

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 23 juin 2014 à Poitiers
par Fouad IHSANI

Quelles consultations de prévention pour un réseau de soignants de soignant?

Une recherche qualitative par Focus Group

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres :

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Monsieur le docteur Eric BEN-BRIK

Madame le docteur Marion ALBOUY-LLATY

Monsieur le docteur Xavier LEMERCIER

Directeur de thèse :

Monsieur le docteur François BIRAULT



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie
radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie -virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et
médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio
vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et
reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie
réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique
et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie
pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François,
hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie
médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies
métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie
moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques,
informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et
cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et
réadaptation
(de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-
Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie
moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie
pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie
(**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie
moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-
vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-
gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIENT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie
clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine
nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et
traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses,
maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et
mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie
médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

***Maîtres de Conférences des Universités-
Praticiens Hospitaliers***

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

« Ne pas prendre en compte les aspects propres à chacun d'entre nous et qui vont déterminer notre comportement vis-à-vis de la maladie comme du traitement, c'est se condamner à ne soigner correctement que les sujets qui n'ont pas vraiment besoin de notre aide. »

Pr Jean-Louis SAN MARCO

*« L'une des manières de ne pas résoudre un problème
est de faire comme s'il n'existait pas »*

Paul WATZLAWICK

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Roblot,

Vous me faites le grand honneur de porter de l'intérêt à ce travail et de présider ce jury de thèse. J'espère que la qualité de mon travail ne trahira pas la confiance que vous m'avez accordée. Veuillez croire en l'expression de ma gratitude la plus sincère et de mon respect le plus profond.

A Monsieur le Professeur Senon,

J'ai été touché par l'intérêt immédiat que vous avez porté à mon sujet et j'espère que mon étude sera à la hauteur de cet intérêt. Veuillez trouver ici en retour l'expression de mon respect le plus profond pour l'honneur que vous me faites.

A Monsieur le Docteur Ben-Brik,

Je suis sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de juger mon étude, et vous en suis grandement reconnaissant. J'espère sincèrement que vous serez satisfait de mon travail.

A Madame le docteur Albouy-Llaty

Je suis ravi d'avoir eu la chance de vous avoir dans mon jury compte-tenu de mon sujet de thèse et vous en remercie grandement.

A Monsieur le docteur Lemerrier

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'évaluer mon travail, particulièrement du fait de vos connaissances en recherche qualitative en médecine générale.

A Monsieur le Docteur Birault,

Vous m'avez fait l'honneur de me confier un travail très intéressant et d'actualité. Un grand merci François pour m'avoir accompagné pendant cette thèse. Tu es toujours investi pour faire avancer la médecine générale, c'était un plaisir de t'avoir comme directeur.

Aux soignants ayant participé aux focus group

Je vous remercie profondément d'avoir accepté de prendre du temps pour vous déplacer et apporter vos connaissances aux entretiens collectifs.

A tous mes maitres de stages hospitaliers et généralistes

Je vous remercie pour toutes les connaissances et le savoir-faire que j'ai pu acquérir grâce à vous.

A ma mère

Tu as toujours été là pour moi. Aucun mot ne suffira jamais à décrire tout ce que je te dois. Tu as fait de moi l'homme que je suis actuellement.

A mon père

Tu me dis souvent que je veux devenir médecin depuis l'âge de 4 ans bien que je ne m'en souviens pas et je te suspecte d'avoir réalisé une « inception » de cette idée en moi depuis l'enfance. Mais si c'est le cas alors je ne te remercierai jamais assez pour ça.

A mes petits frères Karim, Reda et Rafik

Vous avez su être là au bon moment et m'avez beaucoup soutenu durant mes travaux. En vous voyant évoluer dans vos vies, je suis rempli de fierté en tant que frère aîné.

A ma petite sœur Mylène

Dépêche-toi de finir tes études de comptabilité, je vais avoir grandement besoin de toi « soeurette ». Merci en tout cas d'avoir toujours été un modèle de sourire. Reste comme ça.

A Jalel mon seul neveu (pour l'instant en tout cas)

J'espère que tu seras pris dans le centre de formation de l'OL. Je veux des places VIP.

A mes amis d'enfances : Nico, Fred, Lolo, Mat, Hervé

Je vous connais depuis tellement longtemps maintenant. Merci pour tous ces moments passés ensemble et pour toutes ces soirées JDR depuis le collège. Ça restera des souvenirs impérissables. Fred je n'ai toujours pas de Tardis mais j'essaierai d'avoir un nœud papillon ou un fez au moins.

Au « Cosby-Show » et à « Doctor Who »

Ce ne sont que des séries télévisées, mais aussi loin que je me souviens, j'ai toujours associé l'idée d'être médecin en pensant aux personnages principaux de ces séries.

A Mat et Let

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble. Spéciale dédicace à Mat l'homme le plus zen que je connaisse.

A Jinrel et Zlasko (alias antho et fabian)

Je serais bientôt de retour dans l'équipe PVP les gars et je vais avoir grand besoin de « healers » alors entraînez-vous bien. J'ai hâte de vous entendre à nouveau râler à chaque défaite (et je ne serais pas en reste de ce côté-là). Carine et Aurore sont vraiment des anges pour vous « supporter » dans ces soirées-là.

A Aline

En plus d'être la meilleure secrétaire du monde, tu as su être là pour moi dans les bons comme dans les pires moments. Ta patience et ton optimisme sont légendaires à mes yeux. Je ne te remercierai jamais assez pour toute l'aide que tu m'as apportée aussi bien au niveau personnel que professionnel.

A Florian

Merci pour ton aide dans la maîtrise de Nvivo© et tes précieux conseils sur l'encodage de données.

A tous mes anciens amis de la faculté de médecine Lyon-Nord (belette, Matras, p'tit hom, tony, dard, steph, sisi, pierrot, Ben...)

Je vous ai perdu de vue mais vous restez bien présents dans mes souvenirs. Les années d'externat n'ont été que du bonheur avec vous tous.

ABREVIATIONS

AAPML: Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

ALAT : Alanine Amino-Transférase

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament (anciennement AFSSAPS)

ARS: Agence Régionale de santé

ASRA: Aide aux Soignants de Rhône-Alpes

ASSPC: Association Santé des Soignants en Poitou-Charentes

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CAP: Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CARMF: Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDT : Carbohydre Deficient Transferrin

CES: Centre d'Examen de Santé

DTP: Diphtérie Tétanos Poliomyélite

EBM: Evidence-Based-Medicine

FMC: Formation Médicale Continue

HAS: haute Autorité de Santé

HCSP: Haut Conseil pour la Santé Publique

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS: Institut national de Veille Sanitaire

MGEN: Mutuelle Générale de l'Education Nationale

MSA : Mutualité Sociale Agricole

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAIMM : Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

SEP : Syndrome d'Epuisement Professionnel

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocation Familiale

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (organisation mondiale des médecins généralistes)

Table des matières

Liste des enseignants.....	2
Remerciements.....	6
Abréviations.....	8
Table des matières.....	9
Table des illustrations.....	13
I- INTRODUCTION.....	14
I-1 LA PREVENTION.....	17
I-1-1 Histoire de l'antiquité à nos jours.....	17
I-1-2 Concepts actuels.....	20
I-2 LA SANTE ET LA PREVENTION DES SOIGNANTS.....	23
I-2-1 Définition de la santé.....	23
I-2-2 Les soignants et leurs attitudes préventives : tour d'horizon de données épidémiologiques.....	23
I-2-3 Etat de stress et modèle biopsychosocial.....	31
I-2-4 Le burnout chez les soignants.....	32
I-2-4-1 Concept et définition.....	33
I-2-4-2 Les trois dimensions du burnout.....	35
I-2-4-3 Les étiologies du burnout chez les soignants.....	36
I-2-4-4 Les facteurs de risques et protecteurs.....	37
I-2-4-5 Un problème de santé publique majeur.....	39
I-2-4-6 Les conséquences.....	40
❖ Sur le soignant.....	40
❖ Sur la qualité des soins délivrés aux patients.....	43
I-3 L'ASSPC : UN RESEAU SPECIFIQUE POUR LES SOIGNANTS.....	43
I-4 HYPOTHESES, QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIF.....	44
II- MATERIEL, METHODES ET PARTICIPANTS.....	46
II-1 LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE ET WEBOGRAPHIQUE.....	47
II-1-1 Bases bibliographiques.....	47
II-1-2 Recherche des mots clés.....	48
II-2 TYPE D'ETUDE.....	48
II-2-1 Une démarche qualitative.....	48
II-2-2 Le focus group.....	50
II-3 PREPARATION DE L'ENQUETE.....	51
II-3-1 Population et échantillon.....	51
II-3-2 Le plan d'entretien.....	52
II-4 LA REALISATION DES ENTRETIENS.....	53
II-4-1 Les paramètres de la situation d'entretien.....	54
II-4-1-1 L'environnement.....	54
II-4-1-2 Le cadre contractuel de la communication.....	54
II-4-1-3 Les modes d'interventions.....	54
II-4-2 Enregistrement des données recueillies.....	56
II-4-3 Analyse de contenu.....	56
II-4-3-1 Retranscription des données.....	56
II-4-3-2 Codage des données.....	57
II-4-3-3 Unités de codage.....	59
III- RESULTATS.....	60
III-1 DONNEES GENERALES ET QUANTITATIVES.....	61

III-1-1 Caractéristiques générales d'organisation des focus group	61
III-1-1-1 Données temporelles	61
III-1-1-2 Le lieu	61
III-1-2 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	61
III-1-2-1 Age et sexe des participants	61
III-1-2-2 Les différentes professions de santé exercées par les participants	62
III-1-2-3 Modes d'exercice des enquêtes	62
III-1-2-4 Départements d'exercice des différents soignants	63
III-2 PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE PAR ANALYSE THEMATIQUE	63
III-2-1 Conception générale et spécifique de la santé et de la prévention	63
III-2-1-1 Entre représentation et savoir conceptuel de la prévention	63
III-2-1-1-1 Une médecine anticipatrice et pluri-phasique	63
III-2-1-1-2 Importance de la prévention primaire	64
III-2-1-1-3 Une prévention rigoureuse	64
III-2-1-2 Représentations spécifiques dans une population singulière	65
III-2-1-2-1 Des connaissances théoriques	65
III-2-1-2-2 Perceptions particulières de leur propre santé	65
III-2-1-2-3 Représentation dépréciative de leur prévention	67
III-2-1-3 <u>Résumé global des représentations de la santé et de la prévention</u>	68
III-2-2 Eléments ressentis et attendus favorisant l'adhésion à un système de prévention	68
III-2-2-1 Garanties d'anonymat et maintien du secret professionnel	68
III-2-2-1-1 Une nécessité	68
III-2-2-1-2 Des propositions variées	70
III-2-2-1-3 Les limites du maintien d'anonymat	71
III-2-2-1-4 <i>En résumé</i>	72
III-2-2-2 Les intérêts	72
III-2-2-2-1 Eléments motivationnels ressentis ou attendus	72
III-2-2-2-2 Les incitations économiques	73
III-2-2-2-3 <i>En résumé</i>	76
III-2-2-3 Une structure spécifique, fonctionnelle et adaptée	76
III-2-2-3-1 Simplification organisationnelle attendue	76
III-2-2-3-2 Le lieu de consultation	77
III-2-2-3-3 Modalités de prise en charge attendues	80
III-2-2-3-4 Les ressources	83
III-2-2-3-5 <i>En résumé</i>	84
III-2-2-4 La relation entre soignant et soignant-patient	84
III-2-2-4-1 Désir de prise en charge comme un patient lambda	84
III-2-2-4-2 Qualités spécifiques attendues chez un soignant de soignant	85
III-2-2-4-3 La relation de confiance	87
III-2-2-4-4 <i>En résumé</i>	88
III-2-2-5 <u>Résumé global des attentes pour une adhésion à la prévention</u>	89
III-2-3 Eléments freinateurs attendus ou ressentis	89
III-2-3-1 Les difficultés d'une relation entre soignants iso-corporatistes	89
III-2-3-1-1 La difficulté de passage à l'état de patient	89
III-2-3-1-2 La crainte du jugement	89
III-2-3-1-3 Difficultés caractérisées par un rapport de force	90
III-2-3-1-4 Difficultés spécifiques entre libéraux et hospitaliers	90
III-2-3-1-5 <i>En résumé</i>	91
III-2-3-2 Auto-prescription et automédication	92
III-2-3-3 Difficultés intergénérationnelles dans l'approche de la prévention	92
III-2-3-4 Isolement corporatiste	92
III-2-3-5 Le temps	93
III-2-3-6 La crainte d'une découverte de maladie	93
III-2-3-7 Des contraintes supplémentaires	94

III-2-3-8	Présence de troubles psychiatriques.....	95
III-2-3-9	Un excès d'examens complémentaires.....	95
III-2-3-10	<u>Résumé global des freins évoqués à la réalisation d'une prévention</u>	96
III-2-4	Ciblage et recrutement des soignants dans le réseau	96
III-2-4-1	Déterminer la population cible.....	96
III-2-4-2	Informar pour recruter : diverses techniques évoquées.....	97
III-2-4-3	La problématique de l'accès aux réfractaires.....	98
III-2-4-3-1	<i>Une population ciblée différente de la population rencontrée</i>	98
III-2-4-3-2	<i>Méthodes de recrutement proposées et limites évoquées</i>	99
III-2-4-4	<u>Résumé global du recrutement dans le réseau</u>	101
III-2-5	La consultation : caractéristiques et contenu médical attendu	102
III-2-5-1	Eléments d'organisation attendus ou souhaités.....	102
III-2-5-1-1	<i>Une consultation réalisée en deux fois</i>	102
III-2-5-1-2	<i>Questionnaire de santé pré-consultation</i>	102
III-2-5-1-3	<i>Guideline d'examens complémentaires réalisables avant consultation</i>	103
III-2-5-1-4	<i>En résumé</i>	105
III-2-5-2	Déroulement bi-phasique de la consultation médicale.....	106
III-2-5-2-1	<i>Une première phase somatique</i>	106
III-2-5-2-2	<i>Seconde phase axée sur la sphère psychique : une priorité</i>	106
III-2-5-2-3	<i>En résumé</i>	107
III-2-5-3	Anamnèse : quelques caractéristiques évoquées.....	108
III-2-5-4	Examens de la sphère somatique.....	109
III-2-5-4-1	<i>Examen clinique</i>	109
III-2-5-4-2	<i>Examen gynécologique</i>	110
III-2-5-4-3	<i>Examen de l'audition</i>	110
III-2-5-4-4	<i>Examens complémentaires : attentes, ressentis et débats</i>	111
III-2-5-4-5	<i>En résumé</i>	113
III-2-5-5	Prévention des troubles psychiatriques.....	114
III-2-5-5-1	<i>Le risque suicidaire chez le soignant : nécessaire mais complexe</i>	114
III-2-5-5-2	<i>Toxicomanies: entre nécessité et modalités de dépistage</i>	115
III-2-5-5-3	<i>Dépistage des autres troubles psychiatriques</i>	117
III-2-5-5-4	<i>En résumé</i>	118
III-2-5-6	Prévention du burnout.....	119
III-2-5-6-1	<i>Savoir conceptuel et représentation du burnout</i>	119
III-2-5-6-2	<i>L'importance du dépistage</i>	121
III-2-5-6-3	<i>L'interrogatoire</i>	121
III-2-5-6-4	<i>La consultation de prévention : un facteur protecteur</i>	122
III-2-5-6-5	<i>Tests spécifiques : éléments attendus et débats</i>	123
III-2-5-6-6	<i>En résumé</i>	125
III-2-5-7	Facteurs temporels ressentis.....	126
III-2-5-7-1	<i>Durée de la consultation</i>	126
III-2-5-7-2	<i>Un bilan de prévention chronophage</i>	126
III-2-5-7-3	<i>Fréquence des consultations</i>	127
III-2-5-7-4	<i>En résumé</i>	128
III-2-5-8	<u>Tableau résumant les éléments attendus d'un bilan de prévention</u>	129
IV-	DISCUSSION	130
IV-1	<u>DE LA METHODOLOGIE</u>	131
IV-1-1	Choix d'une étude qualitative.....	131
IV-1-2	Recueil des données.....	132
IV-1-2-1	Les raisons du choix des focus group.....	132
IV-1-2-2	Les limites de cette technique.....	134
IV-1-3	Echantillonnage.....	135
IV-1-4	Le recrutement.....	136
IV-1-5	La réalisation des entretiens.....	137

IV-1-5-1 L'environnement.....	137
IV-1-5-1-1 Le lieu.....	137
IV-1-5-1-2 Le temps.....	138
IV-1-5-2 L'enregistrement des données.....	139
IV-1-5-3 L'enquêteur.....	139
IV-1-5-4 Le guide d'entretien.....	141
IV-1-5-5 Analyse des données.....	143
IV-2 DISCUSSION DES RESULTATS.....	144
IV-2-1 La nécessité d'une prévention chez les soignants.....	144
IV-2-1-1 La récurrence d'une perception altérée de leur santé.....	144
IV-2-1-2 Discordances entre ressenti de leur prévention et données épidémiologiques ?.....	146
IV-2-1-3 Troubles psychiatriques et burnout: principales justifications d'un protocole de prévention.....	147
IV-2-1-4 Les soignants réfractaires à la prévention.....	149
IV-2-2 Le système de prévention dans l'ASSPC : entre palladiums attendus et appréhensions ressenties.....	153
IV-2-2-1 Un système qui doit s'adapter aux spécificités et attentes des soignants.....	153
IV-2-2-1-1 Bénéfices personnels et financiers ; craintes économiques.....	153
IV-2-2-1-2 Anonymat et indépendance : des facteurs décisifs ?.....	156
IV-2-2-1-3 L'accès au réseau.....	158
IV-2-2-2 Une prise en charge adaptée à une population singulière.....	161
IV-2-2-2-1 Les attentes globales du soignant.....	161
IV-2-2-2-2 Les attentes du soignant-patient.....	163
IV-2-2-3 La relation entre soignants : des attentes et des difficultés.....	165
IV-2-2-3-1 Obstacles intrinsèques entre soignants du même ordre.....	165
IV-2-2-3-2 Qualités spécifiques recherchées chez le soignant de soignant.....	167
IV-2-3 La consultation de prévention : contenu et déroulement.....	169
IV-2-3-1 Multi-variance des modalités organisationnelles de la consultation.....	169
IV-2-3-2 Dépistage de la sphère psychique et psycho-professionnelle : priorité de la prévention.....	172
IV-2-3-2-1 Le burnout au cœur des préoccupations.....	172
IV-2-3-2-2 Dépistages des addictions et du risque suicidaire : une priorité aussi élevée que leurs difficultés de réalisation.....	175
IV-2-3-3 La prévention de la sphère somatique : suivi des recommandations actuelles, débats et éléments surprenants.....	178
IV-3 LE SYSTEME DE PREVENTION DANS L'ASSPC.....	181
IV-3-1 Un espoir tangible mais une réalité encore non palpable.....	181
IV-3-2 Le protocole de prévention dans le réseau : hypothèse de modèle et perspectives.....	182
V- CONCLUSION.....	186
VI- BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE.....	190
VII- ANNEXES.....	202
VII-1 ANNEXE N°1 : MAIL DE PRIMO CONTACT AVEC LES PARTICIPANTS.....	203
VII-2 ANNEXE N°2 : LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	204
VII-3 ANNEXE N°3 : CONSTRUCTION DES ARBRES D'ANALYSE THEMATIQUE.....	205
VII-4 ANNEXE N°4 : ENTRETIENS (FORMAT CD en 3^{ème} de couverture)	
RESUME.....	211
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	212

Table des illustrations

Figure n°1 : vision chronologique de l'activité médicale

Figure n°2 : les 4 domaines de la prévention exprimés dans le cadre de la relation médecin malade

Figure n°3 : Age et sexe des soignants

Figure n°4 : Répartition des différentes professions de santé des participants

Figure n°5 : Répartition selon le mode d'exercice

Figure n°6 : Comparatif modélisé des références encodées concernant la sphère psychique et la sphère somatique

Tableau 1 : Les différents types de relances possibles

Tableau 2 : Répartition des participants en fonction du département d'origine

Tableau 3 : Résumé des éléments attendus dans le bilan de prévention

I-INTRODUCTION

Le passage à un accès aux soins, permis et garanti par l'établissement du système de la Sécurité sociale en France, a ouvert la voie, au cours d'une période d'expansion économique à une généralisation de la promotion de la santé au sein de la population générale incluant l'ensemble des milieux socio-professionnels ainsi que les institutions politiques et étatiques. Cela a entraîné le développement et le renforcement de la politique de santé publique dont les premiers balbutiements remontaient déjà à plusieurs décennies. Selon le glossaire européen, la santé publique se définit comme : « la science et l'art de la prévention des maladies, du prolongement de la vie et de la promotion de la santé d'un groupe ou d'une population grâce aux efforts organisés de la société » ; définition actuelle qui trouve d'ailleurs ses origines dans un article de la revue *Science* publiée en 1920 et rédigé par Charles-Edward Winslow : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.* »

L'une des idées rémanentes qui ressort de ces définitions est le concept de prévention à divers niveaux (individuel, collectif, social, environnemental). La prévention est actuellement une activité reconnue efficace dans la pratique clinique [1], les patients attendant de leur médecin un ensemble de mesures efficaces de prévention. La consultation de prévention est au centre d'avis divers et variés qui reflètent les différentes représentations que l'on peut en avoir selon que l'on est soignant, patient ou dépositaire d'une institution en rapport plus ou moins direct avec le concept de santé publique. Cependant il s'agit d'un droit acquis depuis les ordonnances de 1945, créant le système de protection sociale français : « *chaque assuré peut bénéficier tous les cinq ans d'un bilan de santé* ». Il est communément admis que faire un « *check-up* » régulier relève de la même démarche qu'une révision périodique de sa voiture. Ce serait une nécessité pour protéger le capital santé dont chacun est responsable. Les Anglo-saxons parlent de « *patients MOTs* », ce terme s'inspirant des contrôles techniques annuels obligatoires pour les voitures, « *les MOTs* ». Effectuer un bilan de santé, chez un sujet apparemment sans pathologie, serait ainsi une manière efficace de prévenir les maladies.

A l'heure actuelle, de multiples systèmes de consultations de prévention avec des organismes et structures adaptées existent en France, visant à promouvoir le bien-être médical de la population générale. Ces objectifs de prévention font d'ailleurs l'objet d'une validation

scientifique certaine, notamment sous la houlette de l'HAS. Mais ce principe semble encore loin d'être appliqué ou du moins efficace au sein de la population des soignants si l'on se réfère aux données épidémiologiques retrouvées à travers les nombreuses études, notamment en termes de prévalence élevée du burnout, des conduites addictives et des taux de suicide retrouvés chez les professionnels de santé en France et à l'étranger [3 ; 14 ; 15 ; 16 ; 19 ; 20].

Un vieil adage chinois dit : « *la marchande d'éventail s'évente avec les mains* » et les divers travaux réalisés durant la dernière décennie semblent aller dans le sens de ce proverbe. La thèse réalisée par R. Suty en 2006 montre notamment que plus de la moitié des médecins généralistes estime avoir une meilleure hygiène de vie mais que plus de 40 % d'entre eux pensent avoir une qualité de prise en charge en termes de prévention nettement inférieure à celle de leur patient [18]. Ces résultats semblent converger avec ceux des travaux réalisés par L. Gillard et D. Gay-Portalier montrant que près des deux tiers des médecins interrogés estiment avoir une prise en charge moins bonne que celle de leurs patients et ne suivraient pas les recommandations actuelles en terme de prévention [21, 22] ; cela notamment à cause de l'absence d'interlocuteurs. Cette constatation s'explique aussi en partie par le fait que le médecin a rarement un comportement rationnel face à sa propre santé. Confronté à un environnement très exigeant, le médecin estime en première réponse, lorsqu'on lui pose la question sur son état de santé, qu'il est un patient comme les autres. En fait il est trop souvent au contraire son principal ennemi, qui par indifférence et mépris de sa souffrance ou par crainte de la vérité, nie la fatigue et les symptômes annonciateurs de la maladie. Comme le citait le Dr Leriche dans le rapport de la commission nationale permanente de l'ordre des médecins : « *l'enthousiasme insouciant du jeune médecin qui débute, mal prévoyant au plan matériel, fait progressivement place au souci constant d'une activité professionnellement soutenue et parfois excessive. Et trop souvent, quelques années plus tard, cette imprévoyance matérielle jamais remise en cause conduit au drame personnel et familial.* » [70]. Notre système de santé pourrait s'apparenter à un système d'horlogerie : il paraît simple vu de l'extérieur mais son bon fonctionnement nécessite que chacune des multiples pièces composant cette horloge fonctionne et parmi ces pièces se trouvent celles représentant les professionnels de santé. On pourrait résumer les choses d'une manière imagée : « *si le soignant contracte une virose ORL, c'est la population qui tousse* ». Ceci est d'autant plus vrai que notre démographie médicale vieillissante est concomitante d'une ère de progrès médicaux qui se manifeste par une demande de soins et d'efficacité toujours plus importante. Et pour assurer l'homéostasie et l'intégrité de ce gigantesque corps vivant qu'est la société, il nous faut assurer le bon fonctionnement des défenses immunitaires de cette société. Afin de garantir une efficacité sanitaire maximale, il nous faut assurer le bien-être des soignants par un modèle de prévention adapté aux besoins des professionnels de santé médicaux et

paramédicaux parfois perdus dans un maelstrom de responsabilités et tâches au point qu'ils en oublient quelques fois qu'ils peuvent rapidement basculer dans le statut de patient.

