforme d'accueil et d'urgence aux lits dédiés, en passant par les consultations de prévention ou les séances de sensibilisation sans oublier les aides aux retours ou la reconversion.

Outre le choix de prioriser les participants médecins déjà impliqués, il se devra d'explorer les modalités d'ouverture plus large à d'autres médecins et aux soignants non médecins. Il faudra également explorer la place des autres dispositifs complémentaires et de leur articulation avec le DIU notamment celle des formations plus brèves et de leurs modalités : soit d'initiation (3 heures) soit de modules répartis sur plusieurs années. Un réseau en constitution à partir des 50 personnes qui auront été formées en fin d'année prochaine peut être la base d'un dispositif de formation continue. Le DIU a été reconnu par le CNOM. D'autres soutiens institutionnels seront peut-être à discuter.

TRAVAILLER LA CONFRATERNITE implique de l'étendre de l'entraide financière et des outils concrets, juridiques, comptables, organisationnels ou autres à l'indispensable présence professionnelle et humaine.

Celle-ci n'est utile et sécurisée que dans la mesure où elle se fonde sur l'implication contrôlée de l'aidant capable de rester proche tout en maintenant une juste distance avec le médecin en difficulté.

Enfin, l'action des confrères de proximité ou dans le cadre institutionnel, doit s'inscrire dans un contexte social, collectif et culturel où "prendre soin de ceux qui nous soignent" et reconnaître à la fois l'importance et la pénibilité de leur action, vient faire écho au respect que chacun doit se porter ainsi qu'aux autres, patients ou soignants.

LA PLACE CROISSANTE DE L'ENTRAIDE dans le cadre de l'Ordre des Médecins traduit le réalisme de l'institution par rapport à la souffrance professionnelle et induit à terme une évolution de l'institution tant dans la manière dont elle est appréhendée par les médecins que probablement pour l'institution elle-même.

ET POUR TERMINER, dans un chemin encore long mais déjà largement entamé, je voudrais citer **l'aphorisme de Hillel** :

*Si je ne suis pas pour moi, qui le sera ?*

*Et si ce n'est maintenant, quand ?*

*Et si je ne suis que pour moi, que suis-je ?*



## II - EN EUROPE





Paris a accueilli pour la première fois le congrès de l'European Association for Physician Health, la seule association européenne qui a pour but l'amélioration de la santé des médecins. Le ministère français de la Santé parraine cette initiative. Les 24 et 25 avril 2017, les participants ont eu l'occasion d'échanger sur les sujets tels que les études médicales et leur impact sur la santé des médecins, les erreurs médicales, le burn out<sup>5</sup>...

Le 6ème congrès de l' European Association for Physician Health (EAPH) s'est tenu à Paris les 24 et 25 avril 2017 sur le thème :

Being a doctor and staying a person. Building and maintaining one's professional identity.

<http://www.eaph.eu/conference.html>

Il a été organisé par l'AAPML

87 communications ont été acceptées par le Comité Scientifique dirigé par le Pr Eric GALAM.

Elles étaient réparties ainsi : 52 présentations orales, 18 ateliers et 17 posters issus de 18 pays dont la France (34), le Royaume Uni (26), les Pays Bas (7), la Norvège (5), la Belgique (3), l'Espagne (3), l'Allemagne (2), l'Irlande (2) la Grèce (2) 138 participants : France (54) UK (41) Pays Bas (8) Suisse (7), Norvège (6), Canada (5), Belgique (4) Irlande (4), Espagne (2) Finlande (2) et Allemagne, Grèce, Australie, Arménie, Palaos

La prochaine conférence est prévue à Oslo en mai 2019

---

<sup>5</sup> Le quotidien du médecin



# CONCLUSION



**EN HUIT PROPOSITIONS**





Que pouvons-nous espérer de cette enquête sur la santé des médecins ?

Tout d'abord une prise de conscience de la profession et des institutions, en charge des médecins, de l'ampleur du problème qui est un véritable enjeu de santé publique. L'ordre est un des premiers à en avoir pris conscience.

De nombreuses initiatives voient le jour, mais le chantier est immense :

- **En matière de prévention** on ne peut que constater les lacunes malgré quelques tentatives comme l'expérience en Bretagne. Mais sa généralisation se fait attendre.
- **En matière de prévoyance**, notre enquête montre qu'il y a des progrès à faire. (Un rapport à venir sur ce sujet est en cours d'élaboration)
- **En matière de reconversion professionnelle et de passerelles**, là aussi le chantier est à construire avec nos partenaires institutionnels et l'université afin de faciliter une possible réorientation au cours de sa carrière, en particulier dans les moments difficiles.
- Il existe encore un déséquilibre entre le nombre de médecins en épuisement professionnel, avec des problèmes de santé mentale liés au stress et aux difficultés de l'exercice et leur prise en charge.  
Dans ce domaine, **un réseau d'établissements se constitue avec des unités dédiées aux soins aux soignants**. (Voir charte CNOM-USPS)
- Il y a encore beaucoup à faire en termes **de promotion de la santé, de prévention visant à faciliter l'accès à des soins de santé primaires**.
- Il y a encore beaucoup à faire pour le **choix d'un médecin traitant** autre que soi-même. (Voir dans l'annexe la campagne « dis doc t'as ton doc »)
- Il y a encore beaucoup à faire pour développer des méthodes de gestion du stress et améliorer l'organisation et l'environnement de travail.
- **Il existe un paradoxe au sein même de la profession** : ce qui est bon pour les patients, semble être totalement ignoré pour nous médecins.

Les résultats de cette enquête devraient constituer un appel à l'action pour toutes les organisations médicales et nos tutelles.

Il est crucial que la profession et le public, comprennent et acceptent que les médecins soient d'abord et avant tout des êtres humains aux prises avec les mêmes défis et enjeux, tout en étant soumis à des situations de stress intenses.

**L'ordre des médecins, au travers de sa mission d'entraide, essaye d'apporter le soutien nécessaire au maintien de l'équilibre professionnel et personnel des médecins en tenant compte de tous les déterminants (voir schéma 1 et tableau 1) et en essayant d'apporter une prise en charge globale (médico-psycho-sociale et financière (schéma 2))**

Je termine sur cette citation qui donne à réfléchir et nous encourage à poursuivre ce travail de notre Commission Nationale D'entraide :

*« Encore aujourd'hui, la culture médicale encourage les médecins à prioriser leur travail au détriment de leurs besoins. Ceci entretient la fausse croyance que le fait de prendre soin de soi s'oppose à l'altruisme. Pourtant, le bien-être du médecin est nécessaire au maintien de son engagement professionnel, de sa compassion, de sa compétence à long terme. Le dogme du sacrifice de soi est une notion à courte vue et est voué à l'échec. Il faut plutôt reconnaître que prendre soin de sa santé est une condition essentielle pour être médecin. On doit encourager les soignants à entretenir des liens personnels et professionnels pour développer un réseau de soutien efficace pour faire face aux défis de la pratique médicale... »*

*Une réorientation du modèle pathologique vers un modèle de bien-être et de résilience pourrait constituer la pierre angulaire d'un projet visant à promouvoir et à maintenir la santé des médecins en tant qu'individus et, ultimement, la vitalité de la profession ».*