Nous nous sommes donc demandé quelles sortes de consultations de prévention pour les soignants pourraient être envisagées, que ce soit sur le contenu, le système logistique et organisationnel mais aussi par rapport aux attentes et craintes des soignants eux-mêmes. Le but recherché est ainsi de promouvoir une prise en charge préventive de qualité et répondant aux besoins spécifiques de la population médicale et paramédicale de la région Poitou-Charentes. Avant d'aborder les résultats de notre étude, nous explorerons le champ des connaissances actuelles, sur le plan épidémiologique et conceptuel, en matière de prévention globale et de santé en France et dans une certaine mesure à l'étranger d'un point de vue spécifique aux soignants. A la suite de cette exploration nous détaillerons les réflexions que nous avons menées et la démarche méthodologique adoptée en fonction de nos hypothèses de recherches, de la question soulevée et de notre objectif.

I-1 LA PREVENTION

I-1-1 Histoire de l'antiquité à nos jours

❖ Un concept très ancien

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la notion de prévention dans le domaine de la santé était une idée déjà présente dans les civilisations antiques. Les Etrusques semblaient par exemple accorder une importance toute particulière à leur hygiène personnelle, leur alimentation, l'activité physique et l'entretien de leur cadre de vie [4]. Cette représentation d'une médecine préventive visant à assurer la longévité et le bien-être individuel ainsi que la pérennité d'un peuple est d'ailleurs retrouvé à travers de nombreuses cultures anciennes. Dans la Chine antique sous la dynastie Han, on retrouve la rédaction du « *yǎngxìng yánmìng lù* » qui signifie « *l'entretien du principe vital pour prolonger la vie* » à travers la nutrition et l'hygiène de vie en particulier [5]. Dans l'Inde antique, un médecin du nom de Charaka s'est illustré à travers un traité de médecine Ayurvédique : le « *Charaka Samhita* » [6] dans lequel on retrouve cet énoncé : « *Un médecin qui ne parvient pas à pénétrer dans le corps d'un patient au moyen de la lampe de la connaissance et de la compréhension ne pourra jamais traiter les Maladies. Il devrait d'abord étudier tous les facteurs, y compris l'environnement, qui ont une influence sur la maladie du patient et ensuite seulement prescrire un traitement. Il est plus important de prévenir l'apparition de la maladie que de chercher un remède.* »

Le principe d'une médecine de prévention se poursuit à travers l'antiquité grecque, romaine et égyptienne avec notamment la rédaction des « *Summaria Alexandrinorum* », une sélection

d'ouvrage résumant les travaux d'Hippocrate et de Galien. Ces œuvres ont été constituées au 6^{ème} siècle de notre ère et enseignées dans les écoles de médecine d'Alexandrie. Parmi ces ouvrages, on retrouve en particulier le 7^{ème} traité de Galien intitulé « *Comment garder la santé* » et qui détaille l'hygiène et les habitudes de vie nécessaires pour garantir une santé bénéfique le plus longtemps possible. Ce principe de prévention se poursuit durant la période du moyen-âge au travers des travaux des médecins arabo-musulmans tels que Avicenne et Rhazi et dont l'ensemble des enseignements seront compilés par Roger Bacon au 13^{ème} siècle dans un ouvrage intitulé « *Epistola de Retardatione Accidentum Senectutis* » décrivant les régimes alimentaires et balnéaires assurant le maintien d'une bonne santé.

❖ Le 18^{ème} siècle : un tournant

Ce siècle est marqué par la naissance de l'épidémiologie, sous l'impulsion d'économistes comme Gottfried Achenwall, ce qui sonne le départ des premières politiques de santé publique avec notamment en France la mise en place, par Félix Vicq D'azur, du premier réseau de surveillance de l'état sanitaire de la population. Ceci conduit à un changement dans le principe de la prévention qui commence alors à se généraliser progressivement à travers les institutions publiques et politiques alors que jusque-là ce domaine restait l'apanage des médecins exclusivement. Le déclin de la plupart des maladies mortelles observées au 18^{ème} et 19^{ème} siècle est davantage dû à l'amélioration des politiques de santé publique en matière de prévention primaire (hygiène, nutrition, surveillance de l'apparition de foyers épidémiques infectieux) qu'aux techniques curatives de médecine [7].

❖ Du 18^{ème} au 20^{ème} siècle

Il convient de noter que les évolutions historiques sont en général plus complexes que les caractérisations à l'emporte-pièce que l'on est parfois tenté d'avancer. La prévention est une pratique très ancienne remontant aux civilisations de l'antiquité, au moins au niveau individuel des élites et dirigeants et ne commence donc pas au 18^{ème} siècle. Mais ce siècle va pourtant marquer un tournant décisif dans l'approche et la représentation de la santé et de la prévention. L'envol de la courbe de l'espérance de vie au milieu du siècle des Lumières entraîne l'apparition d'une nouvelle idéologie : *la pensée néo-hippocratique* [9]. Dans le cadre de cette idéologie, le maintien ne suffit plus. Il convient d'améliorer la santé de chacun mais aussi le contrôle des maladies infectieuses, les équipements sanitaires et les comportements de la population. Un raisonnement anticipateur se développe parmi les médecins des Lumières afin d'exercer un contrôle plus optimal du cours de la maladie. C'est la vision du risque qui change tout en se quantifiant [8]. Les médecins des Lumières veulent modifier le comportement des populations et notamment s'attaquer aux pratiques populaires qu'ils considèrent le plus souvent

comme issues de superstitions. Ce désir de prévenir mais aussi de dépister les maladies à un stade de plus en plus précoce conduit ainsi à l'émergence d'une nouvelle vision sociétale de la prévention ; phénomène qui sera le précurseur des politiques de santé publique du 20^{ème} siècle en matière de prévention.

❖ Au 20^{ème} siècle

Sous l'impulsion des hygiénistes du 19^{ème} siècle en particulier Villermé, Chadwick et Virchow, les politiques de santé publique prennent donc leur essor et l'on voit apparaître au début du 20^{ème} siècle les campagnes de vaccinations dans un contexte de promotion de la santé [9]. La tuberculose, responsable de ravages importants, en particulier durant la première guerre mondiale devient le fer de lance de la politique de santé publique et le premier réseau de santé publique français est alors créé en 1925 et centralisé à Paris [9]. L'entre-deux guerres voit alors les campagnes de prévention de la tuberculose, des maladies sexuellement transmissibles et de l'alcoolisme se multiplier. La création de colonies de vacances pour les enfants voit aussi le jour et est destinée à promouvoir l'investissement en faveur de la santé individuelle à partir du respect des règles de vie, de nutrition, d'hygiène et d'exercices physiques. Mais c'est surtout grâce à l'instauration de la sécurité sociale après la seconde guerre mondiale [10] et à la généralisation de l'accès aux soins qu'elle permet en France, que nous observons un véritable mouvement de médicalisation de la société et une promotion de la prévention. Des campagnes contre le tabagisme et l'alcoolisme mais aussi des conseils alimentaires et diverses méthodes de prévention apparaissent progressivement au fil des décennies. Il convient toutefois de préciser que selon un rapport de l'IGAS de 2003, les politiques de santé ont fortement privilégié malgré tout la médecine curative au détriment de la médecine préventive, entre la fin des années 40 et le début des années 90, du fait de la forte augmentation de l'espérance de vie des Français grâce aux progrès médicaux et scientifiques. En réalité, ce sont surtout les difficultés de régulation financière du système de soins, l'irruption du SIDA au début des années 80 et la survenue de graves crises sanitaires qui ont entraîné des interrogations sur notre système essentiellement curatif jusque-là. Ces interrogations ont d'ailleurs trouvé un écho en France, avec la création d'agences de sécurité sanitaire (AFSSAPS, Institut National de Veille Sanitaire, agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments), l'AFSSAPS étant devenue aujourd'hui l'ANSM [17].

❖ La prévention en France aujourd'hui

Suite à un rééquilibrage en faveur de la prévention, notre système de soins est maintenant axé à la fois sur des politiques préventives et curatives. La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé a entraîné la création de l'INPES, devenu le

principal acteur du système de prévention en France. Il s'agit d'un organisme de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement. Outre L'INPES, d'autres organismes publics ou parapublics jouent également un rôle en matière de prévention comme le HCSP et l'INVS ; leurs recommandations pour une amélioration de l'efficacité de la prévention ayant encore été accentuées depuis 2008 et le projet de loi HPST [124]. On notera aussi la participation des associations de patients à la prévention mais avec des objectifs très précis et axés sur une pathologie ciblée (exemple de l'association française des diabétiques).

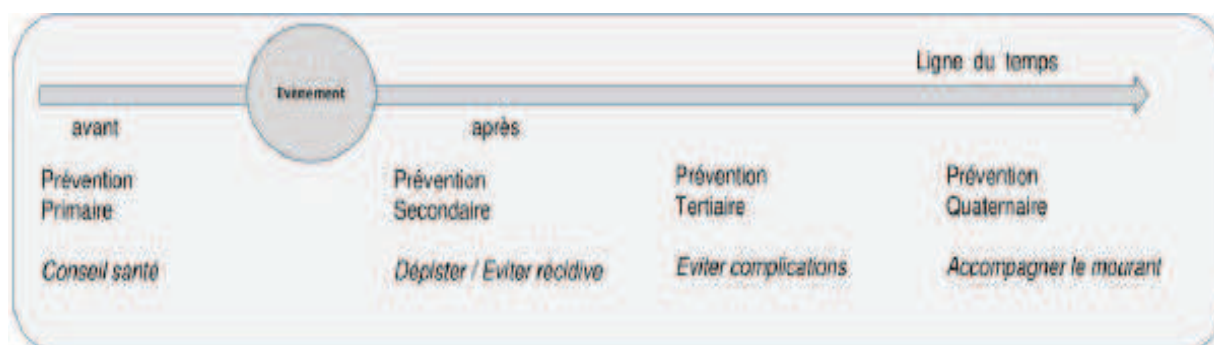
I-1-2 Concepts actuels

❖ Définitions et modèles actuels

Selon l'article L1417-1 du code de la santé publique, la prévention a pour but « *d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie.* »

Lors de la conférence internationale pour la promotion de la santé à Ottawa en 1986, l'OMS a proposé la distinction aujourd'hui classique entre prévention primaire, secondaire et tertiaire. Longtemps la prévention clinique a été exprimée de façon chronologique, comme une vue du médecin sur une tâche à réaliser avant la survenue d'un événement. Ainsi la prévention primaire correspondait aux conseils de santé avant l'apparition d'une maladie, la prévention secondaire au dépistage et aux actions en vue d'éviter des récurrences, la prévention tertiaire aux mesures en vue d'éviter les complications, et la prévention quaternaire aux soins palliatifs [11, 13] (figure n°1)

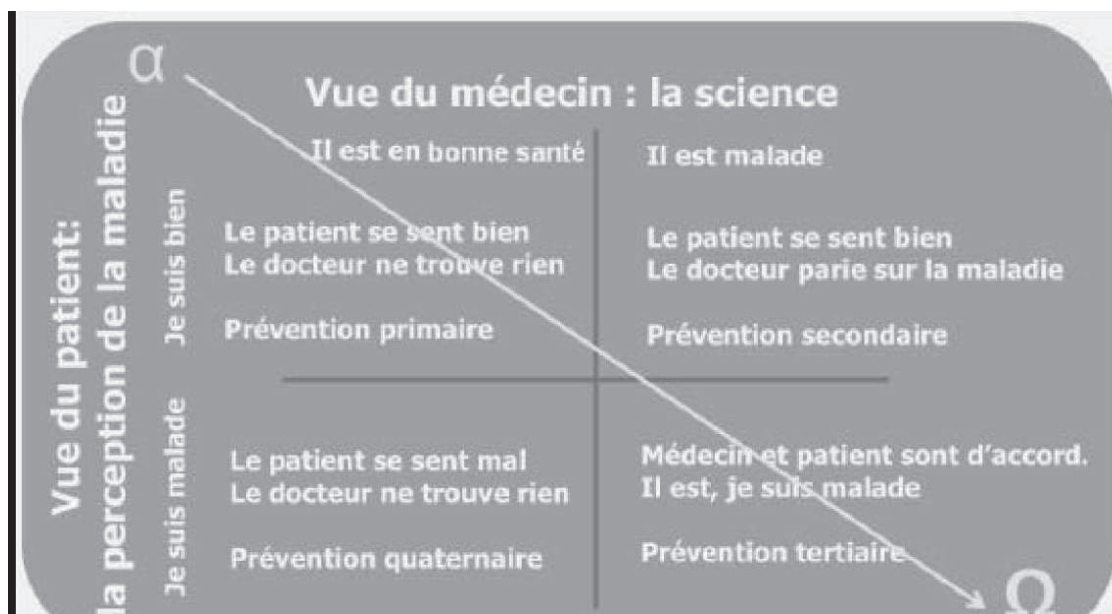
Figure n°1 : Vision chronologique de l'activité médicale [11]



En 1985, Jamouille envisage la prévention selon une vision relationnelle et a ainsi redéfini le concept de prévention en particulier la prévention quaternaire [11, 12]. Il a réalisé un schéma où se croisent deux axes : un axe horizontal représentant la vision du médecin et un axe vertical

représentant la vision du patient, répartissant ainsi la prévention en quatre champs. La prévention n'est alors plus exprimée sur une ligne temporelle mais dans les cadres objectifs et subjectifs de la relation médecin- malade, le temps devenant ainsi une composante à part entière ou cinquième dimension d'une relation soignant-soigné (figure n°2) :

Figure n°2 : les 4 domaines de la prévention exprimés dans le cadre de la relation médecin-malade



Les définitions des trois premières formes de prévention ont été publiées en 1995 par le Comité de classification de la WONCA dans le Glossaire de médecine générale et de famille [13] et celles-ci tout en étant abordées de manière relationnelle et non plus temporelle restent cependant relativement conforme aux idées et représentations de la prévention chez les soignants. La définition de la prévention quaternaire proposée par Jamouille, qui elle en revanche diffère considérablement de la représentation usuelle qu'en ont les médecins, a été acceptée par le Comité de classification de la WONCA en 1995 et rajoutée au Glossaire en 2003[11-12].

❖ Prévention primaire

Il s'agit de l'action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence. La prévention primaire peut s'articuler autour de trois axes :

♦ Elle a tout d'abord pour objectif de diminuer l'incidence d'une maladie. L'exemple type étant la vaccination.

♦ Elle se propose aussi d'améliorer les comportements des personnes que ce soit par la prévention des habitudes alimentaires à risque comme la consommation d'alcool ou bien encore la prévention du tabagisme.

♦ Enfin un troisième axe peut être identifié : celui de la prévention environnementale, qui a pour but une culture de bien-être par l'exercice physique ou encore de promouvoir une ambiance de travail moins stressante (phénomène d'actualité avec l'augmentation de la prévalence du burnout comme nous le verrons plus bas).

❖ Prévention secondaire

Elle vise à réduire la gravité d'une maladie que l'on ne peut pas empêcher d'apparaître ainsi que sa durée d'évolution en la diagnostiquant le plus tôt possible. Ce type de prévention se développe par le biais du dépistage clinique et à l'aide d'examens complémentaires. C'est notamment le cas des dépistages de masse organisés pour les cancers du sein à l'aide des mammographies ou des cancers du côlon à l'aide de la recherche de sang dans les selles.

❖ Prévention tertiaire

Il s'agit de l'ensemble des mesures visant à réduire l'effet et la prévalence d'une maladie chronique d'un patient ou d'une population en tentant d'éviter ou de minimiser les handicaps fonctionnels, les récurrences et les complications de la maladie chronique en question. On peut citer par exemple la prévention des complications du diabète ou la rééducation à la suite d'un infarctus du myocarde.

❖ Prévention quaternaire

La définition diffère selon qu'on la considère d'un point de vue chronologique ou bien d'un point de vue s'inscrivant dans la relation médecin-malade telle qu'énoncée par Jamouille [11, 12]. Dans le cadre d'une vision de temporalité linéaire, il s'agit de la prévention associée aux soins palliatifs ; on peut citer la prévention des douleurs par des analgésiques de palier 3 chez les patients atteints d'un cancer en phase terminale ou bien la prévention des escarres chez les patients alités et dans l'impossibilité de se déplacer du fait de leur pathologie.

Si l'on considère cette prévention du second point de vue, elle correspond à l'action menée pour identifier un patient à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Ce nouveau concept de prévention quaternaire correspond en fait à l'adage *Primum, non nocere* : c'est la prévention de la médecine non nécessaire, ou la prévention de la surmédicalisation. Dans ce cadre, la prévention liée aux soins palliatifs devient une partie d'un ensemble plus large.

I-2 LA SANTE ET LA PREVENTION DES SOIGNANTS

Dans cette section, nous allons aborder plusieurs points importants retrouvés dans la littérature scientifique et médicale concernant les soignants et qui ont conduit à l'élaboration de nos hypothèses de recherches ; ces hypothèses ayant constitué le socle de notre question de recherche et de notre objectif. Ces points concernent le comportement des soignants en termes d'habitudes et hygiène de vie dans le cadre de la prévention primaire ainsi que l'évaluation de la prévention secondaire, le tout sous un angle épidémiologique et quantitatif. Nous aborderons aussi la question plus spécifique du syndrome d'épuisement professionnel, et des pathologies psychiatriques fréquemment retrouvées chez les soignants ; ces pathologies ayant un impact jugé important selon les études de ces 15 dernières années.

I-2-1 Définition de la santé

La définition de la santé idéale est donnée dans le préambule de la Constitution de l'OMS: « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » Elle n'a pas été modifiée depuis 1946. Pour beaucoup cette définition se présente comme un objectif jugé utopique. D'autres définitions ont depuis été apportées et notamment celle de René Dubos : « *Etat physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* ». La santé est une notion relative qui n'est pas toujours le corollaire de l'absence de maladie ; raison pour laquelle on peut être amené à considérer comme étant en bonne santé des personnes porteuses d'affections diverses lorsque leur maladie est correctement contrôlée par un traitement. A contrario certaines pathologies peuvent rester longtemps asymptomatiques et ainsi des personnes considérées comme étant en bonne santé peuvent ne pas l'être en réalité, ce qui constitue l'une des principales motivations de la prévention secondaire et notamment des dépistages de masses organisés.

I-2-2 Les soignants et leurs attitudes préventives : tour d'horizon de données épidémiologiques

La plupart des études concernant le comportement des soignants face aux facteurs de risques et aux critères intervenant dans la prévention primaire tels que la consommation de tabac, d'alcool, de substances psychoactives sont pour la plupart d'origine anglo-saxonne. Quelques études françaises se sont cependant penchées sur l'attitude préventive des soignants, en particulier des médecins, du fait de leur plus grand rôle dans la prévention de leurs patients. C'est notamment le cas des baromètres santé médecins généralistes et pharmaciens d'officine 2003 de l'INPES [51], de divers ouvrages de thèses réalisés au cours de la dernière décennie et

quelques études uni-variées et multi-variées menées dans des groupes de soignants considérés à risque de dépendance et d'addictions. Ces études nous permettent à la fois d'avoir un aperçu du comportement des soignants face à leur prévention et de pouvoir le comparer aux données épidémiologiques relevées dans la population générale. Les résultats qui suivent n'ont pas pour vocation d'être exhaustifs mais de dresser une vision à peu près cohérente et généralisable en ce qui concerne le comportement des professionnels de santé au niveau international, national et régional en termes de prévention primaire, de modes de vie et comportements face aux règles hygiéno-diététiques, ainsi que de prévention secondaire avec notamment les dépistages.

❖ Tabagisme

Le tabagisme est l'une des premières cibles de prévention de mortalité dans les plans nationaux de santé publique.

♦ En France la population médicale semble moins fumer que la population générale puisque l'on retrouvait une proportion de fumeurs au sein de la population générale consommant plus de dix cigarettes par jour d'environ 40 à 54% selon les études [22] mais cependant une étude INSEE de 2006 a montré que la population de fumeurs quotidiens en France était de 25% [58] (mais il n'était pas précisé dans l'étude INSEE quel était le nombre de cigarettes fumées par jour). Selon le baromètre INPES de 2003 publié en 2005 [51], il semblerait que la prévalence de médecins fumeurs soit passée de 38% environ à 28% (la prévalence dans la population générale étant d'environ 32% toujours selon ce baromètre). La prévalence du tabagisme chez les médecins diminuerait de 1% environ par an [53]. Une enquête nationale réalisée chez les anesthésistes-réanimateurs retrouvait un tabagisme régulier de 22,7% [57].

♦ Chez les pharmaciens d'officine, on retrouve en moyenne un tabagisme d'environ 23% [51].

♦ Dans ses travaux de thèse menés sur la santé des dentistes [54], F. Camelot fait l'état des comportements et habitudes de vie des dentistes et retrouve notamment au travers de ses enquêtes que 13,7% des praticiens dentaires (dans le Bas-Rhin et la Lorraine) ont une consommation tabagique régulière.

♦ Concernant l'évaluation du tabagisme chez les infirmières une vaste étude a été réalisée dans onze pays d'Europe dont la France et publiée en 2006 [59]. Les résultats émis montrent que 32% des infirmières interrogées fument de manière occasionnelle et 24 % de manière régulière.

Tous ces chiffres montrent que le tabagisme est présent de manière non négligeable dans la population des soignants tout en restant globalement inférieur au taux de fumeurs retrouvé dans la population générale (tout type de consommation confondue en termes de fréquences et de nombres de cigarettes fumées quotidiennement).

❖ Consommation d'alcool

Tout comme le tabagisme, la consommation d'alcool constitue un des grands programmes de santé publique et de prévention en France.

♦ Au niveau international, en particulier aux Etats-Unis, une étude sur la consommation d'alcool a été menée en 2004 sur des professionnels de santé comprenant des dentistes, infirmiers, médecins et pharmaciens en se basant sur les critères suivants (quantité consommée mensuellement, les épisodes de consommation massive et l'influence sociale et/ou de la profession de santé sur les dysfonctions liées à l'alcool). Les résultats ont montré que la population des soignants consommait moins d'alcool que la population générale mais avec cependant une prévalence plus élevée chez les dentistes [102] ; étude qui a cependant été revue l'année suivante par les mêmes auteurs et dans laquelle la preuve, que les dentistes consommaient plus d'alcool que les autres soignants, était moins évidente. Une vaste étude concernant la consommation d'alcool chez les dentistes britanniques réalisée en 2004 montrait une consommation d'alcool assez importante puisque 90,4% des praticiens dentaires avouaient avoir une consommation régulière d'alcool hebdomadaire dont 12% environ qui auraient une consommation supérieure à 24 verres par semaine [88].

♦ Au niveau national, la consommation régulière (trois consommations par semaine) chez les médecins était de 30,3% et cette consommation semble être restée stable pendant plusieurs années. Une modulation à apporter est le fait que cette consommation tend à augmenter avec l'âge [51]. Chez les anesthésistes près de 30 % des interrogés reconnaissent avoir une consommation régulière importante avec la sensation d'être « abuseurs » ou dépendants [57]. Une étude descriptive menée sur plus de 1000 praticiens de bloc opératoire (chirurgiens, gynécologue-obstétriciens et anesthésistes) concernant l'évaluation du niveau de stress et du burnout retrouve des comportements addictifs vis à vis de l'alcool avec une consommation régulière de l'ordre de 41% (la notion de régularité étant cependant assez vague) et une consommation quotidienne de 7% ; l'étude montrant par ailleurs que ces consommations sont en partie liées aux conditions de travail et au phénomène de burnout [56].

♦ Au niveau régional ou départemental, on retrouve une consommation régulière d'alcool de l'ordre de 9% chez les dentistes en France au niveau des régions de Lorraine et Bas-

Rhin [54]. Une étude menée dans la Vienne en 2004 par Nouger retrouvait 35% de buveurs occasionnels parmi les médecins généralistes et 27% ayant une consommation régulière [55]. L. Gillard retrouvait dans sa thèse environ 6% de médecins considérés comme buveurs excessifs [22], l'étude portant sur les médecins d'île de France; ce chiffre est à peu près similaire à celui de la population générale puisque selon l'étude *DETA* (*Diminuer Entourage Trop Alcool*) citée dans la thèse de L. Gillard, la consommation excessive d'alcool concernerait 7% la population. Selon l'étude de l'INPES, la consommation quotidienne d'alcool chez les 15-75 ans dans la population générale était de l'ordre de 11% en 2010 [161] mais il convient de noter que la consommation quotidienne d'alcool chez les français a été divisée par deux en 20 ans.

Si l'on se base donc sur les chiffres avancés dans ces multiples études au cours de la dernière décennie, il semblerait que la consommation d'alcool soit relativement élevée parmi les professionnels de santé ; les chiffres étant variables selon les régions et les catégories de soignants mais restant cependant égaux ou légèrement inférieurs à ceux de la population générale.

❖ Le surpoids

Selon les données de l'INSEE le surpoids, chez les personnes âgées de 30 à 44 ans, touche actuellement en France 35% des hommes et 21% des femmes dans la population générale et augmente avec l'âge pour atteindre les 50% dans la tranche d'âge 45-59ans ; les causes les plus fréquemment avancées étant le manque d'activité physique, la malnutrition et les inégalités sociales [58].

♦ Au niveau régional, dans l'étude de L. Gillard [22] réalisée en Ile de France, on retrouve 20% de surcharge pondérale chez les médecins âgés de 30 à 44 ans et 37% chez les médecins âgés de 45 à 60 ans. On observe donc un accroissement de la surcharge pondérale avec l'âge similaire à celui de la population générale mais avec des valeurs restant inférieures et témoignant à priori d'un meilleur équilibre nutritionnel mais aussi d'une activité physique et sportive plus importante que dans la population générale. Ces données se retrouvent dans les recherches bibliographiques effectuées par R. Suty dans sa thèse où il montre que la proportion de médecins pratiquant une activité sportive variait de 50 à 70% selon la région et l'étude menée [18]. L'étude de L. Gillard montrait que les médecins étaient deux fois plus sportifs que la population générale (indépendamment du sexe) allant ainsi dans le sens des études réalisées par R. Suty.

♦ Au niveau départemental dans la Vienne, l'étude de Nouger en 2004 retrouvait 31% de médecins en surpoids soit une valeur très proche de celle de la population générale bien qu'il

faillie pondérer ces résultats par rapport à la proportion des moyennes d'âge des médecins interrogés [55].