SANDRA ROMAN, M.D. CLAUDE PRÉVOST, M.D

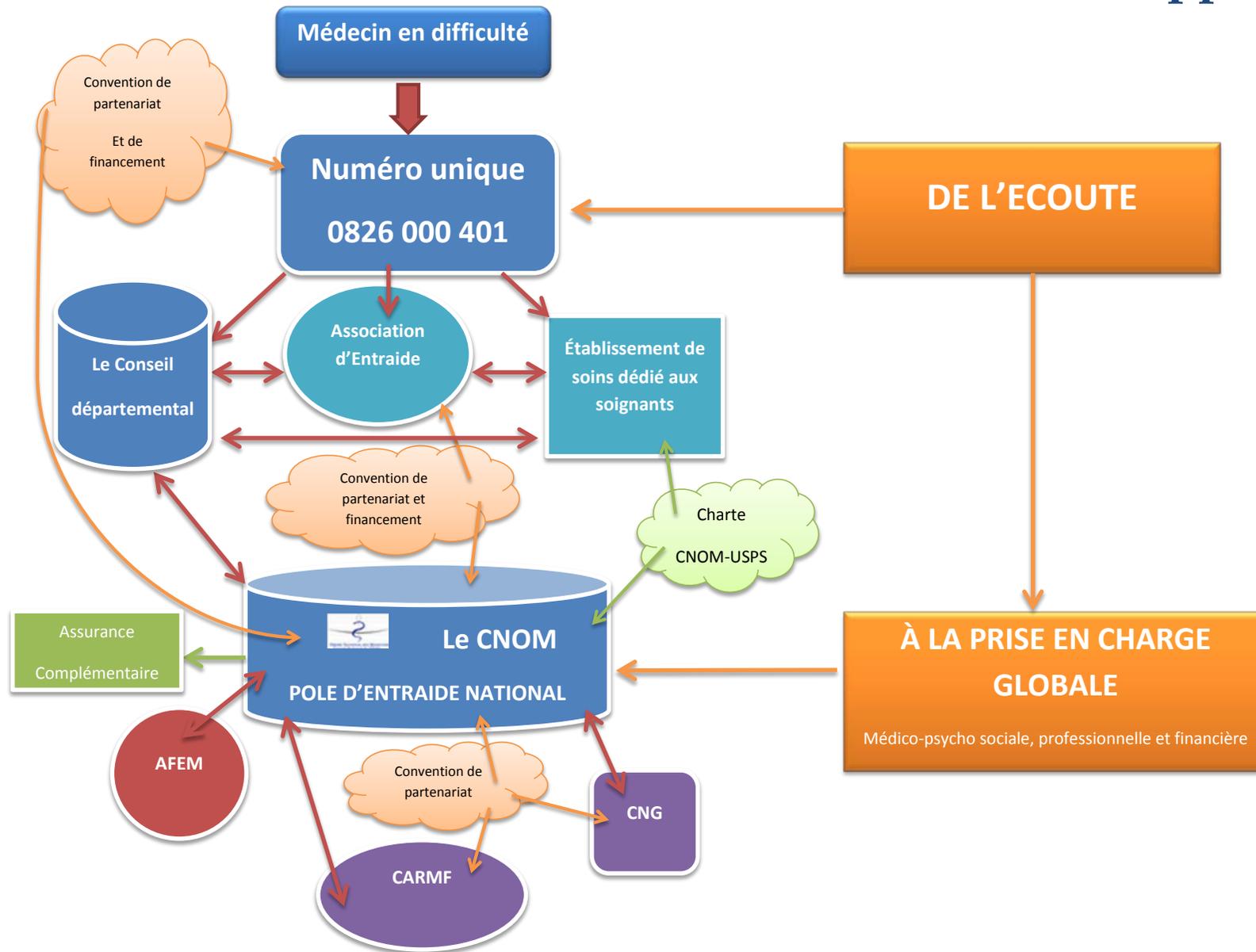
La santé des médecins état des connaissances et approches préventives au Québec

## Les déterminants de la santé chez les médecins



FAMILLE DE DETERMINANTS	EXEMPLES DE DETERMINANTS	PRINCIPALES CARACTERISTIQUES
<b>INDIVIDUELS</b>	<b>Facteurs individuels</b> , génétiques et biologiques, tels que l'âge, le sexe, les caractéristiques héréditaires.	<b>Facteurs généralement non modifiables.</b>
<b>MODE DE VIE</b>	<b>Facteurs comportementaux</b> - relevant de décisions individuelles : - comportements à risque, addictions, alimentation, travail, culture, éducation, activités physiques...	<b>Facteurs non modifiables individuellement</b> leviers d'action pour <u>promouvoir la santé des médecins</u> via des politiques adaptées.
<b>ENVIRONNEMENTAUX</b>	<b>Facteurs environnementaux</b> - liés au cadre de travail et à son organisation - liés à l'entourage social: famille, amis, confrères, institutions de tutelle	<b>Facteurs non modifiables individuellement</b> mais qui constituent des leviers d'action pour promouvoir la santé des médecins
<b>ORGANISATION DES SOINS</b>	<b>Facteurs liés au système de soins</b> - Pour le médecin son propre <b>parcours de soins</b>	Facteurs influencés par les politiques de santé.