♦ Concernant les dentistes, on retrouve une proportion en surcharge pondérale d'environ 29% en France ; valeur qui semble expliquée en partie du fait de la présence de burnout comme étant un des facteurs possibles de la prise de poids chez les dentistes par un mécanisme de surnutrition réalisé dans le but de réduire l'état de stress chronique [54]. Cependant des études menées en Europe (notamment en Allemagne) montrent que 40 % des dentistes manquent d'activité physique et 69% reconnaissent avoir de mauvaises habitudes alimentaires [87]. En Angleterre, les résultats d'une étude retrouvent à partir de la mesure de l'indice de masse corporelle les chiffres suivants : 4% des dentistes sont maigres, 61% dans la moyenne, 27,6% en surpoids et 7,4% sont obèses [88]. Ces chiffres montrent un surpoids relativement important chez les dentistes sans pour autant dépasser celui de la population générale.

♦ Chez les infirmiers, l'étude NEXT (Nurse's Early Exit) [59] retrouve un taux de soignants atteint de surcharge pondérale de 24,6% et un taux d'obésité d'environ 7% ; 24,4% des interrogés auraient une activité physique hebdomadaire.

Le taux d'obésité semble variable d'une catégorie de soignants à une autre ; le surpoids étant plus répandu chez les médecins et dentistes que chez les infirmières (notamment en France) mais restant quand même légèrement inférieurs au surpoids retrouvé dans la population générale. Il faut cependant noter que l'accroissement du surpoids avec l'âge semble suivre une courbe parallèle à celle de la population générale.

❖ Vaccination

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique confie à l'Institut de veille sanitaire (InVS) la mission de suivre et d'évaluer la couverture vaccinale pour tous les vaccins inclus dans le calendrier vaccinal et dans tous les groupes cibles. Il est cependant difficile d'évaluer la couverture vaccinale de la population adulte du fait de l'absence de système de recueil de données de routine mais l'InVS avance cependant que les objectifs (95% pour toutes les vaccinations et 75% pour la grippe) sont loin d'être atteints, en particulier chez les adultes [62] où le dernier résultat recensé par l'InVS montrait une couverture pour le DTP de l'ordre de 62%.

♦ Une étude nationale a été réalisée en 2009 auprès des soignants des hôpitaux et cliniques françaises afin de mesurer le taux de couverture vaccinale [63]. Les soignants inclus étaient des médecins, des infirmiers et des sages-femmes. La couverture vaccinale était de

91,4% pour l'hépatite B, 95,5% pour le DTP et 94,9% pour le BCG. Seul 11,4% des soignants inclus dans l'étude étaient aussi vaccinés contre la coqueluche et 25,6% contre la grippe.

♦ Au niveau régional, une étude descriptive transversale multicentrique réalisée auprès de 400 médecins (généralistes, dermatologues, pédiatres, rhumatologues et gynécologues) en Lorraine a montré récemment que près de 82% des médecins présentaient une couverture vaccinale pour l'hépatite B et le DTP [61].

Il semblerait donc que la couverture vaccinale soit plus performante au sein de la population soignante que dans la population générale.

❖ Consommation de psychotropes et substances psychoactives

Selon L'INSEE en 2003, dans la population générale française, 14,2% des individus consommaient des psychotropes occasionnellement (au moins 1 fois dans l'année), 6,1 % régulièrement (10 fois dans le mois) et 3,8% quotidiennement [64]. Cependant les dernières données de l'ANSM (basée sur les études statistiques effectuées en 2013) montrent notamment que près d'un tiers des français consommeraient des psychotropes (toutes substances et fréquence de consommation confondues [17].

♦ Dans son travail de thèse, R.Suty a montré que 1 médecin sur 10 avait consommé des antidépresseurs au cours de l'année écoulée et un médecin généraliste sur quatre avoue avoir consommé des somnifères toujours au cours de l'année écoulée [18]. Les raisons principalement rapportées semblaient être un état de stress chronique et des difficultés professionnelles.

♦ Au niveau national, une étude réalisée dans les services d'anesthésie-réanimation et les services des urgences en 2005 ont montré que 10,6% des soignants (infirmiers et médecins) présentaient une consommation régulière de traitements psychotropes et substances psychoactives [57]. L'étude de Mions et Al en 2009 mettait déjà en avant l'importante prévalence de la consommation de psychotropes : 11 % qui consomment des anxiolytiques, 10 % des antidépresseurs et 9 % des somnifères. 37% des sujets sont traités pour anxiété, 20% pour dépression et 8% pour stress post-traumatique [60].

L'étude réalisée sur le niveau de stress des praticiens de bloc opératoire a montré que 3,3% d'entre eux consomment tous les jours des psychotropes et 8,8% en consomment occasionnellement sans pour autant avoir avancé de fréquence particulière [56].

♦ Au niveau international, on retrouve des résultats allant dans le même sens chez les anesthésistes notamment aux Etats-Unis et en Allemagne avec la notion d'une dépendance aux

substances psychoactives supérieure aux autres spécialités médicales, les substances les plus fréquemment retrouvées étant les substances opioïdes, les benzodiazépines, les drogues illégales, le Propofol et la Kétamine [93]. Toujours aux Etats-Unis, une étude a été menée sur la consommation de psychotropes et drogues illicites chez les pharmaciens, infirmières, médecins et dentistes afin de comparer les résultats à la population générale mais aussi de comparer la consommation des pharmaciens par rapport aux autres professionnels de santé. Les résultats ont montré que la consommation de substances illicites psychoactives était à peu près similaire au sein des professionnels de santé et légèrement inférieure à celle de la population générale. En revanche la prévalence de la consommation de psychotropes par les pharmaciens était supérieure à celle des médecins et de la population générale [101]

♦ Selon le baromètre santé 2003 de l'INPES 26% des pharmaciens d'officine ont consommé des psychotropes dans l'année écoulée [51].

♦ Dans la population des dentistes, 7,5% des praticiens interrogés en région Lorraine et Bas-Rhin avaient une consommation de psychotropes et substances psychoactives [54]. Il n'y a pas de véritables études nationales sur la consommation de psychotropes chez les dentistes en France mais en revanche dans une étude sur les praticiens dentaires hollandais, réalisée dans la dernière décennie et citée dans la thèse de F Camelot, les chiffres montraient que 50% d'entre eux avaient recours à l'usage de somnifères de manière régulière [54].

La diversité des études épidémiologiques rend difficile une synthèse globale mais il se dégage cependant le fait que la consommation de psychotropes est importante chez les soignants, de manière variable selon la profession de santé ou la spécialité médicale exercée par le médecin et les chiffres tendent à montrer que le taux de consommation retrouvé est supérieur à celui de la population générale.

❖ Dépistage

L'évaluation statistique des différents dépistages réalisés chez les professionnels de santé est difficile à mettre en place du fait du manque d'études spécifiques aux différentes catégories de soignants.

♦ Cependant quelques données sont disponibles notamment grâce à l'INPES. Selon le baromètre santé 2003 [51], 48% des médecins généralistes interrogés et 46% des pharmaciens d'officine ont réalisé un dépistage de l'hépatite C (contre 18,3% dans la population générale), 70% des médecins ont réalisé un dépistage du VIH et 80% chez les pharmaciens (avec quelques

différences selon l'âge et le sexe pour les médecins) ; cette pratique serait 2 à 3 fois plus fréquente que dans la population générale selon le baromètre santé.

♦ Moins d'un médecin sur dix (7,4%) déclarait avoir fait une recherche de sang dans les selles au cours des deux dernières années, la proportion étant plus élevée chez les hommes d'âge supérieur à 51 ans. Il avait aussi été noté un taux de dépistage plus élevé chez ceux participant à un réseau de soin. La comparaison, avec la population générale, à partir d'un âge établi de 40 ans montrait tout de même un taux de dépistage plus élevé chez les médecins (8,2% contre 5% dans la population générale). Dans la thèse de Nouger en 2004, 7.1% des médecins ont réalisé une recherche de sang occulte dans les selles, avec un pourcentage doublé parmi les plus de 50 ans [55].

♦ Concernant la mammographie et le frottis cervical, l'étude INPES a montré que près de 65% environ des femmes ont réalisé une mammographie et 80,9% un frottis au cours des trois dernières années ; le taux de dépistage par mammographie augmentant avec l'âge des femmes médecins tandis que celui du frottis diminuait. La prévalence du dépistage par mammographie était supérieure à celui de la population féminine générale qui était de l'ordre de 50%. En revanche les prévalences de dépistage par frottis étaient à peu près similaires [51].

♦ Au niveau régional : en Ile de France, concernant le dépistage du diabète selon l'étude de L. Gillard, 88% des médecins femmes et 83% des médecins hommes interrogés ont réalisé une glycémie à jeun au cours des 3 années écoulées, 50% des médecins ont réalisé un bilan d'exploration des anomalies lipidiques et 32% entre un et trois ans auparavant [22]. Dans l'étude réalisée dans la Vienne en 2004, 87,8% des médecins interrogés auraient déjà réalisé une glycémie à jeun et parmi eux 86% l'auraient fait dans les trois dernières années [55]. Dans la thèse de R. Suty en Meurthe et Moselle, 83,5% des médecins qui n'avaient pas de motif médical de dosage régulier de leur glycémie ont effectué cet examen moins de cinq ans auparavant et 78.8% des médecins qui n'avaient pas non plus de motif médical de dosage régulier de leur cholestérol LDL, ont aussi effectué cet examen dans les cinq dernières années écoulées [18].

Globalement les soignants (en particulier les médecins) présentent un taux de réalisation des dépistages, concernant les éléments habituellement dosés dans la population globale, plutôt bon et globalement supérieur à la population générale.

♦ Le cas des hypercholestérolémies :

Dans la Vienne, l'étude menée en 2004 a montré que sur les 255 médecins interrogés 24,7% présentaient une dyslipidémie et 92,9% des interrogés avaient déjà réalisé une exploration lipidique dont 81% au cours des trois dernières années [55]. A titre de comparaison avec la

population générale, une étude nationale de la prévalence de l'hypercholestérolémie menée chez les 18-74 ans a été réalisée en 2006-2007 et a retrouvé une prévalence globale (chez les patients traités ou pas) de 29,7% [68].

❖ **auto-prescription**

Il nous a semblé essentiel de parler de l'auto-prescription car il s'agit d'un paramètre difficilement dissociable de la prévention chez le médecin en tout cas et éventuellement le pharmacien, qui même s'il n'a pas la possibilité de se prescrire de traitements ni examens, garde quand même un accès aisé à l'automédication. Dans une étude en 2006 en Ile de France, il a été retrouvé que les médecins, dans leur majorité n'avait pas de médecin référent et s'auto-prescrivaient leurs examens et traitements (plus de 50% des médecins interrogés) [22]. Il a aussi été retenu, que confronté à un évènement médical préoccupant, 23% des médecins n'avaient pas pris conseil auprès d'un collègue ni réalisé d'examens complémentaires. Dans la Vienne en 2004, seul 13,3% des médecins interrogés avaient un médecin traitant [55]. Dans un questionnaire publié par le « quotidien du médecin » en 2006 il a été retrouvé que l'automédication était la pratique majoritaire chez les médecins [69].

Les pratiques d'auto-prescription et automédication semblent donc être très répandues voir presque systématiques, en particulier chez les médecins généralistes au sein de la population médicale [71 ; 72].

I-2-3 Etat de stress et modèle biopsychosocial

Il est de plus en plus admis que les facteurs de stress influencent l'état de santé et la pathogénicité d'affections physiques par le biais d'un état affectif négatif de type anxiété ou dépression, bien que les mécanismes soient encore mal compris [88] ; ces pathologies ayant à leur tour des effets directs sur les modes comportementaux. Cependant la notion de stress n'apparaît pas dans la classification internationale des maladies ni même dans la classification américaine de type DSM (diagnostic and statistical manual). Cela est dû au fait qu'il n'est pas possible de proposer des critères diagnostiques applicables à tous les individus en raison de variables interpersonnelles importantes (rupture, divorce, perte d'un être cher, ressenti d'un évènement péjoratif différent selon la culture et les croyances religieuses). Mais il nous a semblé important d'aborder cette notion de stress malgré tout car celui-ci lorsqu'il est chronique, devient la base d'un processus menant au burnout; stress devenant d'ailleurs chronique lorsque les facteurs en cause durent trop longtemps, sont trop nombreux ou trop importants [162].

Les risques psychosociaux recouvrent notamment les risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des travailleurs (ici les soignants) tels que le stress et l'épuisement psychique conduisant au burnout [70].

Le modèle biopsychosocial est aussi un modèle complexe qui met en rapport le stress et le système immunitaire. Il semblerait en effet que les facteurs psychiques négatifs agissent sur le système immunitaire par un comportement psychologiquement défaillant (de type insomnie, troubles anxieux et dépression). Ces anomalies psychosomatiques génèrent des effets biologiques véhiculés par l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien et le système nerveux autonome sympathique ce qui a pour conséquences d'agir sur le système immunitaire en réduisant son efficacité notamment sur la voie humorale, via la sécrétion endocrine de cortisol et catécholamines. Cette altération immunitaire peut donc être amenée à induire une susceptibilité accrue à certaines pathologies et ainsi altérer encore plus un état de santé déjà précaire [97]. L'état de stress étant intimement lié au burnout en tant que facteur causal majeur, un lien (encore mal défini cependant) entre le burnout (une maladie professionnelle) et le risque biopsychosocial semble donc exister. Il faut noter aussi qu'une mauvaise prévention primaire (notamment en termes d'alimentation déséquilibrée, de réduction de l'activité physique ou de l'abus d'alcool) peut majorer les troubles immunitaires et l'altération de l'état de santé tels que nous venons de les décrire [97].

I-2-4 Le burnout chez les soignants

Il nous est apparu difficile d'aborder le thème de la santé des soignants sans évoquer le syndrome d'épuisement professionnel plus connu sous le terme anglo-saxon de burnout. Il s'agit d'un syndrome qui prend toute son importance actuellement dans le monde des soignants. Son retentissement épidémiologique constaté chez les soignants, en termes de prévalence et de conséquences, à travers divers travaux d'évaluation et thèses nous a amené à lui accorder une importance toute particulière en vue de nos hypothèses de recherche. En effet les soignants exercent des professions à relation d'aide et sont donc particulièrement touchés par le burnout [23]. Il représente une maladie professionnelle au sens générique du terme. Les professions «d'aide» ont en commun d'obliger les individus à soutenir en permanence une image idéalisée d'eux-mêmes dans des conditions de plus en plus difficiles. Les soignants sont supposés être guidés par une vocation qui tend à disparaître, laissant le public (qu'il s'agisse des patients ou des structures publiques) perplexe et les soignants « nus » sans protection et sans les bénéfices secondaires que cette vocation apportait en termes d'admiration, de reconnaissance voir de prestige par le passé. Le burnout fait désormais partie intégrante du paysage professionnel médical et paramédical français. Ce concept serait pour certains une des causes principales des difficultés que connaît le système de soins actuellement [23, 37].

I-2-4-1 Concepts et définition

Cette notion de burnout est introduite par le médecin psychiatre Herbert Freudenberger en 1974 aux Etats-Unis pour décrire un état mental particulier d'épuisement causé par des exigences excessives en matière d'énergie, de force et de ressources. Le modèle explicatif proposé par le psychiatre suggère que les exigences et les pressions professionnelles placées sur les ressources personnelles d'un individu finissent par le conduire à un important état de frustration et de fatigue mêlé à un stress permanent ou du moins récurrent. L'individu s'épuise alors en essayant de répondre à certaines obligations imposées, soit par son entourage soit par lui-même [24, 25]. Par ailleurs, le modèle avancé par Freudenberger en 1977 insiste sur le fait que les organismes professionnels semblent jouer un rôle prépondérant dans la création de situations susceptibles de mener à l'état de burnout telles que la réduction excessive de personnel qui, à long terme, mène à une baisse inévitable des ressources et de l'énergie du personnel toujours actif dans l'entreprise.

Tout ceci aboutit à la première définition officielle de ce syndrome en 1980 par le psychiatre américain [24] :

« Un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail ».

Il faut aussi noter que ce terme a été introduit à partir de la recherche sociologique et non de la volonté de définir un concept médical même si aujourd'hui le schéma de réflexion s'est élargi aux autres professions et que les tentatives de compréhension de la relation entre stress sévère et métiers du soin se multiplient [70].

Dans le modèle présenté par Edelwich et Brodsky en 1980 le phénomène du burnout comporte quatre stades chronologiques bien définis :

- * Au cours du premier stade, le travailleur fait l'expérience d'un fort enthousiasme se traduisant par une tendance à se rendre disponible de façon excessive et une propension à avoir des attentes irréalistes concernant son travail.

- * Dans le second stade, le travailleur développe un sens de stagnation dans lequel ses attentes professionnelles deviennent plus réalistes et un certain mécontentement personnel commence à faire surface (par exemple la sensation que le travail ne peut pas compenser ce qui fait défaut dans la vie de l'individu).

- * Au cours du troisième stade, un sentiment de frustration apparaît, les difficultés professionnelles semblent se multiplier, l'individu commence à remettre en question ses

compétences. Il s'ennuie, devient intolérant, est moins à l'écoute des autres et tente de faire face à ces situations en les fuyant et en évitant ses collègues.

* Finalement, le travailleur en arrive au stade de l'apathie, caractérisé par un état de dépression et d'indifférence en réponse aux frustrations répétitives auxquelles il se trouve confronté. Ce quatrième stade représente l'essence même du phénomène de burnout.

L'ensemble des informations citées ci-dessus sur le développement des processus du burnout ont fait l'objet de rapports de synthèse dans la littérature [54, 70, 90]. Le burnout est en fait une destruction psychologique personnelle du professionnel dont toute l'énergie se trouve consumée sous l'effet d'un travail contraignant. Ce processus prend au minimum un an et conduit à de multiples conséquences délétères sur le plan somatique, psychiatrique, addictif et professionnel [89, 91]. Il faut aussi noter que le burnout et le stress professionnel sont deux éléments distincts mais indissociables. Ils ne peuvent pas être différenciés par leurs symptômes mais par la source même de leur processus puisque le burnout est la conséquence voir l'évolution ultime d'un stress professionnel non régulé ou maîtrisé; ce burnout finissant par apparaître lorsque l'état de stress professionnel chronique devient tel que les capacités de l'organisme à s'adapter sont dépassées [91, 92].

Le rapport Truchot [26] qui s'appuie sur les travaux de Cherniss de 1980 [2] avait identifié 4 orientations de carrière chez les professionnels de l'aide et notamment les soignants en fonction du ratio de l'équilibre : vie professionnelle/vie privée d'une part et du ratio de l'équilibre : intérêts personnels/intérêts des autres d'autre part. Ces 4 personnalités sont l'artisan, l'activiste social, le carriériste et l'égoïste:

* L'artisan qui aime son travail et valorise son activité est un groupe relativement protégé du burnout.

* L'activiste social qui milite pour bouger les choses, critique d'une profession qu'il espère transformer, a un épuisement émotionnel moyennement élevé et un accomplissement personnel élevé

* Le carriériste, aussi dit arriviste, qui recherche la reconnaissance sociale, financière et le prestige souffre particulièrement du stress (risque de burnout élevé).

* L'égoïste « self due » qui privilégie sa vie privée à sa vie professionnelle présente un accomplissement personnel bas en général avec un risque de burnout potentiellement élevé.

Toujours selon les travaux de Cherniss [2], le modèle de crise de compétence explique comment les travailleurs jeunes et nouveaux dans un emploi donné, dont les attentes professionnelles sont importantes, risquent de faire l'expérience du burnout suite à un manque de reconnaissances et

de récompenses pour un travail bien fait. Cette absence de reconnaissance a pour conséquence une diminution de la confiance que l'individu a en lui et en ses capacités professionnelles [26].

I-2-4-2 Les trois dimensions du Burnout

Ce concept d'épuisement professionnel a donc été l'objet de nombreux travaux depuis son introduction par Freudenberg et sera précisé quelques années plus tard par Maslach. Il va d'une part, développer ce concept à l'ensemble des professions dont l'activité suppose une implication relationnelle et d'aide situant ainsi davantage les causes du burnout dans l'environnement de travail et va d'autre part, mettre en avant trois dimensions cliniques et psychiques [25, 91]. Ces trois composantes n'ont pas le même degré d'atteinte selon la personnalité des individus, leur profession et leur environnement professionnel, le Pr Truchot ayant d'ailleurs particulièrement travaillé sur cette question chez les soignants [26] :

* **L'épuisement émotionnel (EE)** : rôle central et initial dans le processus de burnout, renvoie au manque d'énergie, au sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées. Il est souvent lié au stress et à la dépression. L'individu atteint ressent frustrations et tensions. Il manque d'énergie, de motivation pour son travail qui devient une corvée. Un burnout caractérisé par un EE élevé fait généralement suite à un stade de défense au stress et à la fatigue par l'individu. Le soignant développe des changements de comportements et d'attitudes envers les patients. C'est la dimension du burnout montrant les relations les plus fortes avec des facteurs de stress comme la surcharge de travail [87, 89]. Les principaux symptômes psychiques développés lors de l'atteinte de cette composante sont essentiellement ceux d'une dépression.

* **La dépersonnalisation (DP)**: dimension interpersonnelle du burnout, renvoie au développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques, envers les personnes dont on s'occupe. Elle peut aboutir à des formes de rejet, de stigmatisation et de maltraitance. Le patient n'est plus une personne que l'on soigne mais est réduit aux soins qu'il nécessite. Ainsi, le patient devient objet, se doit d'être docile et n'a pas droit de parole. En fait, le soignant met une certaine distance entre lui et les autres pour se protéger des pressions et du stress dus à leurs attentes et à leurs demandes. Le soignant développe une perception négative de lui-même et de ses patients et lorsqu'il s'en rend compte, il génère un sentiment de culpabilité et une accentuation de son devoir de responsabilité envers ses patients mais de manière déformée avec une impossibilité à prendre du recul. Dès lors le soignant va aller au plus court dans ses diagnostics et traitements et il ne communiquera avec les patients que pour donner leurs informations de base.

* **La diminution de l'accomplissement personnel (AP)** : alors que l'EE fait référence à la relation patient-soignant, la diminution de l'AP concerne la dévalorisation de son travail et

de ses compétences, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. Les manifestations les plus fréquentes d'une diminution de l'AP sont ceux d'un état dépressif et une incapacité à faire face aux obligations professionnelles.

Il convient aussi de préciser que divers test d'évaluation existent pour mesurer le Burnout. Nous retrouvons notamment le MBI test (Maslach burnout inventory test) [25] ou le CBI test (copenhagen burnout inventory test) [96] pour citer les plus connus et qui sont tous deux validés en autotest. Le détail des divers tests possibles de mesure du burnout et de leur contenu n'est pas l'objectif de ce chapitre.

I-2-4-3 Les étiologies du burnout chez les soignants

Il existe de multiples causes pouvant être responsables du développement d'un burnout, certaines étant généralisables à l'ensemble de la population et d'autres plus spécifiques selon les catégories professionnelles. Toutes ces causes ont le même processus physiopathologique qui consiste en une génération croissante et perpétuelle d'un état de stress finissant par entraîner une saturation des capacités d'adaptation de l'organisme et l'avènement d'un burnout. La dimension principale atteinte est dépendante de l'étiologie du stress et de la personnalité du soignant [26, 92]. Nous nous sommes attachés à décrire ici les causes générales et spécifiques aux soignants [23, 26].

❖ Causes professionnelles

On retrouve essentiellement trois grands types de causes professionnelles pouvant conduire au burnout :

* Conditions de travail difficiles : un nombre de consultations quotidiennes trop élevé, consultations sans RDV, manque de sérénité dans l'exercice, judiciarisation croissante des accidents médicaux faisant peser une menace constante, isolement, insécurité, excès de gardes et astreintes en plus du travail quotidien (pour les libéraux et hospitaliers), difficultés de gestion des équipes pluri-professionnelles dans les services hospitaliers médicaux et chirurgicaux.

* Administration envahissante et harassante : encadrement administratif pesant, perte d'autonomie dans le choix des traitements ou soins, augmentation de la quantité de papiers et dossiers à remplir, augmentations des contraintes collectives.

* Un phénomène de dépréciation du métier de soignant : baisse du respect de la part des patients, non reconnaissance des confrères, exigence voir agressivité de certains patients.

❖ Causes médico-professionnelles

On retrouve ici essentiellement les difficultés à s'adapter aux nouvelles recommandations médicales et la difficulté de prise en charge de certains patients poly-pathologiques qualifiés de « lourd » sur le plan médical.

❖ Causes personnelles

On retrouve ici essentiellement des causes responsables d'une aliénation au travail avec un manque de temps pour sa vie privée et un temps de vie personnelle parasitée par du travail en plus que l'on ramènerait avec soi de son lieu d'exercice (hôpital ou structure libérale).

I-2-4-4 Les facteurs de risques et protecteurs

Il existe de multiples facteurs favorisant la survenue du burnout ou l'en empêchant au regard des nombreuses études réalisées au cours des quinze dernières années. Il faut noter qu'il est parfois difficile de faire la distinction entre facteurs de risque et/ou protecteurs et étiologies propres du burnout. Le Pr Truchot a établi trois grands types de variables génératrices de protection ou risque vis-à-vis du burnout [26]

❖ Variables organisationnelles

a) Le mode d'exercice et lieu

L'exercice salarié semble être considéré comme un facteur protecteur par rapport à l'exercice libéral [32]. Pour d'autres, les caractéristiques démographiques locales semblent avoir un effet sur le niveau de burnout des médecins installés avec des niveaux d'atteinte plus importants en zones rurales ou semi-rurales [45, 95]

b) Organisation professionnelle

Une surcharge de travail est un facteur retrouvé comme favorisant la survenue du burnout selon certaines études [20], bien que pour d'autres études il s'agisse plutôt d'une cause de burnout [23]. On retrouve aussi la notion d'une charge mentale de travail élevée comme facteur pourvoyeur de burnout par atteinte de la composante émotionnelle, élément notamment retrouvé dans l'étude de Brigden à propos des consultations à multiples motifs en médecine de premier recours chez le généraliste [35].

c) organisation de la sphère de vie personnelle

Plusieurs études avancent que le ratio entre vie professionnelle et vie personnelle est un facteur influençant grandement le risque de survenue ou pas de burnout. On retrouve notamment dans l'étude de Mme Romero-Vidal, la notion que plus le temps hebdomadaire passé avec sa famille ou dévolu à ses activités de loisirs est faible et plus le risque de survenue du burnout, semble important [98].

❖ Variables intra-individuelles

a) Age

Les résultats divergent selon les études. Selon certaines, il semblerait qu'un nombre réduit d'années d'exercice soit un facteur prédisposant au burnout [99] tandis que d'autres avancent au contraire que les jeunes soignants seraient mieux protégés du burnout [33].

b) Sexe

Il semblerait que les hommes soient plus exposés aux risques de burnout en particulier selon l'étude européenne de l'EGPRN (*European General Practice Research Network*) [100]. D'autres études semblent démontrer que les hommes sont plus atteints en ce qui concerne la dépersonnalisation [99] et les femmes en ce qui concerne l'épuisement émotionnel [3].

c) Situation familiale

Il semblerait que la présence d'une cellule familiale unifiée (avec conjoint et enfants) constitue un facteur protecteur du burnout tandis que les soignants célibataires et sans enfants présenteraient un burnout plus important [18, 29].

d) Personnalité de l'individu

Nous avons vu plus haut que les travaux de Cherniss [2] ont révélé quatre personnalités chez les travailleurs : l'artisan, l'activiste, le carriériste et l'égoïste. Ces personnalités ne sont pas immuables mais peuvent évoluer au fil de la carrière, soit par une volonté propre de l'individu, soit par l'influence de facteurs externes tels que l'environnement professionnel, un changement dans la sphère de vie privée et de facteurs internes tels que l'apparition de pathologies psychiatriques (dépression, troubles anxieux). Il semblerait d'après les travaux de Truchot [26] que l'activiste et l'artisan soient mieux protégés contre le burnout que le carriériste qui s'expose au risque de dépersonnalisation et l'égoïste qui s'expose au risque de réduction d'accomplissement personnel.

❖ Variables interindividuelles

a) Relations avec les patients

Les relations avec les patients constituent un facteur important dans la survenue ou la protection du burnout. Selon le Dr Zeter dans sa thèse réalisée en 2004 [40], il semblerait que des relations conflictuelles soient un facteur pourvoyeur de burnout en particulier par atteinte de la sphère d'épuisement émotionnel.

b) Relation avec les confrères

Les rapports avec les confrères sont un élément important influençant la survenue d'un burnout. Selon plusieurs études [37, 38, 39, 40], des rapports conflictuels avec les confrères ou une sensation d'inégalité hiérarchique et statutaire importante seraient des facteurs de risque importants de burnout.

I-2-4-5 Un problème de santé publique majeur

Le burnout représente un problème de santé majeur au sein de la population des soignants et semble toucher aussi bien les professions médicales que paramédicales [29, 36, 38], ainsi que les étudiants [28]. L'importance de cette pathologie parmi les professionnels de santé est d'ailleurs retrouvée dans d'autres pays où des études ont été menées.

♦ Au niveau international tout d'abord, on retrouve au Mexique une prévalence de Burnout de l'ordre de 26% sur une étude réalisée en 2007 en milieu hospitalier [172]. Une étude réalisée chez les infirmières en Tunisie en 2013 montrait que 69% des infirmières ayant rempli le MBI test souffrait d'un burnout syndrome [94]. Une étude réalisée en Suède chez les sages-femmes a montré que plus d'un tiers des soignantes ayant participé à l'enquête était en burnout [36]. Une vaste analyse menée sur des chirurgiens américains en 2009 retrouvait près de 40% d'entre eux en état de burnout [65]. En Colombie-Britannique une évaluation retrouvait un taux de médecins souffrant de burnout de l'ordre de 55% [95]. Ces données montrent la prévalence de burnout chez les soignants dans divers endroits éloignés du monde.

♦ A l'échelle nationale, Mme Vaquin-Villeminy, en 2007 dans ses travaux de thèse, a retrouvé une prévalence de 51.5% dans une population de 221 médecins généralistes recrutés au sein du réseau *Sentinelles*, dont 19% en burnout de niveau moyen (association de deux composantes à un niveau élevé) et 8.1% en burnout de niveau élevé (association des trois composantes à un niveau élevé)[33]. Ces données se vérifient de manière importante aussi dans les services d'anesthésie et d'urgence des CHU, hôpitaux régionaux et cliniques privées où une vaste étude portant sur les anesthésistes, réanimateurs, médecins urgentistes et infirmières anesthésistes a retrouvé un taux de 62% de burnout parmi les personnes interrogées [60].

♦ Au niveau régional : en Ile de France, dans un rapport rédigé par le Dr Galam, 56% des médecins généralistes franciliens se sentent menacés par le burnout [32]. En Poitou-Charentes, une étude menée par le Pr Truchot en 2004 retrouvait un burnout important chez les médecins généralistes [34]. On observait notamment 44% d'accomplissement personnel bas, 40 % de dépersonnalisation élevée et 34% d'épuisement émotionnel élevé. Une prévalence globale du burnout de l'ordre de 32% est retrouvée en 2012 par Brigden [35] toujours dans la région du Poitou-Charentes.

♦ Ces chiffres importants se retrouvent aussi chez les étudiants, notamment les internes de médecine générale (IMG) durant leur parcours hospitalo-universitaire. Dans un travail de thèse réalisé en 2011 par Le Tourneur A. et Komly V. portant sur les internes de médecine générale de la métropole [28], le taux d'IMG en (EE) élevé était de 16%, 33,8% avaient un score de (DP) élevé, et 38,9% un score (d'AP) bas. 42% des IMG n'avaient aucun score pathologique. Ils étaient 7%, soit 283 IMG à présenter une atteinte importante sur les trois dimensions. Des liens significatifs ont été mis en évidence tels que : charge de travail, manque de reconnaissance, stage hospitalier aux urgences et manque de temps consacré à la vie privée.

♦ Il en va de même pour la profession d'infirmier puisqu'une étude réalisée en France sur quelques 3 600 infirmiers et infirmiers spécialisés montre des scores de burnout élevés, (mesurés par MBI test) chez 21,1 % d'entre eux dès 5 ans d'ancienneté [37]. Ce taux croît ensuite de manière régulière avec l'ancienneté pour toucher 26,8 % des infirmiers ayant plus de 25 ans d'ancienneté. Il a aussi été retrouvé dans une vaste étude que le burnout serait plus important chez les infirmières françaises que dans le reste de l'Europe occidentale [59].

♦ Une thèse réalisée par GAL D. en 2008 sur les chirurgiens-dentistes en île de France retrouve 28% d'EE élevé, 32% de DP élevée et 47% d'AP bas [38].

Toutes ces données épidémiologiques, pourtant non exhaustives, tendent à aller dans le même sens, à savoir une prévalence élevée du burnout au sein des diverses catégories professionnelles de soignants que ce soit au niveau régional, national et international.

I-2-4-6 Les conséquences

❖ Sur le soignant

a) Stratégie d'adaptation individuelle ou « coping »

Le terme coping vient de l'anglais « to cope with » qui signifie « faire face à ». Il désigne les stratégies d'ajustement mises en place pour supporter une situation, faire face aux contraintes et limiter l'intensité du stress ressenti [23]. Elles peuvent être soit passives comme l'évitement, le repli sur soi, l'isolement ou le retrait psychologique, soit actives comme la recherche du support social, l'esprit combatif, la croyance religieuse, spirituelle ou personnelle. Le « coping » est efficace, dès lors qu'il soustrait le soignant à sa souffrance, lui permettant ainsi d'avoir « l'évènement sous son contrôle »

b) Les addictions

Le burnout peut engendrer des conduites addictives aux médicaments de type psychotropes ainsi qu'à l'alcool et au tabac [39] ; ces substances diverses étant alors

consommées pour faire face aux difficultés engendrées par cette pathologie professionnelle. De nombreuses études nationales et internationales viennent étayer ce fait.

♦ L'étude menée par la société française d'anesthésie et de réanimation [60] retrouve environ 10,6% de soignants (médecins et infirmiers) atteint d'alcoolisme et 10% ayant développé une addiction aux drogues et substances psychoactives ; ces taux étant fortement corrélés au taux de burnout relevé dans l'étude.

♦ Dans l'enquête EGPRN [100] (3500 questionnaires distribués dans 12 pays européens), il a été retrouvé que les soignants présentant un burnout augmentaient de manière significative leur consommation de tabac, d'alcool et de psychotropes par rapport aux soignants non atteints de burnout.

♦ En ile de France, dans l'étude réalisée par un groupe de médecins parisiens [32] les médecins généralistes menacés par le burnout étaient plus enclins à consommer alcool et tabac que les médecins non menacés (13.4% vs 1.4%) ainsi que les psychotropes (18.3% vs 2%).

c) Désir de reconversion professionnelle

On retrouve un lien significatif entre le burnout et le désir de reconversion professionnelle dans plusieurs études [3, 40]. Une enquête conduite en Ile-de-France [41] a montré que 10 % des médecins aimeraient quitter le métier s'ils en avaient la possibilité (abandon de la profession ou départ en retraite). Les raisons évoquées sont le poids des charges financières mais surtout administratives qui réduisent le temps qu'ils peuvent consacrer à la médecine ; phénomène que l'on retrouve aussi à l'Etranger dans des pays comme le Canada où une étude montre que plus de la moitié des médecins exerçant en Colombie britannique désiraient se reconvertir professionnellement ou se délocaliser (un fort taux de burnout étant retrouvé chez ces médecins travaillant dans les zones rurales canadiennes) [95].

d) dépression et risque suicidaire

Le syndrome d'épuisement professionnel peut faire le lit d'une véritable dépression majeure, et conduire au suicide [3 ; 42 ; 43]. On peut comprendre la confusion fréquente entre syndrome d'épuisement professionnel et dépression. Il existe effectivement des sentiments dépressifs lors de l'épuisement professionnel, en particulier dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel. Le burnout recouvre en fait plusieurs champs diagnostiques : troubles de l'adaptation, troubles de la personnalité, troubles anxieux, troubles dépressifs et symptomatologie clinique non spécifique à type de somatisations qui peuvent faire évoquer une dépression masquée. La dépression, elle, est une maladie psychiatrique bien définie. Il convient aussi de préciser que les statistiques annuelles de la CARMF (émises en 2012) montrent que

la première cause d'invalidité définitive toute spécialité confondue est représentée par les causes psychiatriques et est de l'ordre de 40% [47]. Une enquête réalisée par le Dr Léopold en 2003 retrouvait déjà une incidence du taux de suicide de 14% soit un risque majoré de 2,37 fois par rapport à la population générale dans la même tranche d'âge (30 à 65 ans) [67].

Certains secteurs, comme l'anesthésie-réanimation, sont particulièrement touchés, avec près de 39% de dépression [60]. Certaines études se sont aussi penchées sur le lien unissant le burnout et le risque suicidaire et il est avancé le fait que le suicide serait en quelque sorte la complication ultime du burnout (généralement après être passé par une phase de complication dépressive et d'addiction aux substances psychoactives [48, 49, 50]. Dans sa thèse, F. Camelot montre que 13% des dentistes interrogés ont déjà songé au suicide, valeur qui est fortement corrélée à un état de stress et de burnout sous-jacent [54].

Au niveau international : une importante étude pour évaluer le niveau de satisfaction des chirurgiens ainsi que l'impact du burnout parmi eux a été réalisée aux Etats-Unis. L'enquête de l'« *American College of Surgeons* » (ACS), avec plus de 7905 réponses, est relativement explicite : 40 % de burnout, 30 % de symptômes de dépression et 28 % de médecins ayant une qualité de vie mentale significativement réduite, 6,3% d'entre eux ayant eu plusieurs fois des idées suicidaires [65].

En 1996 une vaste méta-analyse a été réalisée par Lindeman et al [66] pour évaluer le risque suicidaire chez les médecins à travers le monde : il a été retrouvé un risque relatif (RR) de suicide parmi les hommes médecins allant de 1,5 à 3,8 par rapport aux autres hommes qualifiés et un RR parmi les femmes médecins allant de 3,7 à 4,5 par rapport aux autres femmes qualifiées.

e) altération de la sphère somatique

Des études menées par les docteurs Kushnir et Melamed ont retrouvé des résultats significatifs entre un taux de burnout élevé et des manifestations somatiques notamment cardiovasculaires [103]. Le principe physiopathologique n'est pas encore très clair mais il semble corrélé au modèle biopsychosocial évoqué plus haut avec notamment des troubles de la sécrétion endocrine de cortisol et de catécholamine liée à une dysfonction de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien sous l'effet de stress intense (symptôme omniprésent dans le burnout) [97]. Ces troubles endocriniens seraient responsables de troubles métaboliques avec perturbation du bilan lipidique majorant ainsi le risque de maladie coronaire d'origine athéromateuse. Il faut cependant moduler ces explications en fonction d'autres paramètres tels qu'une mauvaise hygiène alimentaire et une baisse de l'activité physique qui sont aussi observées dans le burnout [45, 52, 54]. Il convient aussi de rappeler que des pathologies

organiques peuvent apparaître suite à des troubles psychiatriques eux-mêmes secondaires au burnout (notamment les maladies organiques consécutives aux addictions telles que l'alcoolisme ou le tabac).

❖ Conséquence sur la qualité des soins délivrés aux patients

On peut en toute logique s'attendre à ce que la qualité des soins prodigués aux patients soit altérée lorsque le soignant est atteint de burnout [45]. On observe notamment une altération de la qualité de la relation entre le soignant et son patient avec le développement d'un cynisme exacerbé, une distance et une déshumanisation envers le malade. Un épuisement émotionnel élevé s'accompagne de décisions moins coûteuses en temps, en énergie et en investissement futur (de façon d'autant plus marquée si le patient n'est pas compliant) [26].

Les erreurs médicales semblent aussi plus fréquentes en cas de burnout, que ce soit dans la démarche thérapeutique ou décisionnelle, avec un nombre plus important d'examens ou de traitements inappropriés [44].

Il semblerait enfin que le burnout, en particulier chez les médecins, ait un impact sur l'économie de santé. Une étude menée à Barcelone a retrouvé une corrélation entre le niveau d'épuisement émotionnel et le surcoût moyen par assuré : un taux élevé d'épuisement émotionnel entraînant en moyenne une augmentation de 20 euros par assuré par consultation concernant les dépenses pharmaceutiques [46].

I-3 L'ASSPC : un réseau spécifique pour les soignants

Actuellement de plus en plus de structures de soins dédiées aux soignants voient le jour en France. Le docteur Estryn-Behar, médecin du travail, a fait de nombreuses études sur la santé des soignants et a notamment réalisé une synthèse de nombreuses recherches sur la santé des médecins et des infirmières [59, 163, 164]. Elle a régulièrement précisé que la création de structures de prévention pour les professionnels de santé devenait nécessaire.

Une prise de conscience progressive en France tend à apparaître puisque les initiatives du genre se multiplient. On trouve le réseau ASRA en Rhône-Alpes disposant d'une ligne téléphonique connue des médecins, avec la participation de 38 confrères de soutien volontaires et bénévoles qui assurent une astreinte téléphonique 24h/24, 7J/7 [142]. Une autre structure spécifiquement destinée aux médecins, IMHOTEP, a déjà vu le jour en Haute-Normandie et semble être efficace. Elle assure une prise en charge anonyme de soin et de prévention grâce à des sites de consultations situés dans divers endroits de la région avec de plus une assistance téléphonique d'écoute 24h/24 [141]. L'AAPML (association d'aide professionnelle aux médecins libéraux)

a mis en place en 2005 le premier dispositif d'écoute téléphonique et de soutien psychologique dédié aux médecins d'île de France) [165].

Au sein de la région Poitou-Charentes, la mise en place d'un réseau de soin et de prévention destiné aux professionnels de santé est actuellement en cours. Il est soutenu par l'ARS et doit permettre à terme de créer un réseau de soin régional destiné à l'ensemble des soignants. Il dispose déjà d'une assistance téléphonique anonyme et de soutien aux médecins du Poitou-Charentes. Il s'agit de l'ASSPC [166]. Ses principaux objectifs annoncés sont :

- ♦ Une écoute pour les soignants en souffrance avec une orientation vers des réseaux de personnes ressources adaptées. L'ASSPC est construite sur le modèle d'ASRA pour ses statuts et pour sa permanence téléphonique. Un cahier des charges précis tant dans la méthodologie de recueil des appels que dans la compétence des écoutants est mise en place. Une formation spécifique de ces écoutants a été construite et testée pour les 10 premiers d'entre eux.

- ♦ Une démarche axée de la prévention des soignants avec en particulier la promotion d'un médecin référent pour chaque soignant inscrit dans le réseau.

- ♦ La structuration régionale de réseaux de soins pour les soignants (notamment avec un projet de prise en charge hospitalière des pathologies psychiatriques et addictives).

Le 21 Janvier 2013 le conseil d'administration de l'ASSPC a procédé à l'élection de son premier bureau. L'association de loi 1901 a été inscrite au journal officiel le 16 Février 2013. Ce réseau est dans un premier temps proposé aux médecins puis sera étendu à l'ensemble des professionnels de santé inscrits à l'un des 6 ordres (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes, dentistes et infirmiers). L'un des buts recherchés du réseau est de permettre l'instauration d'un service de médecine du travail pour les soignants en quelque sorte (du moins pour les libéraux). Le débat sur la santé au travail et aux tentatives de la supprimer révèle déjà la difficulté d'exercice de cette spécialité. L'absence de service de santé au travail pour les soignants libéraux et le peu de recours pour les salariés dont les consultations de santé au travail sont pourtant encadrées réglementairement pointent l'ampleur de la tâche.

I-4 HYPOTHESES, QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIF

Comme nous l'avons vu précédemment, la prévention occupe une place de plus en plus importante dans notre société et ceci dans le but de répondre à des objectifs d'amélioration toujours plus importants de la santé de la population. Par ailleurs il semblerait que la santé et la prévention dans la communauté des soignants soient plus complexes qu'il n'y paraît au premier abord, notamment si l'on compare les données épidémiologiques avec ceux de la population générale. Tout d'abord, il semblerait que l'état sanitaire global de la population médicale et

paramédicale soit plus satisfaisant que celui de la population générale dans divers domaines (en particulier en ce qui concerne les habitudes de vie et comportements tels que la consommation tabagique, d'alcool, l'activité physique, la réalisation de dépistage etc...) mais ces éléments sont à nuancer en fonction de la catégorie de soignants et de la spécialité exercée dans le cas des médecins. On retrouve notamment, d'après les indicateurs épidémiologiques cités plus haut, des comportements pathologiques et addictifs importants chez certains d'entre eux.

Par ailleurs même si l'état de santé du point de vue somatique semble meilleur que celui de la population générale, les diverses études réalisées en France et dans le monde montre qu'il n'en va pas de même sur le plan psycho-professionnel et psychiatrique (burnout, dépression, conduites addictives secondaires au burnout, risque suicidaire). Ces pathologies psychiatriques peuvent d'ailleurs finir par avoir un retentissement somatique : une conduite addictive à l'alcool peut déboucher sur des complications hépatocellulaires ou bien encore une pathologie cardiovasculaire d'étiologie athéromateuse dans le cas d'une surcharge pondérale et d'une dyslipidémie liées à un dysfonctionnement de la prise alimentaire causé par un état de stress et d'anxiété chronique d'origine professionnelle par exemple ; tout ceci pouvant rentrer dans le cadre du modèle biopsychosocial décrit précédemment.

Enfin dans le cas des médecins un facteur particulier apporte une variable complexe supplémentaire, notamment en terme d'efficience de la prévention, il s'agit de l'auto-prescription et dans un second temps de l'automédication (les pharmaciens étant aussi concernés par ce dernier aspect).

Tous ces éléments font des soignants une population particulière et sont à l'origine d'un projet de création d'une structure d'aide aux soignants en Poitou-Charentes. L'un des objectifs annoncés de ce projet étant la promotion de la prévention des soignants dans la région, nous avons donc décidé, à partir des hypothèses liées à nos recherches bibliographiques, d'initier un travail autour de cette question :

Quelles consultations de préventions pour l'ASSPC ?

Pour répondre à cette question de recherche et ainsi participer à la mise en place d'un protocole de prévention le plus efficient possible au sein de l'ASSPC, il nous a semblé important de connaître les besoins en termes de prévention des professionnels de santé et d'analyser leurs perceptions, attentes, suggestions et ressentis concernant la mise en place d'un tel système.

L'objectif de cette étude est donc d'identifier du point de vue d'un soignant les éléments pertinents pour la mise en place d'un protocole de prévention applicable dans l'Association de Santé des Soignants du Poitou-Charentes.

II- MATERIEL, METHODES ET PARTICIPANTS

II-1 LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE ET WEBOGRAPHIQUE

Nous avons d'abord procédé à une recherche bibliographique approfondie et se voulant pertinente en rapport avec nos thèmes et notre question de recherche. Cette recherche est à la base des hypothèses qui nous ont permis d'élaborer notre question de recherche et notre objectif.

II-1-1 Bases bibliographiques

La recherche bibliographique a été effectuée à partir de diverses sources.

❖ Bases de données en ligne

- Pubmed (site de la national library of medicine)
- Science direct
- Le Catalogue SUDOC (Système Universitaire de Documentation)
- La banque de données en santé publique (BDSP)
- Wikipedia.org
- The Cochrane Library
- CiSMéF (catalogue et index des sites médicaux de langue française)

❖ Revues médicales et scientifiques

- La revue prescrire
- La revue du praticien
- Le BMJ (*British Medical Journal*)
- Le JAMA (*Journal of the American medical association*)
- AJPM (*American journal of preventive medicine*)

❖ Moteurs de recherche

Google, Google Scholar

❖ Sites officiels de structures faisant autorité

- HAS
- INPES
- Conseil national de l'ordre des médecins

- CARMF
- InVS
- USPSTF
- OMS
- Assurance maladie
- HCSP (haut conseil de la santé publique)

❖ Littérature grise

Echanges avec d'autres professionnels de santé et directeur de thèse

Recoupement bibliographique

Supports de présentation de séminaires et congrès (sous format Word, Power Point et PDF)

II-1-2 Recherche des mots-clés

Les recherches via mots-clés ont été effectuées de manière isolée ou combinée.

◆ En français :

« Prévention », « santé », « facteurs de risques », « dentistes », « infirmiers », « pharmaciens », « médecins », « sages-femmes », « dépistage », « histoire de la médecine », « histoire de la prévention », « burnout », « risque suicidaire », « addictions », « santé publique »

◆ En anglais:

« Burnout, screening, prevention, drugs, nurses, healthcare professional, physicians, dentists, midwives, physiotherapists, pharmacists, risk factors, qualitative research, evidence-based - medicine, focus group ».

Nous avons eu recours au MeSH (medical subject headings) du site bilingue de l'Inserm afin d'obtenir certains mots-clés anglais pour la recherche sur Pubmed, le JAMA et le BMJ.

Pour terminer nous avons eu recours au logiciel *Zotero* pour l'archivage des références bibliographiques et leurs intégrations dans la thèse.

II-2 TYPE D'ETUDE

II-2-1 Une démarche qualitative

L'étude de la littérature nous a permis de retrouver de nombreux travaux et évaluations quantitatives en ce qui concerne la prévention et l'état de santé des soignants en France et dans le monde.

L'objectif de notre étude nous a amené à penser qu'une démarche purement quantitative ne nous permettrait pas de mettre en lumière l'identification des éléments pertinents à rechercher du point de vue d'un soignant concernant la mise en place d'un protocole de prévention dans la région du Poitou-Charentes. En effet la prévention chez les soignants, telle que nous l'avons montrée au travers des données épidémiologiques, montre des inégalités et des incohérences parfois surprenantes au premier abord. Devant cette constatation, nous avons estimé que le recueil de données subjectives auprès des principaux intéressés (les soignants) nous permettrait de répondre à notre question de recherche de manière plus appropriée tout en nous apportant éventuellement des éléments de réponses concernant les valeurs épidémiologiques parfois surprenantes constatées dans la littérature.

Nous avons donc retenu pour notre travail de thèse une étude qualitative par entretien semi-dirigé collectif plus connu sous le terme anglo-saxon de « focus group ».

La recherche qualitative est une méthode principalement basée sur l'observation et l'écoute, permettant de mettre en valeur et de décrire le discours et les expressions non verbales des personnes interrogées ou observées. Les techniques de recherche qualitative permettent de décrire au plus près les modes de vie, les comportements et d'expliquer ce sur quoi ils reposent, tout en laissant la parole libre aux sujets interrogés en s'efforçant d'intervenir au minimum en temps qu'enquêteur afin de ne pas influencer les données recueillies [73, 74].

L'objectif n'est pas de prouver mais plutôt de fouiller le « pourquoi et le comment des phénomènes ».

Il convient aussi de préciser que notre étude est une enquête qui porte sur les représentations et les pratiques. Elle vise la connaissance d'un système : à savoir les pratiques elles-mêmes et ce qui les relie (idéologie, symbole, perception, représentation, connaissances empiriques, scientifiques et/ou liées à un vécu etc...) [74].

Ce genre d'enquête se caractérise par la production de discours modaux et référentiels. Ces discours sont obtenus à partir d'entretiens centrés d'une part sur les conceptions des acteurs (terme générique désignant les participants à une étude qualitative par entretien) et d'autre part sur les descriptions des pratiques. Dans notre thèse cela concerne la prévention chez les soignants. L'étude qualitative permet donc d'explorer et d'étudier les hypothèses de travail et de recherche émises à la lecture de la littérature. Cette étude ne se veut pas pour autant exhaustive mais cherche à identifier des éléments pertinents du point de vue d'un soignant. L'intérêt du travail réside malgré tout dans les possibilités de le généraliser pour émettre des pistes d'élaboration de protocole de prévention.