# Parcours de l'appel du médecin



# ANNEXES





# I – Discours de la Ministre sur la stratégie nationale de santé

## Une stratégie nationale pour « Prendre soin de ceux qui nous soignent »

Choisir un métier dans le domaine de la santé relève le plus souvent d'un engagement, du choix d'un métier-passion. Une passion qui se confronte aux contraintes horaires et physiques, à la charge mentale et émotionnelle, ce qui nécessite une réponse spécifique. Différentes réformes engagées récemment comme la Loi de modernisation de notre système de santé, le virage ambulatoire et la mise en place des [groupements hospitaliers de territoire](#) - GHT transforment profondément l'organisation du travail des professionnels exerçant dans les établissements et en ambulatoire. Il est nécessaire de prendre en compte les conséquences de ces évolutions sur les conditions de travail des personnels, de les associer à la mise en œuvre des réformes afin qu'elles soient accompagnées, acceptées et adaptées

La stratégie est composée de deux volets :

- ▶ un pour les personnels exerçant en établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux,
- ▶ un pour les personnels exerçant en ambulatoire,

car travailler sur la qualité de vie au travail doit tenir compte des spécificités et des contraintes de chacun des modes d'exercice, même s'ils présentent tous les deux comme ambition :

- ▶ une impulsion nationale portée par tous les acteurs : institutions, ordres, syndicats, fédérations
- ▶ l'amélioration de l'environnement et des conditions de travail
- ▶ l'amélioration de la sécurité des professionnels
- ▶ la prévention et la prise en charge de la souffrance au travail.

**V9 – 9 sept 2017 – 12h30**

**Intervention d'Agnès BUZYN**

**Ministre des Solidarités et de la Santé**

**Ouverture du Colloque ANACT-DGOS-HAS**

**La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins**

**« Expérimenter, c'est imaginer »**

**Le 11 septembre 2017**

Mesdames, messieurs,

Je suis très heureuse d'ouvrir ce colloque consacré à la qualité de vie au travail au service de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins des patients.

**1. J'aimerais commencer mon propos en insistant sur le lien démontré par la littérature scientifique entre conditions de travail et qualité de vie au travail**

Chargée de promouvoir l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, la Haute Autorité de Santé a inscrit ce sujet à son programme de travail dès 2010.

Ces travaux, qui ont également impliqué l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), ont notamment permis d'appréhender les multiples dimensions de la qualité de vie au travail et les facteurs qui l'influencent :

- Je pense au travail en équipe, à la communication et à l'échange d'informations,
- Je pense également à la capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de son travail,
- ou enfin au rôle prépondérant du management. Sur ce dernier point, je souhaite dire qu'il n'existe pas une vision éthique qui serait davantage portée par les soignants et une vision économique portée par les gestionnaires. Il n'existe pas deux logiques, l'une professionnelle et l'autre bureaucratique. Nous sommes tous au service des patients.

Ainsi les liens avérés entre qualité de vie au travail, qualité des soins et amélioration de la bientraitance ont conduit la Haute Autorité à l'intégrer comme une des dimensions de la certification V2014.

\*\*\*\*\*

## **2. Ce lien avéré nous oblige à considérer la qualité de vie au travail comme un axe prioritaire de notre action, qui plus est dans ce moment particulier que vit notre secteur**

En effet, l'adaptation de notre système de santé au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques et aux contraintes sur nos ressources est nécessaire.

Nous vivons des changements, par l'arrivée de nouvelles technologies ou de nouvelles organisations.

Il y a le « virage ambulatoire » ou les mutualisations introduites par les groupements hospitaliers de territoire.

Tout cela transforme profondément l'organisation du travail pour tous les acteurs de santé.

Il y a également la nécessité de mettre en place des parcours de soins coordonnés. Cela entraîne une transversalité accrue et une multiplication des interactions entre professionnels. Cela modifie le rôle de chacun, nécessite de recréer des liens et de rassurer parfois sa légitimité.

Ainsi, au-delà de l'exigence d'amélioration continue que nous devons avoir en la matière, il est nécessaire de prendre en compte et de reconnaître les conséquences de ces évolutions profondes de notre système sur les conditions de travail de chacun.