Nous nous sommes aidés de plusieurs références pédagogiques pour élaborer cette étude de la manière la plus efficace possible [73, 74, 76, 77, 79].

II-2-2 Le Focus Group

Le focus group est une technique de recueil des données qui ressemble à l'entrevue de groupe mais s'en distingue par la volonté de rassembler un groupe homogène de participants. Cette méthode est issue de techniques de marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif à la vente. Elle a commencé à être utilisée au début des années 80 par la recherche universitaire notamment au service de la santé publique et de la sociologie. Le focus group comprend un « animateur » ou chargé d'enquête et plusieurs participants nommés acteurs ou interviewés. Il y a quelques éléments à considérer pour réaliser un focus group pertinent [77 ; 83] :

- ◆ Le nombre de participants doit être limité et compris idéalement entre 6 et 12. Les petits groupes encouragent la discussion et permettent une meilleure identification des membres. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires [74].

- ◆ La discussion doit durer entre une heure et trois heures selon les thèmes discutés.

- ◆ Le lieu de déroulement de la réunion doit être « neutre » et à proximité des résidences des participants si possible.

- ◆ Il faut prévoir à l'avance la façon dont l'information va être recueillie (enregistrement, prises de notes par une autre personne que l'enquêteur...).

- ◆ Dès le départ, l'enquêteur doit situer la problématique et préciser qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. En autant que la réponse exprime le vécu ou le « senti » des acteurs, tout est recevable.

- ◆ Présence souhaitée d'un observateur en soutien de l'animateur (qui peut noter certains comportements des participants, gestuelles, mimiques) notamment si aucun enregistrement vidéo n'est prévu.

Il est important aussi d'éliminer les digressions, accorder un droit de parole équitable à tous les membres. L'enquêteur doit aussi se rappeler qu'un entretien est un parcours. Alors que le questionnaire avance sur un terrain entièrement balisé, l'enquêteur dresse la carte au fur et à mesure de ses déplacements durant la réunion.

II-3 PREPARATION DE L'ENQUETE

Comme Gotman et Blanchet le mentionnent dans leur ouvrage [74], la préparation de l'enquête succède à l'opération de construction de l'objet caractérisée par trois étapes fondamentales que sont :

- La formulation de la question de recherche
- Le choix de la problématique
- La formulation d'hypothèse

II-3-1 Population et échantillon

Notre question de recherche étant centrée sur les soignants exerçant en Poitou-Charentes nous avons recruté un échantillon de professionnels de santé exerçant dans l'un des quatre départements de la région. L'ASSPC n'étant pour l'instant destinée qu'aux soignants appartenant à l'une des 6 institutions ordinales suivantes (ordre des médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, pharmaciens et sages-femmes), le recrutement a été réalisé uniquement au sein de ces ordres. Nous n'avons pas tenté de recruter d'autres catégories de professionnels de santé comme les aides-soignants ou psychologues cliniciens.

Nous n'avons pas non plus tenté de recruter parmi les professeurs d'université-praticiens hospitaliers ni les maîtres de conférences universitaires encore actifs sur le plan de l'enseignement de la faculté de médecine car notre jury de thèse n'étant pas encore décidé, nous désirions éviter le risque d'un biais supplémentaire.

Nous voulions en pratique, pour les besoins de cette enquête, obtenir un échantillon diversifié. Cette caractéristique est nécessaire à la validité d'une enquête qualitative [73 ; 74], dans le but de recueillir un maximum d'éléments pertinents différents intervenant dans la mise en place d'un protocole de prévention pour les soignants. Cet échantillon doit être diversifié mais il repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population. Le but n'est pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population mais d'obtenir de l'échantillon sélectionné des informations pertinentes et valides. C'est pourquoi nous avons procédé à un échantillonnage raisonné [73 ; 74] ce qui correspond à une procédure d'échantillonnage non probabiliste reposant sur la sélection de personnes typiques de la population cible, à savoir les soignants du Poitou-Charentes.

Ce recrutement a eu lieu en grande partie dans le département de la Vienne pour répondre à un des critères importants de la réalisation d'un focus group, à savoir la proximité de la résidence du soignant par rapport au lieu de la réunion. Pour les participants issus d'autres départements nous nous sommes arrangés pour que les réunions aient lieu le jour où ils étaient présents à

Poitiers pour d'autres raisons de façon à faciliter leur accès au focus group d'un point de vue logistique.

Pour le recrutement des soignants nous avons eu essentiellement recours au mode d'accès direct [74] c'est-à-dire que nous avons directement pris contact avec les soignants que nous désirions inclure dans l'étude par le biais des e-mails. Pour une minorité de participants nous avons eu recours au mode d'accès indirect c'est-à-dire que nous avons obtenu leur accord de principe à une participation par l'intermédiaire d'une tierce personne. Les soignants recrutés étaient différents par leur âge, leur sexe, leur lieu d'exercice, leur mode d'exercice et leur profession de santé. Les critères concernant leur vie personnelle n'ont pas été pris en compte dans cette étude.

Les informations délivrées dans le mail de primo-contact concernaient la présentation générale du sujet (la prévention et l'état de santé des soignants en termes de pathologie somatique, de burnout et ses conséquences), les modalités d'enquête, le cadre dans lequel s'inscrivait ce travail, la durée approximative de la réunion, la garantie d'anonymat et une présentation sommaire de nos objectifs. (Annexe n°1).

Les variables retenues et parues pertinentes dans le cadre de l'échantillonnage raisonné, étaient donc :

- ♦ La tranche d'âge : <30 à 40 ans>, <41 à 65 ans>, < 65 ans et retraité ;
- ♦ La profession de santé : le but étant d'essayer d'obtenir la participation de soignants issus des 6 ordres ;
- ♦ Le mode d'exercice : libéral et salarié ;
- ♦ Le sexe ;
- ♦ Le département d'exercice : essayer d'obtenir des participants issus des 4 départements.

II-3-2 Le plan d'entretien

En parallèle à l'élaboration de notre échantillon, nous avons conçu un plan d'entretien comprenant d'une part le guide d'entretien (Annexe n°2) et d'autre part l'étude et la connaissance des stratégies possibles pour maximiser l'information obtenue sur chaque thème. L'élaboration du plan d'entretien constitue une étape supplémentaire et importante dans le processus qui va se poursuivre durant la campagne d'entretiens semi-dirigés et l'analyse des discours [73, 74]. Le guide d'entretien contient les thèmes que nous souhaitions voir abordés durant les focus, (environ une demi-douzaine comme il est souvent recommandé lors de la

réalisation de focus group) [110]. Ces thèmes ont été conçus en fonction de nos hypothèses et objectif de recherche.

Nous avons établi un guide relativement simple et général de façon à ne pas être tenté de brider la génération d'idées chez les acteurs par un excès de thèmes et questions inscrits dans le guide d'entretien.

Une introduction pré-rédigée rappelait le sujet, quelques principes et règles à respecter lors de la tenue d'un focus group et le principe d'anonymat. Ensuite était abordée la présentation des acteurs et éventuellement la prise de parole pour raconter une histoire, anecdote vécue ou connue de manière à amorcer des liens entre les participants dans le but de lancer la dynamique de groupe.

Les thèmes inscrits dans le guide abordaient entre autre la représentation de la prévention, les éléments pouvant influencer sur l'adhésion au système de prévention, les attentes des participants concernant le contenu d'une consultation, le dépistage du burnout, du risque suicidaire et des addictions chez les soignants dans ce protocole de prévention. Toute la difficulté, une fois ce guide d'entretien établi, consiste à réussir à aborder tous les thèmes lors des réunions sans pour autant influencer ou brider la dynamique de parole et d'idées qui apparaissent durant un focus group. C'est là que réside l'importance des stratégies d'intervention. Ces techniques sont décrites de manière rigoureuse dans les ouvrages que nous avons étudiés [74; 77 ; 110] et nous avons tenté de les utiliser de la manière la plus efficiente possible mais l'expérience et la pratique restent des paramètres indéniables dans la recherche de cette efficience.

II-4 LA REALISATION DES ENTRETIENS

La réalisation d'un entretien doit reposer sur un savant mélange entre l'utilisation d'un certain nombre de techniques méthodologiques d'une part et une flexibilité liée au fait que l'on se trouve face à des individus d'autre part. L'entretien est toujours un « rapport social ».

Le nombre de focus group à organiser est déterminé par l'obtention de « saturation d'idées », définie comme le moment où il n'y a pas d'émergence de nouvelles idées majeures dans les groupes et n'est donc pas connu d'avance. En moyenne, il faut 3 à 4 focus group pour répondre à ce principe de « saturation d'idées » [77, 83] ; ce nombre étant dépendant de la complexité des thèmes abordés et de l'échantillon d'acteurs. Plus celui-ci est hétérogène, plus la saturation est longue à obtenir.

II-4-1 Les paramètres de la situation d'entretien

Les paramètres intervenant dans l'élaboration et le déroulement de la situation d'entretien peuvent être déterminés selon trois niveaux hiérarchiques de contexte: l'environnement, le cadre contractuel de la communication et les interventions de l'enquêteur [77].

II-4-1-1 L'environnement

Il comporte trois aspects : temporel, scénique et la distribution des acteurs.

- ◆ Concernant l'aspect temporel, il peut avoir un impact important sur la tenue de la réunion et la teneur des propos exprimés par les participants. Cette teneur est liée à l'état émotionnel dans lequel se trouve le participant or cet état est différent selon que la réunion a lieu le matin, le soir, en début ou en fin de semaine [77]. Dans un souci de reproduire au maximum des conditions similaires entre les focus group, nous les avons réalisés dans les mêmes plages horaires.
- ◆ La seconde composante, à savoir le lieu de l'entretien, peut exercer une influence sur les acteurs : celui-ci se doit de répondre à des critères de neutralité dans la mesure du possible.
- ◆ Quant à la distribution des acteurs, nous les avons répartis en arc de cercle proche les uns des autres, avec une disposition radiale centrée sur l'enquêteur de façon à pouvoir assurer une certaine proximité entre les acteurs eux-mêmes et vis-à-vis de l'enquêteur.

II-4-1-2 Le cadre contractuel de la communication

Pour instaurer un cadre initial, l'enquêteur est tenu de dire aux acteurs les motifs et l'objet de la réunion. Il faut généralement pour cela répondre à deux questions implicites qui sont : *pourquoi cette recherche ? Et pourquoi cet acteur ?*

L'accueil des participants est aussi un élément important car un climat de convivialité favorise les échanges. En début de séance, nous avons mis à disposition des rafraichissements et collations afin d'aider à la mise en place d'une atmosphère chaleureuse et détendue.

Nous avons répondu à la première question lors de l'énonciation de l'introduction pré-rédigée figurant sur le guide d'entretien. Nous n'avons pas répondu à la deuxième question.

II-4-1-3 Les modes d'intervention

L'enquêteur poursuit son objectif qui est de favoriser la production d'un discours sur un thème donné au moyen de stratégies d'écoute et d'interventions subtiles et bien dosées [73; 74]. Il s'agit d'un des aspects les plus importants mais aussi les plus durs à réaliser lors d'un focus

group. Il nous a fallu en effet traiter en temps réel l'information communiquée par les acteurs en assimilant la dimension référentielle (« qu'est-ce qu'il me dit des choses dont il parle ? ») et la dimension modale (« qu'est-ce qu'il me dit de ce qu'il en pense ? ») de leurs propos et en utilisant les méthodes d'intervention au moment opportun. Cependant la technique d'écoute et les stratégies d'intervention sont d'autant plus efficaces qu'elles sont instruites par des objectifs précis et un cadre théorique explicite.

Il existe trois types d'intervention réalisables par l'enquêteur :

* La contradiction : il s'agit de tenir un propos contradictoire pour contraindre l'acteur à soutenir l'argumentation de son discours. Nous n'avons pas utilisé ce type d'intervention car elle est complexe et délicate puisqu'elle fait courir le risque d'amener l'acteur à extrémiser ses positions et l'enquêteur de perdre en neutralité.

* Les consignes : il s'agit des interventions visant à définir le thème du discours de l'acteur. Ces instructions sont essentielles et ajoutent des éléments d'information dans le cadre contractuel de l'entretien mais il faut les doser avec parcimonie pour ne pas tomber dans le jeu du questions-réponses et à cause du risque de rupture de linéarité et la baisse de proximité discursive de l'acteur qu'elles peuvent entraîner [77]. Nous les avons essentiellement utilisées lorsque nous estimions qu'un acteur monopolisait trop la parole ou bien qu'un autre acteur n'arrivait pas à s'exprimer du fait d'un trop grand nombre de personnes parlant en même temps ou encore lorsque les participants s'éloignaient trop des thèmes que nous nous étions fixés.

* Les relances : il s'agit d'actes réactifs qui « prennent pour objet le dire antérieur de l'acteur ». Ces relances peuvent être de différents types et sont résumées par un tableau proposé par Gotman et Blanchet [74]. (Tableau 1). Il s'agit du mode d'intervention que nous avons majoritairement utilisé car c'est celui qui stimule de la manière la plus efficace le discours des acteurs et permet une dynamique de groupe plus intéressante en augmentant la production discursive des participants.

Registre	Type d'acte		
	réitération	déclaration	interrogation
référentiel	écho	complémentation	Interrogation référentielle
modal	reflet	interprétation	Interrogation modal

TABEAU 1 : LES DIFFERENTS TYPES DE RELANCES POSSIBLES

Nous avons plus utilisé les relances du registre référentiel (registre lexical et de la verbalisation explicite) que celles du registre modal (registre de la pensée implicite derrière le mot) pour nos travaux de thèse du fait de notre manque d'expérience et de pratique en tant qu'animateur de focus group ; les relances de type référentiel étant plus simple à maîtriser. Le choix et l'efficacité des relances sont basés sur de nombreux critères tels que la technique d'écoute, l'empathie, la formation, l'expérience et les habitudes du chercheur-enquêteur. Le pilotage d'un entretien s'effectue donc à la fois au coup par coup, car l'écoute est diagnostique et entraîne un travail d'interprétation et de problématisation en temps réel mais aussi par anticipation.

II-4-2 Enregistrement des données recueillies

L'ensemble des focus group a été intégralement enregistré avec l'accord des soignants à l'aide d'un dictaphone numérique fonctionnant à pile et un autre relié à un ordinateur portable via un câble USB, ainsi qu'un caméscope numérique afin de pouvoir étudier par la suite lors du codage des données, d'éventuels changements d'attitude, gestes évocateurs, mimiques ou tout autre élément qui pourraient avoir un intérêt dans l'analyse du discours notamment d'un point de vue sémantique. Nous avons aussi prévu un « backup » pour palier à d'éventuels problèmes techniques pendant les enregistrements (vérification du matériel avant le début de la réunion via des essais systématiques, possession de piles de rechange)

II-4-3 Analyse de Contenu

Il s'agit de la plus répandue et connue des méthodes d'analyse de données qualitatives [84]. Elle consiste à retranscrire les données recueillies lors de l'entretien, à élaborer une grille d'analyse, à coder les informations récoltées et à les traiter. Cette analyse procède d'une lecture exogène informée par les objectifs de l'analyste. Gotman et Blanchet rappellent d'ailleurs que d'un même entretien peuvent surgir des éléments différents selon la lecture qui en est faite [74]. Or cette lecture est guidée par des hypothèses et des objectifs propres à la recherche menée. Notre objectif étant de retrouver les éléments pertinents selon les soignants pour l'élaboration d'un protocole de prévention, notre analyse ne peut donc pas être totalement neutre. Elle ignore la cohérence explicite du texte et procède par décomposition d'unités élémentaires reproductibles en se basant sur des méthodes rigoureuses et systématiques mais avec une indispensable part d'interprétation de la part de l'enquêteur. **Ce type d'analyse est celui que nous avons utilisé pour traiter l'ensemble des données recueillies**

II-4-3-1 Retranscription des données

Les enregistrements obtenus sur dictaphone ont été intégralement retranscrits sur ordinateur à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Word 2013), mot à mot de la façon la

plus fidèle et objective possible. Certains passages, que nous avons réduits du mieux que nous pouvions, n'ont pu être retranscrits du fait de la prise de parole simultanée de plusieurs acteurs entraînant une incompréhension sonore à l'écoute lors de la retranscription. L'enquêteur est désigné par la lettre « Z » et les acteurs sont désignés par les lettres de l'alphabet allant de « A » à « X ». Ces retranscriptions nommées *Verbatims* sont référencées en intégralité en format CD afin de ne pas alourdir le contenu de cette étude. Dans le but de respecter l'anonymat des soignants interrogés nous avons remplacé dans les *Verbatims* tous les noms des soignants par les lettres citées ci-dessus dans le cas des participants ou par les initiales dans le cas de personnes non présentes mais citées durant les entretiens. Il en va de même pour les noms de lieux pouvant avoir un lien avec un soignant (présent ou pas). Cette étape de retranscription et d'anonymisation est chronophage mais fondamentale car d'elle dépend la validité des données. Les logiciels de reconnaissance vocale ne pouvaient pas être utilisés car très peu adaptés à la retranscription des propos issus de plusieurs participants dans la même réunion.

Nous avons aussi essayé d'indiquer le plus de nuances possibles dans les propos des acteurs en mettant par exemple les mots en majuscule pour appuyer une conviction, en ayant recours à une ponctuation spécifique selon les émotions ressenties chez les participants (point d'exclamation lors d'une indignation, d'une colère et autre sentiment fort ; des points de suspension lors de l'expression d'une idée non totalement verbalisée mais sémantiquement identifiable ou lors d'une hésitation) et enfin en utilisant le langage non verbal (rires, soupirs, pauses, silence etc...) afin d'augmenter la compréhension des données recueillies.

II-4-3-2 Codage des données

Le codage explore l'intégralité du corpus des données recueillies. Il décrit, classe et transforme les données qualitatives brutes du verbatim en fonction d'une grille d'analyse. C'est un processus minutieux qui reste lourd malgré la présence aujourd'hui de logiciels informatiques adaptés à l'analyse qualitative. Dans notre travail, nous avons procédé à une analyse thématique transversale [74]. Cela consiste à identifier au sein d'un entretien les différents thèmes abordés. Ce séquençage thématique nous a permis le dressage d'une grille d'analyse, référence qui sera identique pour chaque entretien. Cette grille d'analyse est composée de critères et d'indicateurs que l'on appelle les catégories d'analyse (correspondant donc aux thèmes et sous-thèmes abordés durant les focus group). Cette grille a été établie d'après les informations recueillies lors de la lecture des Verbatims, sous forme d'arborescences thématiques (**annexe n°3**).

Nous avons dans un premier temps fait une lecture itérative du verbatim et une visualisation des enregistrements vidéo (pour repérer des langages non verbaux tels que la gestuelle, les expressions du visage etc...).

Puis nous avons réalisé un encodage des données à l'aide du logiciel *Nvivo10*© édité par *QSR international*. Notre encodage a été réalisé selon une approche ouverte et inductive de généralisation et d'abstraction des données. Ce principe du codage ouvert consiste à repérer (à l'aide de notre guide d'entretien) au sein du corpus retranscrit, les sous-catégories représentant les idées de base, les aspects spécifiques d'un thème ou d'une idée plus vaste et générale. Puis l'approche inductive se caractérise par la comparaison et le regroupement des sous-catégories (ou occurrences) en dimensions plus globales et plus larges que sont les catégories. On parle dans notre cas de codage axial, principe utilisé par les chercheurs se réclamant de la théorie encrée [85]. Ce codage axial a été réalisé au fur et à mesure de l'analyse des verbatims obtenus après chaque focus group. On notera que certaines idées générales apparaissant fréquemment ont fait l'objet d'un codage sélectif ou spécifique. Cette grille d'analyse ou arbre thématique a servi de référence à l'étude et l'encodage de chaque focus group, elle a été complétée et réorganisée régulièrement, nous amenant parfois à faire émerger de nouvelles idées, à adapter notre guide d'entretien et nous a aidé à percevoir l'atteinte de la saturation des données c'est-à-dire l'absence de nouvelles idées pouvant être à l'origine d'une sous-catégorie ou catégorie. La construction de cet arbre a donc été progressive et évolutive, constamment enrichie par les nouveaux verbatim, les limites étant fixées par les objectifs de l'étude.

La création de cette grille d'analyse, dans le cas d'un codage ouvert, doit répondre aux règles énoncées par Berelson en 1952 [86]. La classification catégorielle doit être :

- ◆ *Homogène* : regrouper les idées des acteurs en éléments de significations semblables.
- ◆ *Exhaustive* : toutes les pensées des acteurs doivent être codées. Aucune ne doit être écartée.
- ◆ *Exclusive* : une idée, un thème ou sous-thème ne peut être classé que dans une catégorie et une seule.
- ◆ *Objective* : la subjectivité de l'analyste doit être exclue.
- ◆ *Pertinente* : le choix d'une catégorie doit être fait selon le critère de pertinence correspondant, de façon optimum aux interviews et en répondant aux objectifs de l'enquête.

Certaines références encodées, et considérées comme les plus significatives et pertinentes dans chaque catégorie d'analyse, sont présentées dans la partie « Résultat » de notre travail. Le codage de chaque verbatim a été réalisé en parallèle par une autre personne ayant déjà eu

recours à ce genre d'analyse dans le cadre de la médecine selon le principe de triangulation des données afin de limiter la subjectivité du chercheur et de mettre en évidence d'éventuels occurrences passées inaperçues.

II-4-3-3 Unités de codage

Il s'agit des unités d'analyse et elles ont pour but d'établir la façon de coder les différentes catégories ou sous-catégories de la grille d'analyse. Il existe plusieurs façons de découper le texte en morceau afin de lui attribuer une catégorie ou sous-catégorie : l'unité syntaxique, l'unité sémantique et l'unité psychologique.

♦ L'unité syntaxique est une phrase ou un groupe de mots issu du verbatim. Il peut s'agir d'une unité verbale ou linguistique (les mots principaux d'une phrase), d'une unité lexicale (mots-clés, substantifs, adjectifs....) ou d'une unité psycholinguistique (les intonations, les interjections...). **La majeure partie de notre travail a reposé sur l'analyse syntaxique.**

♦ L'analyse sémantique consiste à ne s'intéresser qu'aux passages ayant une signification à type d'idées clés. Les unités sémantiques sont donc les idées clés énoncées par les acteurs et cette recherche repose en général sur l'identification de ces thèmes clés en corrélation avec le guide d'entretien. Cette démarche d'étude est sommaire et se contente de synthétiser les réponses principales. **Nous y avons eu recours de manière concomitante à l'analyse syntaxique** mais de façon moins importante. Notre but a été de découper entièrement le texte selon des unités syntaxiques logiques et cohérentes tout en recherchant des idées clés dissimulées derrière certaines phrases exprimées par les acteurs.

♦ Nous avons aussi eu recours à l'unité d'analyse psychologique en complément de l'analyse syntaxique. En effet, elles servent à coder les sensations, les émotions notamment au travers de l'analyse de la gestuelle et des regards. Cette analyse nécessite généralement d'avoir réalisé un enregistrement vidéo. Ces gestes peuvent être considérés comme des compléments du message verbal, transmettant ainsi la pensée des enquêtés en appuyant leur discours. **Nous avons cependant utilisé cette analyse de manière prudente et très limitée du fait de la nécessité d'une bonne évaluation psychologique de l'acteur.** Nous ne l'avons intégrée dans l'encodage que lorsque la gestuelle et les expressions du visage nous semblaient évidentes et la pensée de l'acteur facilement perceptible d'un point de vue empathique. Nous nous sommes aidés pour cela d'un ouvrage réalisé par Guy Barrier sur la communication non-verbale et l'expression émotionnelle [112] ainsi que d'autres supports traitant du même thème [113]. Ce type d'analyse nous a été utile surtout lorsqu'un acteur énonçait une phrase non finie ou avec des mots ambigus, nous faisant hésiter entre plusieurs catégories pour l'encodage.

III- RESULTATS

III-1 DONNEES GENERALES ET QUANTITATIVES

III-1-1 Caractéristiques générales d'organisation des Focus group

Trois Focus group ont été réalisés entre la période allant de Juillet 2013 à Janvier 2014. La saturation d'idées pertinentes a été estimée atteinte par le chercheur au terme de l'analyse du troisième focus group. Il faut souligner que nous avons un observateur lors du premiers focus group mais pas des deux derniers. La présence de l'enregistrement vidéo (aux trois focus group a cependant permis de palier à ce manque).

III-1-1-1 données temporelles

Le 1^{er} focus group a duré 1h44, le second a duré 2h27 et le 3eme a duré 1h28. Le 1^{er} focus a débuté à 20h15, le second à 19h40, et le 3eme à 20h30 ; les réunions devaient en principe débuter à 19h30 mais les contraintes horaires et professionnelles des divers participants ont entraîné des modifications.

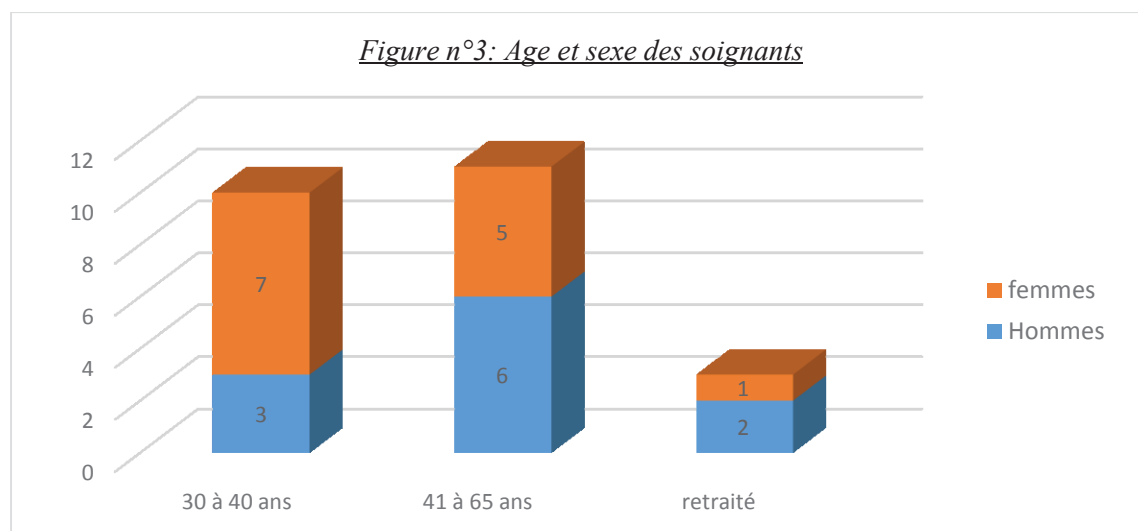
III-1-1-2 Le lieu

Les deux premières réunions ont eu lieu au conseil régional de l'ordre des médecins de Poitiers, le 3^{ème} focus n'a pu être réalisé au même endroit à la date convenue suite à un imprévu. Nous l'avons donc organisé dans une salle de réunion d'une structure privée de Poitiers, la salle étant habituellement réservée à des réunions professionnelles ou des colloques.

III-1-2 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

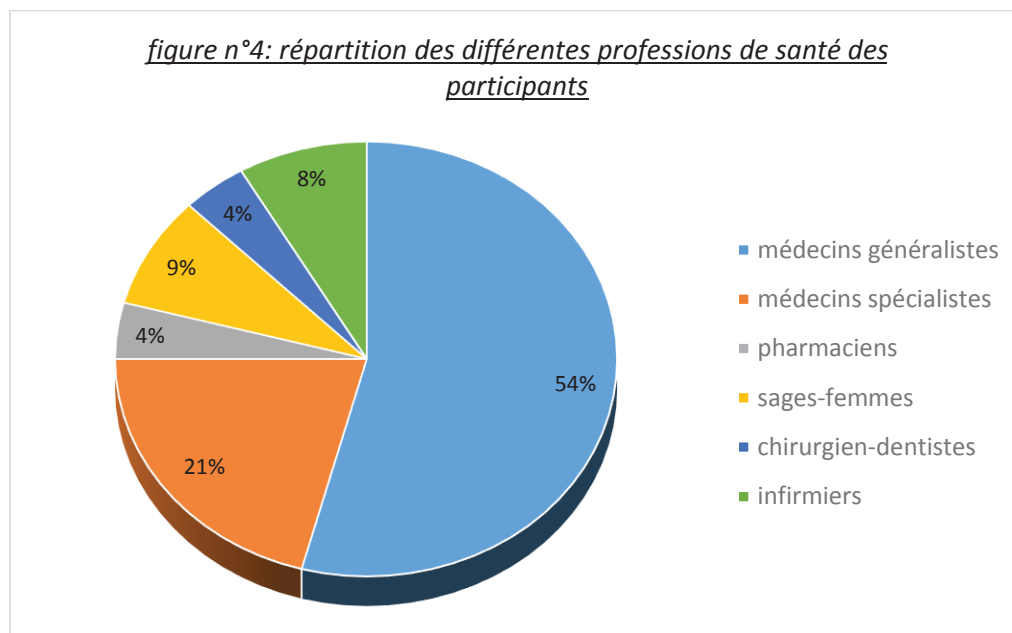
III-1-2-1 Age et sexe des participants

24 soignants ont participé à l'étude avec une répartition équitable de 8 participants par focus group. Les soignants interrogés étaient âgés de 30 ans à 69 ans. On dénombrait 13 femmes et 11 hommes (figure n°3).



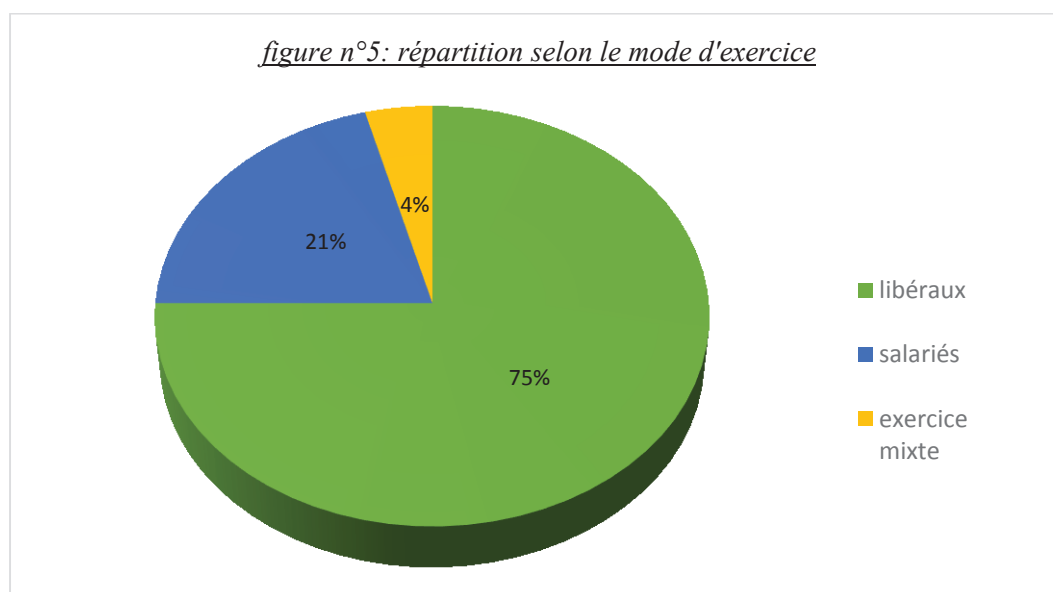
III-1-2-2 Les différentes professions de santé exercées par les participants

Parmi les 24 soignants de l'étude, on dénombrait treize médecins généralistes, cinq médecins spécialistes (un cardiologue, un radiologue, un médecin de santé publique et de prévention, un psychiatre, un médecin du travail), deux infirmières diplômées d'état, deux sages-femmes, un pharmacien d'officine et un chirurgien-dentiste (figure n°4)



III-1-2-3 Modes d'exercice des enquêtés

Au sein des 24 participants, dix-huit avaient un exercice exclusivement libéral, cinq un exercice exclusivement salarial et un soignant avait un exercice mixte; à noter que les soignants retraités ont été inclus dans la répartition en fonction de leur mode d'exercice avant retraite (figure n°5)



III-1-2-4 Département d'exercice des différents soignants

Le tableau ci-dessous montre la répartition des participants en fonction de leur département d'exercice (tableau 2) :

Département d'exercice	Vienne	Charente-Maritime	Charente	Deux-Sèvres
Nombre soignants	18	2	3	1

TABEAU 2 : REPARTITION DES PARTICIPANTS EN FONCTION DU DEPARTEMENT D'ORIGINE

III-2 PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE PAR ANALYSE THEMATIQUE

Dans ce chapitre nous détaillons les résultats en rapport avec l'analyse qualitative thématique transversale des Verbatims provenant des focus group, en citant les références encodées les plus pertinentes pour exprimer les idées contenues dans l'analyse (entre une et trois références en général pour ne pas « noyer » le lecteur) [73, 110]. Nous avons dégagé cinq grands thèmes majeurs de l'analyse de contenu : la représentation de la santé et de la prévention des soignants ; les éléments favorables à l'adhésion à un protocole de prévention ressentis et attendus ; les éléments freinateurs ressentis ou appréhendés ; le ciblage et recrutement des soignants (favorables et réfractaires) ; et enfin les caractéristiques et contenu médical ressentis et attendus au sujet des consultations de prévention.

Au sein de chacune des cinq grandes catégories d'idées aussi appelées « dimensions » en recherche qualitative [77], nous nous sommes employés à établir un résumé d'analyse globale. Nous avons aussi établi un résumé pour la plupart des sous-groupes d'idées, (aussi appelés occurrences), contenus au sein des thèmes majeurs selon les critères d'étude qualitative reconnus [86]. Ceci a été réalisé afin de rendre la lecture des résultats parfois lourds, plus claire, fonctionnelle et intéressante.

III-2-1 Conception générale et spécifique de la santé et de la prévention

III-2-1-1 Entre représentation et savoir conceptuel de la prévention

III-2-1-1-1 Une médecine anticipatrice et pluri-phasique

La prévention est perçue comme la médecine intervenant en amont de la survenue des problèmes de santé (A, B, C, D, G, E, F, L, M, T, V) :

B « Médecine d'anticipation »

L « faire ce qu'il faut pour éviter la catastrophe, savoir dépister, ouvrir les yeux pour repérer la maladie avant qu'elle ne soit visible en quelque sorte »

Elle est aussi décrite selon une approche pluri-phasique : la prévention primaire, secondaire et tertiaire (B, K, Q, R, S, V, W, T) :

S « considérer la prévention dans sa globalité c'est-à dire primaire, secondaire et tertiaire »

III-2-1-1-2 Importance de la prévention primaire

Un accent particulier est mis en avant sur l'importance de la prévention primaire (A, B, D, E, F, G, I, T) :

D « donner des consignes pour ne pas arriver aux problèmes »

M « Eviter de jeter le mégot de cigarette qui va mettre le feu plutôt que de devoir utiliser l'eau pour éteindre ce feu »

Ainsi que la place que devrait occuper une médecine d'éducation et pas forcément médicamenteuse ou para-clinique (M, R, S) :

G « ça peut ne pas forcément déboucher sur un bilan et des examens »

M « faire une médecine, en tout cas, essayer de faire une médecine sans avoir besoin de recourir au traitement si possible... »

S « il s'agit d'éduquer le patient. Prévenir la survenue d'une hypercholestérolémie ne consiste pas simplement à faire un bilan d'exploration des anomalies lipidiques ou dire au patient " attention au cholestérol ". Il faut inscrire la prévention dans une démarche d'éducation régulière et rigoureuse pour inculquer les principes d'une bonne hygiène de vie »

III-2-1-1-3 Une prévention rigoureuse

Une prévention rigoureuse est mise en avant selon le principe d'une démarche systématique, complète, scientifiquement adaptée et précoce. (A, D, F, S, T, S, V, W) :

F « un coté systématique aussi »

A « faut vraiment exploiter tous les champs »

S « Etre rigoureux dans sa démarche préventive. Ça reste de la médecine et de la même façon qu'on se doit de justifier sur le plan scientifique les examens que l'on réalise pour établir un diagnostic, il en va de même pour réaliser une surveillance, un dépistage »

W « *Un type chez qui on dépiste un diabète très tôt c'est toujours mieux qu'un gars qu'on est obligé d'amputer du pied pour un mal perforant* »

III-2-1-2 Représentations spécifiques dans une population singulière

Les soignants sont décrits comme une population particulière selon 3 aspects: l'érudition, la conception singulière et spécifique de leur santé et une vision dépréciative de leur prévention.

III-2-1-2-1 Des connaissances théoriques

Les soignants se singularisent par les connaissances qu'ils ont (E, F, G, W) :

G « *on va avoir affaire à une population particulière qui est une population médicale et paramédicale, où en principe l'information ils l'ont* »

Et qu'ils utilisent sur eux-mêmes (W) :

W « *ils utilisent aussi cette connaissance sur eux-mêmes...je pense que cette connaissance squizze un peu le processus normal de prise en charge* »

III-2-1-2-2 Perceptions particulières de leur propre santé

Deux idées principales se dégagent : une représentation déformée de leur propre santé et un ressenti d'obligation d'être en bonne santé.

a) Altération de la représentation de la santé et de la maladie

Cette dénaturation peut se manifester sous plusieurs aspects spécifiques:

♦ Le déni de la maladie (I, K, J, L, M, X) :

L « *je lui ai répondu que j'étais seulement épuisée et que ce n'était pas psy* »

K « *et comme il le niait...je l'ai vu faire des points de suture au toucher, c'est un peu chaud pour le patient quand même...le déni existe toujours* »

♦ Sentiment d'invulnérabilité du soignant en bonne santé (M, S, R) :

M « *c'est surtout dû à un sentiment d'invulnérabilité je pense* »

S « *c'est un peu la politique de l'autruche certes mais tant qu'on n'est pas étiqueté malade, on a l'impression de pouvoir continuer...on pense toujours que ça ne nous arrivera pas. Alors on continue à tenir la barre* »

♦ Une vision irrationnelle de sa propre pathologie (Q, X) :

Q « *mais qui en même temps a une vision déformée de sa pathologie* »

Notamment par une représentation plus grave ou à l'inverse une négligence (W, X) :

W « dans sa tête la douleur persistante du dos ce sera une tumeur maligne osseuse. J'ai moi-même eu une douleur lombaire l'année dernière et j'ai pas pu m'empêcher de le penser alors que la douleur était mécanique et liée à un excès d'activité physique à ce moment-là »

X « il va mal se représenter sa maladie et commencer à s'imaginer le pire où à l'inverse s'en foutre complètement »

b) L'obligation d'être en bonne santé pour les patients

Les raisons avancées sont essentiellement liées à la relation soignant-patient telles que :

♦ La craintes des patients face à un soignant malade (J, L, M, P) :

J « donc je pense qu'on n'a pas trop le droit d'être malade car ils s'inquiètent pour eux-mêmes car ils se disent que si on n'arrive pas à se soigner, comment on pourrait prendre soin d'eux ? Je pense qu'ils ont une crainte là-dessus »

♦ L'exigence des patients acceptant mal que le soignant soit malade:

■ Que ce soit sous couvert de reproche (L, K) :

L « la seule chose que je peux dire c'est qu'on nous reproche de pas prendre soin de nous... »

■ Ou sous couvert d'agacement implicite (J) :

J « dès que j'ai un petit rhume ou la voix cassée, les patients me disent : "soignez-vous bien docteur !" En particulier les personnes âgées, ça les amuse mais ils "tiquent" un peu quand même et je sens que ça les agacent. »

♦ Le ressenti d'un devoir de bonne santé vis-à-vis du patient : les soignants ressentent comme une sorte de devoir moral et éthique d'être en bonne santé (K, M, L, S, Q) :

M « c'est que là on est avec une population qui est censée prendre en charge une autre population....qui si cette population, enfin si on a affaire à quelqu'un qui a une addiction ou qui est en syndrome dépressif sévère, il est quand même en charge de patient »

Q « mais c'est tout aussi éthiquement discutable de laisser un soignant malade prendre en charge des patients si son état peut entrer en conflit avec son efficacité. Nous avons quand même un devoir ou du moins une obligation de moyen envers eux à défaut d'avoir une obligation de résultat »

Pouvant aller jusqu'à l'abnégation (J) :

J « une sorte d'abnégation du médecin dans son travail qui fait qu'on s'oublie complètement quoi, et malheureusement voilà quoi !

♦ Un manque de communication avec le patient :

Un manque de révélation sur ses potentielles faiblesses peut entretenir ce ressenti d'obligation de bonne santé (L, M, N, I) :

M « *peut-être que tant qu'on reste dans cette absence de communication sur notre potentialité à être malade ça pose problème ; un minimum de révélation sur soi et je pense qu'on descend alors d'une sorte de piédestal et que les patients, et bien ils nous voient alors plus en tant qu'humain pouvant donc tomber malade* »

III-2-1-2-3 Représentation dépréciative de leur prévention

a) prévention inadaptée et tardive

Cette vision médiocre est avancée par de nombreux soignants (A, B, C, D, G, J, P, Q, T, W) :

D « *Y a pas plus mal soigné qu'un médecin....grosso modo, quand on trouve une maladie chez un confrère c'est toujours tardif, en prévention primaire cardio-vasculaire, il n'y a rien ! Pas de cholestérol, voilà rien n'est fait comme pour le commun des mortels ! Même la base, les choses simples.* » (Haussement des épaules et moue du visage évoquant un air désabusé)

P « *pour en avoir discuté avec plusieurs cardiologues, la plupart des soignants de 50 ans et plus ne font pas ce qu'ils devraient en matière de prévention cardiovasculaire* »

b) Des causes multifactorielles

♦ Une absence de regard des autorités publiques (L, O, Q) :

Q « *les soignants enfin surtout les médecins ont un gros problème c'est qu'il n'y a personne pour les juger ou leur dire de faire attention. Et s'il se shoote, personne va s'en rendre compte ni même vérifier* »

♦ Absence d'un regard médical extérieur (A, C, D, E, G, H, L, M, W, X) :

C « *Mais si c'est pas un médecin ou autre qui me dit " ben non là ça dépasse, il faudrait quand même faire un effort* »

H « *qu'est-ce qui pousse les gens à faire leur DTP etc... ? C'est parce qu'ils ont le regard d'un médecin qui leur dit " dis-donc là ! La prochaine fois le vaccin il faut le faire parce que...voilà" ! Nous, personne est au-dessus donc si on se le dit pas....* »

♦ Désir d'autonomie et indépendance (P, T, W) :

W « *Ça m'embêterai de devoir aller consulter à chaque fois que j'ai un petit truc mais bon...* »

T « *le problème ne vient pas de ce qui est possible ou pas mais plutôt que le médecin va avoir tendance à tout faire seul tant qu'il le peut* »

♦ La profession du soignant-patient : la profession du soignant peut influencer sur la qualité de sa prise en charge préventive (H, R) :

R « *La profession du soignant-patient influe sur la prévention je trouve. Le médecin est quand même dans une catégorie à part je trouve. En fait chaque professionnel de santé est dans une catégorie à part dans le sens où il a des spécificités propres à son métier qui influe sur la prévention* »

III-2-1-3 Résumé global des représentations de la santé et de la prévention

◇ Les soignants ont une approche anticipatrice et chronologique de la prévention en général (primaire, secondaire et tertiaire). Elle se doit d'être rigoureuse, précoce systématique, complète et scientifiquement valide. Un accent particulier est porté sur la prévention primaire.

◇ Les professionnels de santé sont perçus comme une population singulière en raison de :

♦ La présence de connaissances théoriques médicales

♦ La perception particulière de leur santé avec une double vision de celle-ci : *une représentation déformée* (par déni, invulnérabilité, représentation irrationnelle de leur propre pathologie) et un *sentiment d'obligation de bonne santé* essentiellement lié à des raisons axées autour de la relation soignant-patient.

♦ Représentation dépréciative de leur prévention avec un aspect tardif et inadapté. Des causes multiples sont retrouvées (absence de regard médical, désir d'autonomie, absence de regard des autorités publiques).

III-2-2 Éléments ressentis et attendus favorisant l'adhésion à un système de prévention

III-2-2-1 Garanties d'anonymat et maintien du secret professionnel

III-2-2-1-1 Une nécessité

a) D'un point de vue global

Ces éléments sont décrits comme des conditions fondamentales et rassurantes (A, B, E, F, G, K, O, P, Q, V, X) :

F « *Donc je effectivement je pense que l'élément fondamental à mon sens et en charge c'est l'anonymat !... l'anonymat, tant effectivement de la consultation que des examens complémentaires et prise en charge potentielle derrière ; qui pourront rassurer, à mon avis, pas mal de personnes soignées, des soignants, des conséquences potentielles ! Et de pouvoir les protéger contre plein de choses effectivement qui posent problème*

aujourd'hui...donc secret à mon avis c'est le minimum, comme on l'applique aux patients mais l'anonymat dans la prévention des soignants, je pense que c'est quand même pas mal en plus. »

b) Vis-à-vis des confrères

Ils sont recherchés vis-à-vis des confrères (E, G F, O, R, S, T, V, W) :

G « Et du fait de la confidentialité et des rapports qu'on a parfois entre confrères, on n'a pas forcément envie que, ben un confrère avec qui on va travailler de temps à autre, connaisse aussi les, ce genre de choses sur nous et sur notre dossier médical ! »

La crainte d'un non-respect du secret professionnel étant évoquée comme un facteur important de non-consultation des médecins chez leurs confrères (F, O, S) :

O « je pense que c'est ça qui fait qu'on va pas se soigner. Le collègue il sait. On se rends compte qu'à la FMC ça discute plus ou moins entre eux »

S « on connaît tous les consultations cocktails et il y aussi les confidences cocktails avec les amis médecins : « t'es pas au courant ? Il y a machine qui a un diabète, ou machin qui prend du Seresta® » etc...ça bloque un peu tout ça pour consulter le médecin. Je suis cardiologue, le gars il me trouve du cholestérol, demain tout le monde se dira « t'as vu machin il a du LDL, c'est un comble pour un cardio... »

c) Vis-à-vis des patients

La crainte de croiser des patients est évoquée (B, C, E, H, I, K, L, O, P, Q, R, V) :

I « pour l'anonymat vis-à-vis des patients qu'on pourrait croiser »

P « on peut pas se retrouver nez à nez avec son patient. C'est quand même un handicap »

Notamment par peur des commérages et des fantasmes du patient (J, O, X) :

O « ils se mettent à discuter : “tiens t'as vu elle était quand même pâle, elle couve un truc” enfin bref les fantasmes vont bon train »

X « surtout que les commérages ça va vite »

d) Vis-à-vis des assurances et des institutions

Un anonymat vis-à-vis d'organismes tels que le conseil de l'ordre et l'ARS (A, B, G, H, O, R, S, W) :

H « Oui mais la prévention, pour le cas des addictions ça passe par un interrogatoire la plupart du temps ! Et comment avouer qu'on a des addictions quand justement on n'a pas cet anonymat qui est garanti...par rapport, à genre...l'Ordre, l'Etat enfin les ARS tu vois »

Vis-à-vis des assurances (privées et assurance-maladie) (O, R) :

O « *je crois que ces systèmes privés d'assurance qui vont regarder ce que tu fais ça pourrait être dangereux* »

R « *le risque c'est qu'à partir du moment où elle finance, elle ait un droit de regard sur le système de soins.*

Dans le but d'éviter une ingérence dans le système de soins des soignants (R) :

R « *Du coup ce serait une sorte d'ingérence d'une institution extérieure. C'est risqué...* »

III-2-2-1-2 Des propositions variées

a) Présence d'un laboratoire d'analyse sur le lieu de consultation

La recherche d'une efficacité d'anonymat, en limitant le risque de fuite notamment, (H, F) :

F « *Y a plein de confrères avec qui je discute effectivement, qui ne le font pas, parce qu'ils n'ont pas envie à un moment ou un autre que dans un labo lambda, il y ait des fuites sur son état de santé* »

H « *ouais pour garantir un anonymat ça veut dire qu'il faut que ce lieu spécifique soit aussi équipé d'un laboratoire d'analyse* »

b) Système de code numérique

Pourquoi pas une codification numérique pour remplacer l'aspect nominatif (E, F, G, H, W)

G « *oui sur des codes...un code qui peut être attribué éventuellement une fois qu'effectivement la prévention est partie. On peut attribuer un numéro lambda et qui correspond à pas grand-chose, effectivement, qui sera répertorié* »

W « *d'ailleurs on pourrait très bien remplir des dossiers à codes plutôt que nominatif. C'est déjà possible de le faire en radiologie sur les ordinateurs et vu que tout est informatisé...* »

c) Système de protection similaire à celui utilisé pour protéger les Elus politiques

Mettre en place un système logistique d'anonymat calqué sur le modèle des politiciens (G, H) :

H « *J'ai l'exemple que je connais bien, si tu veux, des élus ! Les élus qui ont des gros problèmes ; en particulier psychiatrique, du début à la fin, puisque l'élu est complètement protégé par le système, évidemment, il est, personne est capable de dire aujourd'hui qu'un des élus du département qui a été hospitalisé en psychiatrie, c'est impossible ! C'est complètement bétonné, protégé ! Parce qu'il y a un système qui*

protège complètement ces gens-là, et politique effectivement, pour des problèmes de la santé mentale. Donc effectivement, il y a une filière, d'emblée, dès qu'il leur arrive ce type de problématique, avec un phénomène d'anonymat et personne le sait jamais ! Donc pourquoi pas appliquer ce super système effectivement qui est appliqué à une population, heu, ce microcosme effectivement, à notre population »

d) Vecteur unidirectionnel de consultation

Eventuellement un système d'entrée-sortie différent dans le cabinet de consultation afin d'éviter de croiser d'autres patients ou confrères à la fin de la consultation (I, M) :

M « il y a quelque chose de très “pratico-pratique” auquel je pense tout de suite et que je pense ce serait très intéressant de le faire : c'est une entrée-sortie c'est-à-dire que les gens ne sont pas obligés de voir , de repasser... »

I « par la salle d'attente »

e) Système informatique sécurisé

Mettre en place une sorte de réseau intranet avec une banque de stockage sécurisée des dossiers médicaux des soignants-patient (W) :

W « ou bien encore un système sécurisé avec mot de passe et pseudo spécifique pour accéder aux données médicales... ben par exemple il pourrait y avoir une sorte de réseau intranet dans lequel se trouvent les dossiers médicaux un peu comme les banques de stockages de données de Google par exemple et seul le patient connaît son mot de passe et lorsqu'il consulte pour sa prévention il rentre son mot de passe et ça ouvre le dossier médical. Du coup le médecin qui examine à accès au dossier mais derrière une fois le dossier refermé à la fin de la consultation il ne pourra pas le rouvrir et les autres membres du réseau non plus. Ça permettrait d'augmenter la confidentialité. »

III-2-2-1-3 Les limites du maintien d'anonymat

Certains soignants évoquent cependant l'impossibilité d'un anonymat complet (E, G, T, U, W) :

G « non mais l'anonymat strict du début à la fin est impossible...djà si tu téléphones pour prendre rendez-vous, c'est plus anonyme....l'anonymat pour les bilans : les radios et autres, oui ! Mais pour aller voir un confrère heu... “je m'appelle”... »

T « l'anonymat ne restera pas longtemps parce que faut pas oublier que dans ce lieu anonyme on va rencontrer des gens : déjà le médecin qui nous examine et puis les patients dans la salle d'attente et... »

III-2-2-1-4 En Résumé

- ◇ L'anonymat et le secret professionnel sont des garanties nécessaires : vis-à-vis des confrères, des patients, des assurances et des organismes publics (ARS, Ordre).
- ◇ Ce désir est nourri par une crainte de fantasmes et commérages du patient, un ressenti négatif à l'idée d'une ingérence des autorités publiques ou ordinales. Cette crainte de non-respect du secret explique en partie la non-consultation chez un confrère.
- ◇ Plusieurs propositions pour garantir l'anonymat sont évoquées : un laboratoire d'analyse dédié, une codification numérique, un réseau intranet sécurisé avec dossier médical stocké, système d'anonymat similaire à celui des politiciens, un couloir unidirectionnel de consultation.
- ◇ Une impossibilité de maintenir un anonymat complet du début à la fin a été soulevée.