\*\*\*\*\*

## **3. C'est le sens de votre démarche, de concilier sur le terrain ces transformations nécessaires de notre système et une réflexion opérationnelle sur la qualité de vie au travail**

Depuis 2016, les 189 établissements que vous représentez, réunis en petits groupes thématiques, se sont en effet engagés ensemble dans l'expérimentation lancée collectivement par l'ANACT, la HAS et la DGOS en lien avec les ARACT et les ARS.

Vous avez travaillé sur des thématiques variées comme l'hospitalisation à domicile, les filières gérontologiques, le virage ambulatoire, avec une exigence commune, en poursuivant l'objectif de concilier amélioration des conditions de travail, de la qualité et de la sécurité des soins et la performance globale des établissements de santé.

Votre expérience montre que ces objectifs ne sont pas irréconciliables et même qu'ils s'alimentent.

Elle témoigne, s'il en était besoin, des ressources des professionnels et de l'intelligence collective au sein des équipes.

Elle pointe, en regard, l'enjeu capital pour le management des établissements, management administratif, soignant et médical, de favoriser la participation de tous les professionnels aux projets de l'institution. Nous sommes aujourd'hui réunis pour partager les enseignements que les professionnels, établissements, fédérations, organisations syndicales ont retirés de cette démarche apprenante.

Je veux d'ores et déjà vous remercier pour cela et vous dire que je souhaite, sur tous les sujets, m'inscrire dans cette dynamique qui consiste à créer les conditions pour que les acteurs, sur le terrain, puissent identifier les marges de progrès et les solutions adaptées à leurs situations, qu'ils puissent imaginer et expérimenter les organisations futures.

\*\*\*\*\*

#### **4. Je souhaite vous dire également que l'engagement pour l'amélioration de la qualité de vie au travail que j'avais en tant que Présidente de la Haute Autorité de Santé est intact et que déjà, j'ai pu agir comme Ministre**

J'ai demandé que la gouvernance de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail soit revue afin d'être renforcée.

Ce sujet est bien trop important pour être traité dans l'émotion. Il nécessite neutralité, transparence et expertise.

**Un observatoire** porté par l'ANACT, la HAS et la DGOS et réunissant les experts du domaine sera donc mis en place.

Il s'articulera avec les observatoires existants. Il réunira les données scientifiques et celles issues des expérimentations afin de les diffuser et d'engager de nouvelles pistes de réflexion et d'amélioration.

J'ai proposé à Edouard Couty, que je remercie d'avoir accepté, de poursuivre, parallèlement aux **travaux du comité des pairs** qu'il anime de manière très efficace et très utile depuis le début de cette année, **la mission de préfiguration d'un dispositif de médiation**.

Cette mission de médiation montera en charge progressivement, à l'échelle nationale et régionale, en lien notamment avec les ARS et les professionnels concernés.

Avec ma collègue Frédérique Vidal, en charge de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, nous avons missionné le docteur Donata MARRA pour formuler des préconisations afin d'apporter des réponses aux facteurs de risques qu'elle aura identifié tout au long du cursus de **formation des étudiants en santé**.

Présidente du bureau d'interface professeurs étudiants de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, elle a une expérience reconnue pour aider les étudiants à apprendre et à mieux s'orienter.

Plus généralement, je souhaite m'inscrire dans la continuité des orientations prises dans la stratégie nationale « Prendre soin de ceux qui nous soignent » pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé.

Ainsi, les **orientations nationales de la formation continue de la fonction publique hospitalière** pour 2018 et du **développement professionnel continu** ont été revues pour permettre aux professionnels d'intégrer la question de la qualité de vie au travail dans leur pratique professionnelle, mais également de renforcer leur sécurité et d'améliorer la prévention et la détection des risques psycho-sociaux.

Nos efforts seront en outre approfondis pour soutenir toutes initiatives supplémentaires de nature à **renforcer la médecine du travail**, spécialité particulièrement nécessaire à l'accompagnement de nos réflexions mais dont on connaît les difficultés d'attractivité qu'elle rencontre. Ces efforts porteront également sur la **création et le renforcement des équipes pluridisciplinaires de santé au travail** associant, outre des médecins du travail, des psychologues du travail, ou encore des infirmiers spécialisés.