III-2-2-2 Les intérêts

Avoir un intérêt à consulter est avancé spontanément par certains soignants (G, H) :

G « *il faut qu'on ait un intérêt à aller faire de la prévention* »

Les intérêts mis en avant peuvent être répartis en deux catégories : les motivations ressenties ou attendues et les incitations économiques.

III-2-2-2-1 Les éléments motivationnels ressentis ou attendus

a) Présence d'un regard extérieur

Le regard d'un soignant extérieur peut motiver l'intéressé à réaliser une prévention assidue (G, H, J, K) :

J « *enfin moi en tout cas ça me motive de savoir qu'il y a quelqu'un qui peut surveiller si je pars à volo...ça fait un peu flic je sais mais parfois ça nous permet de rester dans les rails aussi* »

b) La curiosité

Un élan de curiosité devant la nouveauté du système favorisera la consultation (G, H) :

G « *je suis certain qu'il y aura des soignants qui se déplaceront par curiosité ! Pour voir !* »

c) Désir de santé satisfaisante

Le bénéfice personnel d'une santé satisfaisante est avancé par plusieurs soignants (D, F, J, L, M, N, O, P, V) :

F « *quelque part l'intérêt de notre santé ça nous paraît être le principal* »

N « *oui mais le fait de se faire suivre comme ça est motivé par le désir d'être bien. Au moins ça fait des gens qui vont bien et continueront d'aller bien grâce au suivi* »

d) Modèle pour la population générale

Le sentiment de devoir servir d'exemple pour la population générale constitue une motivation personnelle pour certains (D, J, N) :

D « *c'est à nous de montrer l'exemple* »

e) Empêcher un retentissement néfaste dans l'environnement professionnel

Une prévention pour prévenir ou dépister à temps des maladies et ainsi éviter un retentissement délétère dans l'environnement professionnel (J, M) :

J « *mais effectivement y a eu un dépistage de cancer du côlon tardif il me semble assez rapidement métastasé avec beaucoup de localisations secondaires... et ça a pas été simple parce que même pour ses confrères qui étaient des amis, personne était franchement au courant et l'ambiance était pas top du coup* »

M « *je me dis avec le recul qu'on ne lui a pas rendu service ni à elle ni à l'ensemble de l'équipe soignante. Peut-être que s'il y avait eu une consultation de prévention existante, on aurait pu mettre les choses à plat* »

III-2-2-2 Les incitations économiques

Les mesures économiques sont un argument fréquemment mis en avant pour favoriser l'adhésion, certains soignants annonçant spontanément l'argent comme un élément incitatif (D, G, H) :

H « *faut une carotte* »

Différentes mesures économiques incitatives sont évoquées par les soignants.

a) Assurances

Le concept d'un geste économique des assurances vis-à-vis des soignants est un élément fréquemment retrouvé sous divers aspects et modalités :

♦ Un geste économique sur l'assurance-vie (E, F, G, S) :

S « *Après pour les plus âgés, des avantages sur l'assurance-vie contenue chez nos assureurs privés c'est pas mal aussi. Nous on y gagne et eux aussi. Si on se fait dépister on tombe moins malade ou avec moins de morbidité et donc ils courent moins de risque à payer une indemnisation décès.* »

♦ Une réduction des primes d'assurances (J, M, P, S, X, W) :

P « on pourrait imaginer un truc où nos assureurs nous feraient payer moins cher notre prime d'assurance ou un truc du genre si on est dans le réseau...le réseau te remet un certificat disant que tu adhères au réseau et en présentant ça aux assureurs, ils se disent "vous adhérez au réseau, vous êtes bien pris en charge donc on diminue votre prime d'assurance" »

♦ L'idée d'un bénéfice économique mutuel est avancée par certains participants, notamment en réduisant la prévalence des pathologies psychiques (I, J, L, M, O, P, T) :

L « bah si les assurances par exemple jouent le jeu c'est donnant-donnant c'est équitable »

T « selon la CARMF il y a pas mal d'invalidités dues à des causes psychiatriques alors bon les assurances sont bien tenues de payer ces médecins. Elles feraient des économies s'ils bossaient parce qu'ils ne sont pas en dépression, burnout etc... »

♦ L'hypothèse d'une rémunération forfaitaire par l'assurance-maladie sur un principe de contrat semblable à celui du CAPI (S) :

S « un contrat comme ceux établis avec la sécu pour les ALD. Ou un truc du style CAPI. »

b) Mesures ordinales

Une proposition de réduction des cotisations ordinales a été proposée (H, S) :

H « le conseil de l'ordre pourrait dire, si vous vous faites dépister on réduit votre cotisation de 20% »

c) Rémunération des soignants-patients

Des soignants ont spontanément avancé le principe d'une rémunération des membres adhérents qui iraient consulter (G, H, Q, X) :

G « on se fait dépister puis on reçoit des sous »

Pourquoi pas en appliquant le principe des FMC : indemnisation compensant l'absence (E, V) :

V « une indemnisation de type FMC lorsque l'on va à notre consultation ce serait pas mal aussi. On s'absente une demi-journée et on est payé 10C par exemple. On est moins pénalisé par l'absence »

Mais des soignants se sont opposés à ce principe de rémunération (B, C, D, F, R, X) :

C « rémunérer des médecins pour qu'ils se fassent dépister...la prévention c'est déjà leur donner des chances aussi d'exercer plus longtemps et de gagner plus longtemps

que s'ils avaient...donc finalement c'est double avantage pour... enfin moi ça me paraît un peu choquant mais... »

Invoquant le fait que la société n'a pas à payer pour le dépistage des soignants (D, R) :

D « *Pourquoi les gens devraient payer pour qu'on se fasse dépister* »

d) Rémunération des soignants de soignants

Des interrogations sur la rémunération des soignants de soignants, ont été soulevées (C, H) :

H « *il y a la rémunération des soignants de soignants, comment ça se passe ? Qui va prendre en charge ?* »

Avec la crainte sous-jacente d'un principe de volontariat condamné à l'échec (E, G, H, U) :

U « *est-ce qu'il y aura une rémunération ? Parce que le volontariat ça va marcher un temps et sur une partie seulement de la population médicale* »

e) Mesures incitatives sur les retraites

Des avantages financiers sur les retraites sont évoqués comme une mesure incitative intéressante par plusieurs soignants (E, F, G, H, P, S, X) :

G « *vous vous faites dépister, et ben voilà on vous enlève tant de....des points de retraite en supplément ou on t'enlève tant effectivement d'abattement sur votre cotisation CARMF annuelles, enfin plein de choses comme ça, enfin tu vois ce que je veux dire !* »

Notamment auprès des jeunes médecins (S) :

S « *Des points de retraite en supplément, où on vous enlève tant d'abattement sur votre cotisation CARMF annuelle, ça peut être intéressant. Du moins pour les jeunes soignants.* »

Retrait de la carence des trois premiers mois est évoqué par des soignants (L, N) :

L « *mais en même temps ils augmentent leur prévention c'est-à-dire que ça veut dire qu'on pourrait ne plus avoir ces limitations de 3 mois par exemple.* »

III-2-2-2-3 En résumé

Deux principales occurrences sont ressorties :

◇ Les éléments motivationnels : des *variables intra-individuelles* d'une part telles que l'élan de curiosité attendu devant la mise en place d'un système de prévention et le bénéfice personnel d'une santé satisfaisante, et des *variables interindividuelles* d'autre part telles que la présence d'un regard extérieur, la volonté de constituer un exemple pour la population générale et le désir d'éviter un retentissement délétère dans l'environnement professionnel.

◇ Les mesures économiques incitatives : des gains financiers au niveau des assurances, conseils ordinaux et retraites ainsi qu'une rémunération des soignants-patients; à noter des interrogations soulevées concernant la rémunération des soignants de soignant avec la crainte d'un volontariat.

III-2-2-3 Une structure spécifique, fonctionnelle et adaptée

III-2-2-3-1 Simplification organisationnelle attendue

La recherche d'une organisation simplifiée au sein de l'ASSPC est évoquée (L, O, P) :

P « *il y a intérêt à faciliter les choses...un truc bien organisé parce que bon sinon c'est mort ! Personne n'ira* »

a) Facilitation logistique

Recherche d'une simplicité logistique du bilan de prévention avec notamment présence au même endroit de l'ensemble des éléments nécessaires au bilan (B, C, E, H, M, R, X) :

R « *elles sont essentiellement logistiques comme par exemple où aller, quand, comment c'est organisé ! Si c'est trop compliqué ça démotive* »

b) Facilitation administrative

Les soignants évoquent un besoin de facilité administrative (programmation par secrétariat, prise de RDV, disponibilité) (G, M, S, X) :

G « *tout est groupé, programmé par le secrétariat de cette consultation* »

X « *et puis avoir une facilité administrative, au niveau prise de RDV, organisation. S'il faut commencer à courir à droite et à gauche ça va vite décourager...disponibilité ou je sais, de facilité d'accès peut-être* »

a) Un élément complexe, important et symbolique

Ces critères sont spontanément évoqués par les acteurs (C, E, F, G, W, X) :

F « *c'est important le lieu hein !* »

C « *faut une symbolique forte !* »

W « *C'est compliqué de trouver un lieu adapté.* »

b) Recherche d'une structure dédiée et exclusive aux soignants

Ce désir est avancé par plusieurs participants (A, I, J, L, M, P, S, X) :

I « *je pense qu'il y aura des réticences si le centre n'est pas exclusif aux soignants* »

J « *complètement. Récemment j'ai passé une radio de l'orteil dans un cabinet de radiologie enfin bon bref et euh j'ai croisé certains de mes patients qui y vont habituellement et j'en ai croisé trois que j'avais vu la semaine passée à qui j'avais prescrit une radio et euh j'avoue que j'avais un peu honte et que j'ai piqué du nez. Je ne me suis pas senti à l'aise donc franchement je pense clairement qu'il vaut mieux qu'on reste entre soignants.* »

Pour plusieurs raisons telles que :

♦ Le désir d'anonymat (A, D, L, M, O, S, W):

S « *un lieu différent de ceux où on peut croiser les patients ou alors des horaires précis dévolus uniquement aux soignants peu importe.* »

♦ L'absence de structure de prévention pour les soignants contrairement à la population générale (H, V, X) :

V « *les patients ont par exemple le CES de Poitiers mais il n'y a pas de structures pour nous* »

♦ Le désir d'une différenciation par rapport à l'hôpital ou la Sécurité Sociale (K, O) :

K « *la consultation serait faite ailleurs comme un centre dédié ou autre pour pas avoir l'étiquette "sécu" sur la consultation ou l'étiquette "hôpital"* »

♦ Besoin de libération vis-à-vis de ses contraintes personnelles ou professionnelles (L) :

L « *quand on consulte dans son cabinet, on a tout: le téléphone, nos agenda.... on n'est pas complètement libéré, comme si on était dans un centre. C'est plus difficile. Dans le centre on est libéré de ses contraintes libérales personnelles* »

c) Critères attendus d'un tel lieu

♦ Une accessibilité à tous les soignants (B, F, G, X) :

B « *mais tout le monde a pas un cabinet. Tout ce qui est infirmières hospitalières, elles font des soins, ce sont des soignants.* »

X « *faudrait un lieu commun et accessible à tous les soignants aussi histoire de simplifier le système je pense* »

♦ Un lieu spécifiquement adapté aux soignants (E, F, S, V, W) :

F « *alors moi à mon sens il faut aussi que le professionnel se sente pris en charge comme il faut, faut vraiment un lieu adapté et plus serein.* »

♦ Désir de flexibilité du lieu avancé par certains soignants (E, G, H, O, P) :

G « *On doit faire ça chez un médecin volontaire ? Ou les confrères se déplaceraient ? Est-ce qu'il faudrait qu'un médecin se déplace pour aller chez un confrère ? Tout est possible* »

O « *faut faire quelque chose d'assez souple* »

♦ Souhait d'un lieu neutre et propice à l'écoute : (D, F, K, M, O, R, V, W, X) :

O « *donner un lieu d'écoute comme tu donnes à tes patients. Un lieu neutre, de confiance...et indépendant surtout. Parce que bon le docteur qui est alcoolique ou autre, s'il suspecte une implication extérieure genre l'ordre ou une institution publique c'est fini tu pourras plus l'attraper le "zozio"* »

V « *Enfin ceux qui bossent à l'hôpital ont la médecine du travail mais il y vont pas car c'est pas un lieu neutre je pense* »

♦ Désir d'une proximité raisonnable du lieu de prévention notamment pour les soignants les plus éloignés du département (A, F, G, Q) :

G « *je pense que la proximité est importante* »

Q « *un lieu qui reste proche de tout le monde aussi. Ou du moins situé à un endroit central. Que certains soignants un peu loin dans le département ne se sentent pas isolés par rapport au réseau de soignants puisque c'est de ça qu'il est question au final* »

d) Proposition de lieux

♦ Cabinet du médecin examinateur (G, O, S, W) :

G « *mais pour en revenir au lieu, moi comme ça j'y vais, pourquoi pas au cabinet du médecin ?* »

S « *après il n'est pas obligé de le revoir au centre mais à son cabinet* »

♦ Et pourquoi pas un cabinet médical mobile (G) :

G « *Pourquoi ce serait pas un camion qui se déplace ?* »

♦ Un centre de consultation au sein de l'hôpital (D, W)

D « *là je pense que dans un centre hospitalier qu'il y ait un centre de consultation sur place, ce serait peut-être plus confortable et plus incitatif* »

♦ Consultation sur le lieu de travail du soignant-patient (B, C, G, H) :

C « *C'est de la prévention au travail là qu'il serait nécessaire de faire...je crois que ce n'est pas la personne concernée qui doit aller sur le lieu mais peut-être la personne qui va faire la prévention, qui doit aller vers les personnes susceptible d'être en burnout* »

B « *un infirmier travaillant à l'hôpital ou un pharmacien dans son labo, peut peut-être avoir aussi des bénéfices d'une visite sur son lieu de travail* »

♦ Au conseil de l'ordre : des avantages de neutralité, d'anonymat et d'aspect centralisé en terme géographique étant avancés (A, D, F, G, Q, V) :

D « *c'est neutre le conseil de l'ordre...un lieu centralisé au conseil de l'ordre* »

V « *on peut aussi se rendre dans les ordres. On est sûr de pas croiser de patients et il n'y a pas souvent de confrère donc on est à priori tranquille côté anonymat et discrétion* »

e) Partenariat

La nécessité de faire appel à des structures existantes possédant déjà des ressources a été évoquée par certains soignants (Q, V) :

Q « *ça demandera des moyens aussi. Des ressources, du personnel, un laboratoire d'analyse si on veut calquer le modèle du CES mais ça n'est pas possible s'il n'y a pas un financement publique. Donc on sera obligé de passer par diverses structures extérieures j'ai l'impression* »

Plusieurs propositions de partenariat ont été citées notamment pour avoir accès à des lieux :

♦ La Sécurité sociale (B, W, V) :

B « *devrait-elle être à la Sécurité Sociale ? Qu'il y ait un accès à ses locaux ?* »

V « *être en association ou un truc du genre avec un organisme genre la sécu* »

♦ Une structure privée type EHPAD ou clinique (G) :

G « *Est-ce qu'on passe une convention avec une clinique, une EHPAD ou autre pour qu'ils nous mettent un cabinet à notre disposition* »

♦ Un partenariat avec le centre d'examen de santé (K)

K « on peut très bien trouver une convention avec le centre de prévention qui ferait qu'on réaliserait ces examens »

♦ Un partenariat avec le conseil de l'ordre (K) :

K « on peut très bien trouver une convention avec le conseil de l'ordre »

♦ Association avec l'ARS : avec proposition de mise en place d'un mini-centre (V) :

V « l'ARS qui mettrait à disposition une sorte de mini-centre. Un truc à peu près anonyme. »

III-2-2-3-3 Modalités de prise en charge attendues

a) Prévention incluse dans une prise en charge complète

La prévention du soignant doit s'inscrire dans une prise en charge plus globale (E, G) :

E « je crois que si on propose un dépistage, faut pouvoir proposer une prise en charge derrière »

Notamment dans un souci déontologique et d'honnêteté (E) :

E « C'est intimement lié, c'est-à-dire que ce serait malhonnête de proposer un dépistage et de dire ciao ensuite ...à partir du moment où on fait du dépistage, derrière si on ne propose pas quelque chose pour accompagner, pour prendre en charge, c'est foireux ! C'est je dirais même, c'est malhonnête »

En incluant donc l'aspect de prise en charge curative et de suivi si la prévention dévoile une anomalie (E, G, H, I, J, K, L, M, O, R, V, X) :

L « oui mais justement dépister c'est bien mais si on trouve quelque chose faut pouvoir apporter des solutions, quelque chose »

R « et puis derrière si on trouve quelque chose on fait quoi aussi. Parce que bon le gars on lui trouve du cholestérol et après on le renvoie à la maison chez son médecin traitant ? Sachant qu'en général il n'en a pas...le but c'est d'avoir un suivi »

En particulier en cas de découverte de burnout et pathologies psychiatriques (L, O, X) :

L « et si on trouve un soignant en burnout qu'est-ce qu'on en fait ? Je veux dire on parle de dépistage et prévention et tout et tout. Mais si on diagnostique un burnout ? Qu'est-ce qu'on fait ? On va pas le lâcher dans la nature le type. »

X « il faut pouvoir mettre en place une structure de soin derrière la prévention. Au moins pour traiter une dépression comme vous dites »

La nécessité de mettre en place le réseau de soin en même temps que le système de prévention est évoqué toujours dans le but d'assurer une efficacité maximale de prise en charge (H, X) :

H « *il faut absolument que le réseau de soin soit en place, pas une fois qu'on met la consultation de prévention* »

b) Prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire

♦ Prise en charge pluri-professionnelle voulue avec un dentiste et une infirmière (G, J, K, N U) :

G « *une consultation préliminaire faite par un dentiste parce qu'il y a des problèmes dentaires* »

N « *au CHU en médecine du travail avant d'être accueilli par le médecin on est d'abord vu par l'infirmière qui pèse, mesure et fait éventuellement la prise de sang...les examens basiques oui le poids, la tension* »

K « *donner plus de temps à un patient avec son infirmière plutôt que de lui demander d'aller voir celle qui va faire l'électro, celle qui va faire la prise de sang, celle qui va mesurer son tour de taille* »

Trois avantages sont avancés concernant le rôle de l'infirmière (N, K) :

- Un gain de temps pour le médecin (N) :

N « *ça peut laisser du temps à ce moment-là pour que le médecin regarde un peu les tests, les questionnaires qui ont été rempli par les patients* »

- Capacité de confiance plus grande envers l'infirmière que le médecin (N) :

N « *des fois la distance est moins grande avec l'infirmière qui pourrait voir des choses que le médecin verrait pas et puis...enfin* »

- Une préparation par l'infirmière à l'entrevue avec le médecin (K) :

K « *ça c'est très important parce que ça permet de discuter avec l'infirmière ; elle est là pour préparer un petit peu la consultation médicale* »

♦ Prise en charge médicale multidisciplinaire souhaitée, avec la possibilité d'avoir recours aux spécialistes en aval de la prévention par le médecin traitant (Q, R, S)

R « *la consultation chez le médecin traitant doit rester un élément central mais faut pouvoir ramifier tout autour des chaînes de suivi pour des prises en charges spécifiques* »

S « *rien n'empêche ensuite de l'orienter vers une structure adaptée que ce soit le psy pour une dépression, un cardiologue s'il se plaint de palpitation etc... à moins que le réseau de soignant n'ait à sa disposition de grands locaux et des praticiens de divers horizons pour assurer une prise en charge globale.* »

L'idée sous-jacente que le médecin principal de la prévention, considéré comme le médecin traitant est un médecin généraliste a d'ailleurs été évoquée (M, S) :

M « moi c'est vrai que pour ce médecin-là, celui de prévention, pour moi c'était un prérequis que c'était un médecin généraliste »

c) Un suivi modulable du soignant

L'idée d'un système de suivi personnalisé reposant sur deux sortes de consultation de prévention a été spontanément avancée par un soignant : une consultation présentielle et une consultation réalisée à distance (L) :

L « je me posais la question si on pouvait pas faire deux sortes de consultations : une consultation présentielle classique, enfin celle qu'on fait tous en gros et une consultation à distance qu'on ferait peut-être plus régulièrement par euh, par contact mail avec des résultats. On dialogue avec un médecin et on installe une consultation que si y a besoin. »

♦ La consultation à distance

Le principe de consultation à distance reposant sur la réalisation d'examens et questionnaires de santé, la consultation avec un médecin n'ayant lieu qu'en cas d'anomalie (L) :

L « de base on se dit: on fait tous les, par exemple tous les 3 ans une prise de sang, une radio tout ça et tout ça va au centre de santé des soignants. Et s'il y a des anomalies il y a une espèce de dialogue entre le médecin qui lit et puis nous. Et là il peut nous dire: "ben là ce serait bien qu'on se voit parce que il y a ça, ça, ça et puis si tout va bien ben voilà...et pourquoi pas un test optionnel ; des petits tests ou questionnaires qu'on remplit si on veut sur le web ou sur papier..." »

♦ La consultation présentielle régulière

La nécessité d'une consultation présentielle régulière a été défendue par quelques soignants en opposition à la proposition de consultation à distance proposée, pour plusieurs raisons :

- Le principe de ne pas réaliser de bilan biologique sans consultation clinique associée (N, O) :

O « c'est pas obligatoire, tu le fais ou tu le fais pas. Par contre à partir du moment où t'as fait ton bilan t'as la consultation clinique qui va avec »

- Pour habituer le patient à un suivi régulier dans le réseau (I, J, P) :

I « si on veut commencer à faire de la prévention chez le soignant mettons dès qu'il a 30 ans, on a intérêt à quand même assurer une consultation physique chez le médecin traitant. Pour rentrer dans les mœurs. »

- Pour repérer l'état psychologique du patient (J, N, O) :

O « il faut absolument voir le patient pour évaluer son état d'épuisement »

J « bah oui le piège c'est de trouver des résultats bio normaux : le patient se sent rassuré, il vient pas en consultation et on peut louper le burnout, l'épuisement etc... »

d) Réunions de groupe

L'idée de réaliser des réunions de groupes à visée thérapeutique ou au moins d'entraide a été soulevée :

- ◆ Que ce soit sur le principe des groupes BALINT (O) :

O « c'est un peu comme le principe des groupes BALINT »

Notamment pour prévenir ou aider les soignants atteints de burnout (E, V, X)

E « La consultation de groupe. C'est-à-dire réunion, et voilà ! Les confrères, si t'a envie de parler de burnout et voilà... Des gens qui connaissent un peu, venez, on en parle, et alors là on fait, et puis se dire « si je me sens en difficultés, je peux aller là et être écouté.. ! » Enfin je ne sais pas mais plusieurs modalités... Alors comment proposer un accompagnement pour éviter qu'à un moment donné ça bascule sur, et ben sur une invalidité, sur éventuellement, un suicide, sur... Et ça je crois que certainement on peut le faire en groupe ! »

- ◆ Ou le principe des associations de malades : qui réuniraient des soignants traversant la maladie au sein d'un groupe anonyme (I, P, R) :

P « par exemple que des soignants qui ont été malades se réunissent en association pour transmettre... »

R « c'est pas bête n'empêche comme idée. Créer un groupe anonyme au sein de la structure, sur le mode des alcooliques anonymes, dédié aux souffrances du soignant »

III-2-2-3-4 Les ressources

La nécessité de ressources matérielles et financières est évoquée (A, B, K, R, W, S) :

W « c'est pas censé être une salle de maison médicale de garde avec un pauvre bureau et trois chaises »

R « je veux dire il faut des moyens »

III-2-2-3-5 En résumé

L'analyse de contenu retrouve plusieurs occurrences distinctes concernant les attentes d'une structure spécifique et adaptée aux soignants :

◇ Un désir de facilitation logistique et administrative.

◇ Le lieu: évoqué comme un élément important et symbolique avec le désir d'une structure spécifiquement dédiée aux soignants, adaptée et garantissant des critères d'anonymat. Ce lieu doit être accessible à tous, neutre et situé à proximité. Plusieurs propositions de lieux ont été émises ainsi que l'idée de partenariat avec d'autres organismes.

◇ Les soignants ont exprimé le souhait d'une prévention intégrée dans une prise en charge complète ainsi qu'une approche pluri-professionnelle (dentiste et infirmier) et multidisciplinaire avec un recours possible à divers médecins spécialistes en fonction des résultats du bilan de prévention. Un désir de création de groupe pour aider les soignants (notamment ceux souffrant de burnout) a été souhaité.

◇ Un suiti modulable avec la possibilité d'une consultation à distance reposant sur des examens complémentaires et questionnaires de santé ; la consultation présenteielle avec un médecin n'ayant lieu qu'en cas d'anomalie. Cette proposition a été contestée par d'autres participants qui ont défendu le principe d'une consultation présenteielle classique systématique.

◇ La nécessité d'avoir des ressources et du matériel a été mise en avant.