De même, je soutiens les actions engagées en partenariat avec leurs représentants pour améliorer la santé des professionnels de santé. Je le rappelle, 80% des médecins n'ont pas de médecin traitant, 68% déclaraient dans la récente enquête de l'ordre national des médecins avoir renoncé à s'arrêter alors que leur état de santé le nécessitait. Le sujet concerne les médecins certes, mais également tous les professionnels de santé.

Mesdames, messieurs,

Dès cette semaine débiteront les travaux de la Stratégie Nationale de Santé.

Cette stratégie éclairera l'action que nous devons mener ensemble pour les années à venir. Ce sera le fil conducteur de mon action, au bénéfice de la santé de tous les Français.

Elle mettra en exergue les inflexions que nous devons donner à notre système de santé, notamment pour remettre la prévention au coeur de nos préoccupations mais également pour garantir un accès à des soins pertinents et de qualité dans tous les territoires.

Dans cette stratégie, j'ai souhaité que puisse être prise en compte cette dimension importante du développement professionnel et de la qualité de vie au travail.

Car, comme vous l'avez montré dans votre démarche, et comme vous le rapporterez aujourd'hui dans vos interventions, le sens que l'on trouve dans notre travail fonde notre engagement. Il est le moteur de notre action et le socle d'une médecine humaine et humaniste.

Je souhaite terminer en remerciant chaleureusement les nombreux orateurs qui se sont mobilisés pour cette journée.

J'adresse un remerciement particulier à Véronique Ghadi pour l'organisation de ce colloque et pour avoir porté la dynamique de la qualité de vie au travail durant toutes ces années à la Haute Autorité de Santé

## **II – Discours de la DGOS sur la stratégie nationale de santé**

Madame la membre du collège de la Haute Autorité de Santé, Chère Anne-Marie (Armantéras-de Saxcé), Monsieur le directeur général de l'Anact, Agence Nationale pour  
l'Amélioration des Conditions de travail (Richard Abadie),

Mesdames, messieurs,

Je souhaite remercier tous les orateurs et participants à cette journée de partage d'expériences. Je tiens également à vous remercier pour votre implication dans tous ces projets portés avec la HAS, l'ANACT, les ARS et les ARACT.

Ils illustrent, s'il en était besoin, que l'on peut améliorer conjointement la performance de notre système de santé, la qualité de vie au travail et la qualité des soins aux patients.

Vous apportez, une fois de plus, la preuve que le changement et l'amélioration sont porteurs de sens, et ce d'autant plus lorsqu'ils reposent sur des projets co construits et alimentés par l'intelligence collective et l'expertise de chacun.

**1. Je veux vous le dire, j'ai la conviction que c'est de cette manière qu'il convient de travailler et d'aborder les défis qui s'imposent à notre système de santé.**

Je retiens en effet de vos démarches, quelques principes qui doivent guider l'action publique. Le tout premier, je viens de le dire, c'est d'avoir fait le pari de l'intelligence collective et de la capacité de chacun, quelle que soit sa position, de contribuer, de se remettre en question, de se projeter dans des organisations différentes. Les professionnels sont les meilleurs experts de leur métier, ils sont en mesure d'identifier et de se mobiliser sur des marges de progrès, si tant est que leur est offert un cadre de travail adapté.

Offrir ce cadre, être en support, c'est la façon dont madame la ministre nous a demandé de travailler dans la conduite de notre action : plus de solution unique décrétée à Paris, moins de réglementation et davantage de capacité donnée aux acteurs pour agir localement. Cela est vrai pour les sujets hospitaliers, cela l'est également pour les sujets d'organisation territoriale.

A l'aune de votre expérience, peuvent être identifiés plusieurs facteurs de succès.

Par exemple, au sein de thématiques d'actions générales, tel que le virage ambulatoire ou le développement de l'hospitalisation à domicile, vous vous êtes mobilisés sur des sujets cadrés, avec des périmètres et des objectifs précis et partagés, dans un horizon temporel défini. La clarté est un facteur de succès de vos projets, de nos projets. Elle crée la confiance nécessaire à l'action. Egalement, vous avez aussi su entrer dans une dynamique de changement dans laquelle le droit à l'erreur est possible : cela s'appelle innover, expérimenter. Se souvenir qu'il faut procéder par itération, qu'une solution n'est jamais unique et doit être ajustée localement, permet de lever certains freins au changement.

Enfin, je relève la dimension de partage de bonnes pratiques, d'échanges entre pairs, permise par ce travail en groupe dans vos « clusters ». Cela crée de l'émulation, cela valorise l'action des uns et alimente la créativité des autres.

Finalement, et j'aurais pu commencer par ce point, il y a ce sujet très important du management des établissements et du rôle des instances de représentation des personnels. Les différentes lignes hiérarchiques, soignantes, médicales, administratives, ont supporté

et promu l'engagement des équipes sur des sujets importants pour l'institution. Le dialogue avec les différentes commissions a permis d'équilibrer la nature des objectifs, de les rendre acceptables.

L'alignement des acteurs rend les choses plus fluides ou tout simplement possibles, il permet au management intermédiaire et de proximité de jouer pleinement son rôle, celui d'emmener les équipes, celui de leur donner l'opportunité, l'envie et les moyens de s'engager.

Tout ceci ne constitue pas des enseignements à proprement parler, mais plutôt un rappel nécessaire :

· que la qualité de vie au travail dépend aussi, et peut être avant tout, de la capacité de chacun de pouvoir agir sur son travail, de pouvoir le remettre dans un environnement et une perspective plus globale, de pouvoir contribuer à une entreprise collective ;

· et que donner cette capacité aux professionnels ne coule pas de source mais nécessite une démarche structurée, telle que la vôtre, un management impliqué et des instances de représentation pleinement investies de leur rôle.

## **2. Ce rappel est important car il est structurant pour le chemin que nous avons à parcourir pour faire évoluer notre système de santé**

Le secteur de la santé, et l'hôpital en particulier, n'est pas immobile. Il a connu des réformes successives et structurantes. Je ne vais pas refaire l'histoire, ni développer celle que nous vivons actuellement, la mise en oeuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire.

Je veux simplement signaler que nous sommes engagés dans un mouvement global dont chacun doit percevoir le sens : nous devons adapter notre système à une importante évolution des besoins de santé, ceux liés à la complexité des pathologies chroniques et du vieillissement, et que cette adaptation doit non seulement tenir compte des contraintes, financières et humaines, mais également s'appuyer sur des opportunités nouvelles, notamment liées aux technologies de l'information qui nous permettent d'innover dans nos organisations.

Il en va de notre capacité à améliorer la qualité et la pertinence des soins, de notre impératif de réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès à des soins de qualité et de notre devoir de davantage nous investir dans la prévention.

Ces perspectives seront au coeur de la Stratégie Nationale de Santé dont la ministre annoncera demain le lancement des travaux et dont elle rappellera l'ambition première, celle de donner du sens à notre action et de la visibilité sur nos priorités.

Mesdames, messieurs,

Je sais qu'en tant que professionnels de santé vous partagez cette ambition générale d'amélioration de notre système de santé.

J'ai également conscience des implications pour les professionnels et je mesure la responsabilité que nous avons vis-à-vis d'eux.

Madame la ministre l'a rappelé dans son allocution d'ouverture de votre journée d'échange. Les changements, même nécessaires, bien compris et souhaités, transforment l'organisation du travail et le quotidien des professionnels. Ils font évoluer les rôles et les interactions de chacun, ils bouleversent les repères.

Mais ils doivent aussi être source d'opportunités, au premier rang desquelles celle d'améliorer les conditions de travail, de mieux maîtriser les risques psychosociaux inhérents à nos métiers et de pouvoir toujours mieux accomplir notre mission première, celle à l'origine de notre engagement, d'offrir aux personnes des prises en charge de qualité, adaptées à leurs besoins. C'est le sens de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail à laquelle la ministre a rappelé son attachement et pour laquelle elle a défini de premières priorités de mise en oeuvre, sur lesquelles mes services sont pleinement investis.