III-2-2-4 La relation entre soignant et soignant-patient

III-2-2-4-1 Désir de prise en charge comme un patient lambda

Plusieurs soignants se sont plaints d'un manque de qualité dans leur prise en charge médicale et cela en raison du fait qu'ils étaient eux-mêmes des professionnels de santé (en particulier les médecins) (A, E, F, G, S, U) :

E « Y a quand même des exemples, comme moi aussi, de professionnels de santé que nous sommes qu'ont essayé à un moment ou un autre de se faire soigner ; mais le problème de la considération quand on est effectivement déjà médecin, les confrères nous considèrent pas comme un malade lambda ! On a des conseils souvent enfin voilà ! « Tu fais-ci, tu fais-ça ! », « tu prends-ci, tu prends -ça » ! On t'examine entre deux portes (tape dans ses mains pour insister sur l'aspect empressé et expéditif de l'examen) ! L'examen n'est pas toujours systématique ! Les conseils sont donnés ! Mais même quand on fait la démarche d'aller voir des confrères du style hospitalier ou dans les cliniques etc... j'ai jamais souvenir à deux ou trois exemples près me concernant,

d'avoir été traité comme un malade lambda quand même. Donc voilà ! L'examen était superficiel, les conseils ont été donnés, les conseils ont même été redonnés par mail ! Mais y a pas eu d'examen profond et pas de contrôle derrière, comme on fait pour un malade en systématique ! »

III-2-2-4-2 Qualités spécifiques attendues chez un soignant de soignant

a) Exclusivité

Le souhait d'avoir des soignants exclusivement dévolus à la prise en charge, préventive tout du moins a été mis en avant par de nombreux soignants (E, F, G, I, J, P, V) :

F « je pense que pour garantir la confiance des soignants qu'ils soignent, il faudrait qu'ils ne fassent que ça »

J « pour la médecine de premier recours enfin de prévention je pensais surtout. »

b) Neutralité

Un soignant neutre, impartial et objectif est cité comme un critère nécessaire (K, M, P, R, V) :

R « des soignants dont on soit sûr qu'ils sont objectifs ou impartiaux. Qu'on ne suspecte pas un risque de lien avec une institution même si là ça fait un peu parano »

V « il faut vraiment quelqu'un de neutre pour pouvoir faire la part des choses »

c) Expérience et vécu de la maladie

Le vécu ou l'expérience de la maladie peut être une qualité spécifique supplémentaire pour l'efficacité de la relation (K, M) :

K « effectivement le vécu des autres quand les autres en question ont été formés pour transmettre de façon correcte c'est quelque chose qui est intéressant »

Notamment pour le burnout des soignants (M) :

M « dans le burnout par exemple c'est effectivement plein de petites astuces qui vont permettre d'apprendre à gérer les mails, à gérer le temps, dire stop, se mettre une parenthèse. Et je crois que quelqu'un qui a traversé ça et qui l'a surmonté, il est riche de cette expérience. Alors elle n'est pas forcément reproductible pour chacun mais le fait d'en parler ça peut aussi donner des idées et des pistes pour trouver des petits aménagements pour aller mieux. »

d) Une formation spécifique

Les participants ont émis le souhait que le soignant de soignant ait une formation spécifique à la prise en charge de professionnels de santé (A, C, E, F, J, K, M, O, P, R, S, T) :

C « ouais ce serait une vraie spécialité, parce que je pense qu'au niveau des soignants y a des pathologies aussi qui peuvent être spécifiques dans ce domaine-là »

F « Ce qui serait très incitatif et rassurant en tout cas pour les gens et qui leur permettrait d'accéder aux consultations de prévention ; ce serait que les soignants soient identifiés comme soignants de soignants, c'est-à-dire que quelque chose de personnalisé selon moi, adapté à quelqu'un qui a l'habitude de recevoir des soignants! »

T « Il faut de l'expérience certes mais aussi une bonne formation à l'approche d'un soignant je pense. Enseigner les maths à une classe de scientifiques et une classe de littéraires, c'est pas la même pédagogie. Et bien pour les soignants c'est pareil. On n'examine pas de la même façon un patient lambda et un professionnel de santé. »

Notamment par rapport au mal-être psychique, au burnout, au risque suicidaire (G, M, O, P, Q, V, U) :

G « Est-ce qu'il ne faudrait pas une formation pour les soignants à ce moment-là? Pour devenir soignant de soignant ? Pas évident de demander à un médecin: "alors t'as envie de te flinguer?" »

V « Ouais ce serait une vraie spécialité, parce que je pense qu'au niveau des soignants il y a des pathologies aussi qui peuvent être spécifiques dans ce domaine-là. Le burnout du soignant même s'il a des points commun avec d'autres professions, a aussi des particularités c'est pour ça qu'il faut une formation particulière.»

Cette formation doit présenter plusieurs caractéristiques selon les soignants :

♦ Etre étendue à tous les professionnels de santé du réseau (K) :

K « faut former l'ensemble des membres de ce réseau s'il voit le jour pour essayer de fournir la même réponse quel que soit le soignant. Une spécificité globale pour éviter l'anarchie et améliorer l'efficacité si je puis dire. »

♦ Mettre l'accent sur les capacités et techniques d'écoute (I, J, K, N, R, X) :

N « ce qui est fondamental pour le soignant de soignant c'est sa capacité d'écoute »

R « d'abord apprendre à écouter. C'est comme au cabinet du généraliste. Quand on demande au patient ce qu'il pense du médecin : il répond souvent qu'on n'écoute pas assez ou qu'on va trop vite. »

Augmentant ainsi l'efficacité du dépistage d'un mal-être (V) :

V « surtout que souvent quand on se sent écouté on commence à déballer petit à petit sans s'en rendre compte je pense. »

♦ Accès à cette formation indépendamment de la profession du soignant ou sa spécialité médicale (J, K, L, M,) :

K « à mon avis c'est complètement indépendant de la compétence dans tel ou tel domaine... si il est formé spécifiquement pour la prévention de soignant de soignant alors son diplôme devient secondaire alors bien sûr dans les limites quand même de compétence; lire un ECG ou repérer des sous-crépitations ne peut être réalisé par un kiné ou autre. »

♦ Former les soignants sur l'importance du relationnel et sa gestion (K, M, Q, R, S, X) :

M « C'est plus dans le domaine de comment je me positionne. Parce que là on a besoin peut être encore plus qu'ailleurs que la relation soit vraiment symétrique, qu'il y est une sorte d'empathie implicite... C'est plus ce problème là qu'une problématique de compétence. Je pense qu'on est plus sur le relationnel. »

En particulier dans l'approche psychique du patient (R, S) :

S « justement cela soulève le problème de la formation de la prise en charge psy. On sait tous normalement écouter des poumons ou un cœur mais bon parler avec un gars pour savoir s'il va mal dans sa tête, l'amener à se confier, trouver les bonnes questions et les bonnes approches tout ça c'est pas facile. Le mec il arrive, tu le connais ni d'Eve ni d'Adam et tu sais qu'il est toubib et bien c'est pas évident de lui demander « tu picoles toi ? ».

L'exemple de l'éducation thérapeutique est cité pour étayer l'impact du relationnel (K) :

K « je pense que le relationnel se travaille. On peut faire le parallèle avec l'éducation thérapeutique. S'impliquer dans une relation d'éducation thérapeutique, c'est abandonner la situation du médecin qui prescrit pour devenir le médecin qui écoute, qui donne des conseils, qui négocie avec le patient »

III-2-2-4-3 La relation de confiance

a) Une nécessité

La nécessité d'une confiance envers le soignant qui sera en charge du professionnel de santé a été évoquée par plusieurs soignants (B, D, E, L, P, T, V, X) :

D « déjà faut effectivement faire confiance aux gens qui vont te prendre en charge »

♦ Pour améliorer l'efficacité d'adhésion des soignants (V) :

V « les médecins qui ne sont déjà pas partant pour se faire suivre, ça va être coton pour les faire adhérer si en plus il te fait pas confiance »

♦ Ainsi que l'efficacité de la collaboration entre le soignant et le soigné (L, X) :

L « *c'est un rapport encore plus qu'avec un patient lambda, un rapport collaboratif* »

X « *faut que le patient ait vraiment envie de se confier, qu'on ouvre la boîte noire pour voir ce qui ne va pas* »

b) Le choix et l'importance d'un médecin référent dans le réseau

Avoir un médecin référent favoriserait la relation de confiance en permettant un suivi plus efficace (D, E G, H, I, L, M, O, Q, V) :

H « *un médecin traitant qui ferait de la prévention et du coup avec qui t'aurais une vraie relation de confiance* »

V « *avoir un médecin référent, enfin un soignant qui sera toujours le même. Moins de risque comme ça...et d'où l'intérêt d'ailleurs aussi d'un médecin traitant qui suive ce genre de maladie* »

Et dans cette optique de relation de confiance : pouvoir choisir son médecin référent (D, G) :

D « *Donc je pense que ce qui serait bien aussi, c'est qu'il y ait possibilité aussi de, d'avoir aussi le choix de leur médecin référent dans une liste potentielle, qu'ils puissent choisir, qu'on leur impose pas un médecin, qu'ils puissent avoir la possibilité du choix de leur médecin. C'est quand même bien aussi de se faire soigner par qui on veut.* »

c) Une relation qui s'inscrit dans la durée

Cette relation de confiance mettra du temps à s'instaurer (E, G, K, M, O, U, X) :

M : « *le problème de la relation de confiance c'est qu'en général elle ne se construit pas en une seule entrevue. En général il faut deux ou trois entretiens et des entretiens de 50-60 minutes pour qu'il y ait une alliance thérapeutique qui commence à s'installer* »

III-2-2-4-4 En résumé

Trois occurrences se dégagent autour des qualités attendues dans une relation entre soignants :

◇ Un désir de prise en charge complète et rigoureuse comme un patient non-soignant.

◇ Le soignant de soignant doit posséder certaines qualités spécifiques pour une prise en charge efficiente : rôle exclusif au sein du réseau, être neutre et objectif, avoir éventuellement un vécu de la maladie et enfin avoir une formation spécifique pour la prise en charge de professionnels de santé.

◇ Une nécessaire relation de confiance entre le soignant et son soignant-patient pour améliorer la prévention, notamment grâce à un aspect de collaboration entre les deux soignants.

Cette relation doit s'inscrire dans la durée pour que la confiance soit acquise. Elle repose sur l'importance d'avoir un médecin référent et de pouvoir le choisir.

III-2-2-5 Résumé global des attentes pour une adhésion à la prévention

Les quatre idées majeures qui se dégagent de cette occurrence sont une garantie d'anonymat et de maintien du secret professionnel, la recherche d'intérêts qu'il s'agisse de bénéfices personnels ou de mesures incitatives économiques, la mise en place d'une structure spécifique, fonctionnelle et adaptée aux soignants (en termes de lieu, de simplification organisationnelle, de modalités de prise en charge) et enfin la volonté de voir une relation entre soignants et soignants-patients répondant à des critères de qualités telles qu'une formation spécifique, une relation de confiance et une prise en charge complète et rigoureuse.

III-2-3 Eléments freinateurs attendus ou ressentis

III-2-3-1 Les difficultés d'une relation entre soignants iso-corporatistes

Les difficultés relationnelles sont évoquées par plusieurs soignants (C, D, E, G, H, N, O, P, V) :

P « *en fait c'est la qualité du professionnel qui est un handicap grosso modo. C'est plus facile d'être vu par un soignant qui n'est pas de ma corporation que d'être vu par un soignant qui est dans le même ordre que moi.* »

N « *par contre une infirmière vue par une infirmière c'est plus compliquée* »

Difficultés modifiant la relation entre soignant et soignants-patients (G) :

G « *ça modifie effectivement notre relation en définitif* »

Ces difficultés ont été relevées sous quatre perspectives différentes.

III-2-3-1-1 La difficulté de passage à l'état de patient

Cette caractéristique est évoquée par de nombreux soignants (G, H, K, L, R, S, T) :

G « *ils ne changent pas de rôle ! Ils ne deviennent pas le patient !* »

H « *Voilà ils ne veulent pas se faire soigner mais ils continuent à diriger la consultation !* »

III-2-3-1-2 La crainte du jugement

La crainte d'un jugement par ses pairs est ressentie comme une difficulté relationnelle importante générant un malaise durant la consultation, que l'on soit dans le rôle du patient ou de l'examineur (C, D, E, F, I, K, N, P, X) :

E « *Et avouer à ses pairs que finalement on sniffe de la coke ou...Donc voilà ! La prévention on l'associe par l'interrogatoire et c'est quelque chose qui n'est pas facile à avouer. Parce qu'on se sent jugé* »

C « *c'est toujours compliqué, enfin moi je trouve que c'est toujours compliqué ! Tous les soignants que j'ai pris en charge....on est toujours un peu mal à l'aise devant un soignant !* » (Un souffle de mécontentement et de lassitude est expiré lors de l'énonciation des propos)

III-2-3-1-3 Difficultés caractérisées par un rapport de force

Un rapport de force est une gêne ressentie dans la relation avec un autre médecin (C, D, G, K) :

C « *“Vous partez, voilà !! Parce que sinon ce n'est pas faisable” mais c'est vrai qu'il y a quand même un problème du comportement des professionnels de santé de l'autre côté du fauteuil* ».

K « *ça embête d'aller voir le médecin quand on est médecin, c'est même pas une question de temps mais plutôt la problématique d'une relation de force* »

III-2-3-1-4 Difficultés spécifiques entre libéraux et hospitaliers

Des difficultés singulières sont évoquées dans la relation entre médecins libéraux et médecins hospitaliers du fait d'attentes différentes et d'un fossé implicite entre les deux types d'exercice de la médecine (J, O) :

J « *j'ai envie de dire qu'un médecin libéral c'est un peu différent d'un médecin salarié. Y a pas les même attentes, rien que déjà on parle de délai de carence, cet aspect financier, voilà donc moi je sais mais naïvement je serais quand même plus rassuré ou en tout cas en confiance avec médecin qui fait du libéral comme moi qu'un professeur d'université, de la fac, qui est au CHU; enfin je veux dire moi bon ok c'est déjà un médecin, il est de ma profession mais y a quand même un fossé implicite* »

Des différences établies dès les études entre les internes de médecine générale et de spécialités médicales favoriseraient cette difficulté (J) :

J « *Et ça j'ai envie de dire, dès les études on fait bien une différence entre les médecins spécialistes et les médecins généralistes. Nous on le ressent les internes, faut pas se leurrer donc moi voilà spontanément je me dirais que le spécialiste hospitalier, je suis pas sûr....* »

Ou encore un malaise relationnel lié au statut conceptuellement considéré comme supérieur du praticien hospitalier et/ou du chef de service hospitalier (O, V) :

V « *Quand on est généraliste et qu'on a à faire à un chef de service patron d'hôpital ça peut mettre mal à l'aise aussi. Indépendamment de sa capacité à prendre en charge*

correctement un soignant, c'est déjà assez difficile de soigner un confrère comme nous mais si en plus il y a une sorte de grade encore plus élevé on peut être vraiment gêné. »

Et enfin une impression de compréhension et d'efficacité de prise en charge du burnout différente selon que l'on est médecin libéral ou hospitalier (J, M, O, P) :

J « mais le problème c'est que je me trompe peut-être, ils sont encore moins formés ou du moins sensibles au principe du burnout... »

O « Je suis certaine qu'à l'hôpital on a des gens qui sont exténués, on le voit au moins par les soignants infirmiers, aides-soignants, kiné hospitalier dans notre patientèle mais moi je veux dire je ne connais pas toute leur problématique; Je connais ma problématique de libéral, je sais que quand l'URSSAF j'ai oublié de la payer et que je me paie 10% en plus ok; la problématique de l'hospitalier je la connais pas. C'est vrai que pour pouvoir aller chercher en effet ce qui pourrait à mon sens amener à une saturation et un burnout chez le salarié c'est plus compliqué... je pense que le burnout du libéral n'est pas le burnout de l'hospitalier »

P « c'est deux mondes différents quand même. Le fait d'être le patron peut être un facteur aggravant de burnout par exemple, avec son lot de responsabilités, faire tourner son service machin... »

III-2-3-1-5 En résumé

Quatre aspects, caractérisant les difficultés relationnelles entre soignants du même ordre, sont évoqués :

◇ La difficulté de passage pour un professionnel de santé (en particulier le médecin) de l'état de soignant à celui de patient et l'abandon de son "pouvoir".

◇ La sensation d'être jugé que l'on soit dans le rôle du soignant ou du patient (pour les troubles psychiatriques notamment) ; peur du jugement qui modifie la relation en définitif en générant un malaise entre les soignants.

◇ Un rapport de force (surtout entre médecins) compliquant encore plus la relation.

◇ Des difficultés dans la relation entre médecins libéraux et généralistes d'un côté et médecins hospitaliers d'un autre côté, dues à un fossé implicite entre les deux types d'exercice, une différenciation ressentie pendant les études entre internes de médecine générale et de spécialité, ainsi qu'un malaise relationnel en rapport avec la représentation conceptuelle d'un statut supérieur du praticien hospitalier par rapport au médecin libéral. Une impression de compréhension et prise en charge du burnout différente et inégale, selon que le soignant est libéral ou hospitalier, a aussi été évoquée.

III-2-3-2 Auto prescription et automédication

Ces deux éléments ont été avancés comme un frein à aller consulter un confrère pour une prévention par plus de la moitié des participants (A, E, G, H, J, L, M, O, P, Q, R, T, U, W) :

A « *pendant mes 42 ans d'exercice, ma prévention je l'ai faite moi-même* »

P « *le lévothyrox®, les "pharma." n'ont pas besoin de prise de sang. Il se dit ça va bien ou pas j'en prends un peu plus ou un peu moins.* »

T « *: C'est-à-dire les que professions qui ont droit d'auto-prescription vont s'auto-prescrire plus facilement. Et que le souci il est là ! A partir du moment où on peut se prescrire ce qu'on veut, pourquoi s'embêter à se déplacer chez quelqu'un, surtout si on ne va pas trop mal et c'est le cas quand on parle de prévention.* »

III-2-3-3 Difficultés intergénérationnelles dans l'approche de la prévention

Certains soignants ont évoqué le fait que les soignants plus âgés étaient moins sensibilisés au principe de la prévention que les jeunes générations et auraient donc plus de difficultés d'accès à un protocole (D, E) :

D « *Nous la jeune génération, maintenant on nous dit bien que tout est surveillé dans notre exercice, tout ça, enfin je sais pas, c'est quelque chose qui est plutôt naturel pour nous ! Après je pense que c'est en effet pour les soignants qui ont pris l'habitude depuis des années de pratiquer comme ça, que ça va être plus dur à accéder !* »

Tandis que d'autres soignants soutiennent le fait que les jeunes générations sont plus rigoureuses en ce qui concerne la prévention standard mais plus médiocre dans le domaine de la prévention des addictions (A, G) :

A « *De quelle prévention tu parles ? Quelle prévention les jeunes font plus que les vieux ?* »

G « *Standard ! Par contre la prévention dans le domaine des addictions, quand même...quand même chez les jeunes c'est pas terrible : THC, binge-drinking* »

III-2-3-4 Isolement corporatiste

La notion d'un isolement entre les différents ordres a été brièvement abordée comme élément freinateur (A, C, E, F) :

A « *t'es médecin, t'irais à l'ordre des infirmiers ?* »

C « *Même pas sûr ! (Rires) C'est plein de contradictions* »

E « *ça aussi ça peut être un frein* »

III-2-3-5 Le temps

Le facteur temporel est perçu comme une limitation pour trois raisons essentiellement :

♦ Difficultés de disponibilité

Plusieurs soignants ont évoqué le fait qu'il était compliqué de trouver le temps pour aller réaliser un protocole de prévention (A, E, F, G, H, L, O, Q, R, S, U) :

S « c'est une problématique plus profonde. Il faut prendre en compte le fait aussi qu'il est difficile pour un soignant, en particulier libéral, je dis libéral parce que ça me concerne mais je pense que ce n'est pas simple non plus à l'hôpital, mais donc oui il est difficile de s'absenter. Je peux concevoir que pas mal de toubibs préfère se gérer pour éviter de perdre du temps. Le type qui est aux 35 heures, il peut prendre un RTT pour aller faire son épreuve d'effort de contrôle mais ce n'est pas la même pour le soignant. Il ne va pas trop avoir 2 heures à claquer dans la journée alors qu'il faudrait pourtant. »

♦ Difficultés de remplacement

Trouver des remplaçants pour assurer la permanence du cabinet le temps de réaliser les examens est décrit comme difficile (en particuliers les médecins et dentistes) (Q, R, S, U) :

Q « dans le cas des pharmaciens c'est un peu moins compliqué car on peut toujours confier la boutique à ses associés ou employés, enfin à condition de pas être seul mais c'est une autre histoire. Les médecins ou dentistes ne peuvent pas toujours prendre un remplaçant le temps de s'absenter pour les examens. »

♦ Utilisation autre du temps libre (X) :

X « et quand on a enfin le temps on se dit « faut que je profite de ce temps libre pour régler certains trucs, emmener les enfants à tel endroit ou bien je sais pas moi...aller faire du sport ! »

III-2-3-6 La crainte d'une découverte de maladie

La peur d'une découverte de maladie lors du bilan de prévention a été spontanément énoncée comme une réticence à aller consulter (G, M, O, R, S) :

O « je veux dire ça va freiner les gens à aller se faire dépister. »

S « c'est toute la problématique de faire adhérer des soignants au réseau. S'ils ont trop peur certains feront l'autruche plutôt que de devoir être stoppé net dans leur activité. »

Deux types de conséquences potentielles ont été évoqués pour expliquer cette réticence :

♦ Conséquences financières délétères suite à un arrêt de travail (B, G, I, L, O, Q, R, S) :

L « *mais dès qu'on veut s'arrêter pour une cause psychiatrique on touche des indemnités qu'au bout de 3 mois...on n'a pas le droit d'être en arrêt pour angoisse, burnout, dépression.* »

S « *il y a la peur d'être malade aussi je pense. C'est un peu la politique de l'autruche certes mais tant qu'on n'est pas étiqueté malade, on a l'impression de pouvoir continuer et éviter ainsi de sérieuses pertes financières.* »

Pertes considérées comme plus sévères en cas d'exercice en milieu libéral (O) :

O « *Après je crois aussi que c'est le monde libéral qui fait qu'on se soigne pas : est-ce qu'on a le droit de soigner, est-ce qu'on a le droit de s'arrêter, est-ce qu'on pas attendre jusqu'au dernier moment avant de se faire opérer parce que 3 mois d'arrêt c'est catastrophique. Ça peut être catastrophique !voilà.* »

♦ Conséquences professionnelles (G, L) :

G « *y a des conséquences non négligeables sur le professionnel* »

Pouvant aller jusqu'à une cessation d'activité définitive (O, R) :

O « *Mais mon dermato il voit plus bien les couleurs. Qu'est-ce que je fais de lui moi après ? Il a 55 ans : " ben là docteur c'est plus trop possible dans votre profession" »*

R « *parce que si c'est une pathologie grave qu'on découvre c'est possible que le médecin ne puisse plus travailler* »

Crainte relayée par celle du reclassement professionnel jugé difficile dans le monde des soignants (J, O, R) :

R « *et le reclassement professionnel c'est pas évident dans ce milieu* »

Une appréhension particulière a été soulevée quant aux conséquences psychiatriques en cas d'obligation d'arrêt définitif de la profession de soignant (O) :

O « *Parce que si à un mec qui a 50 ans on lui dit maintenant tu peux plus rien faire et que la retraite elle est à 65 peut être 67 ans, il peut vendre sa maison son machin, il peut aller se suicider.* »

III-2-3-7 Contraintes supplémentaires

Cette appréhension a porté sur deux types de contraintes :

♦ Une crainte de rigueur supplémentaire de prévention (O) :

O « *le souci c'est que vous allez demander au soignant des choses beaucoup plus rigoureuses qu'au reste de la population.* »

♦ Une crainte de charge de travail supplémentaire (E, F, G, O)

F « *Et pour vous tous les...enfin, pour essayer de cibler le maximum de médicaux, enfin ça fait énorme comme population je sais : deux ou trois milles !* »

G « *cinq ou six milles par département ! Tu te rends compte !* »

Travail supplémentaire pouvant d'ailleurs favoriser un burnout (O) :

O « *Puis va falloir discuter des médecins que vous allez mettre là-bas parce que vous allez les mettre en burnout par rapport au travail qu'ils vont avoir à faire* »

III-2-3-8 Présence de troubles psychiatriques

La présence d'une pathologie psychiatrique, d'une addiction et d'un burnout a été présentée comme un facteur limitant la réalisation d'une prévention (la présence de la pathologie altérant le comportement médical et mental du soignant et devenant ainsi responsable de la non-consultation) (G, M, O, P, R, S) :

G « *mais c'est-à-dire, je crois que souvent des gens qui sont en burnout n'ont pas forcément notion...* »

O « *mais faire le point de leur addiction et de la psy, moi je suis pas certaine qu'ils viendront* »

M « *de toute façons c'est quelqu'un qui ne sera pas compliant à un programme comme ça, de prévention* »

S « *le souci c'est que le mec en souffrance je ne suis pas sûr qu'il ait la motivation de venir consulter. Enfin du moins s'il pense que ça ne servira à rien* »

III-2-3-9 un excès d'examens complémentaires

Un risque d'excès d'examens complémentaires est ressenti comme un élément décourageant les soignants à consulter pour un bilan de prévention (E, H, O, T, U) :

O « *Nos patients veulent leur bilan lipidique, leur NFS machin tous les ans mais ça sert à rien. On le leur fait uniquement par complaisance. Pas de prise de sang à faire tous les ans si on va bien sinon on se retrouve avec trop d'examens* »

T « *En prévention on a tendance à essayer de blinder d'examens complémentaires, y a qu'à voir le centre d'examen de santé de la sécu. Mais est-ce que le fait d'avoir ce nombre d'examen ne peut pas décourager effectivement ?* »

III-2-3-10 Résumé global des freins évoqués à la réalisation d'une prévention

De nombreux éléments inhibiteurs du désir de faire une prévention ont été évoqués :

- ◇ **Les difficultés intrinsèques relationnelles ressenties entre soignants iso-corporatistes essentiellement au nombre de quatre : Les difficultés de passage de l'état de soignant à celui de patient, la peur d'un jugement par le confrère, la présence d'un rapport de force entre les deux soignants et les difficultés liées à une différenciation entre médecins libéraux et médecins hospitalier**
- ◇ **L'auto-prescription et automédication.**
- ◇ **Des difficultés intergénérationnelles dans l'approche des principes de prévention.**
- ◇ **Difficultés liées à un isolement corporatiste (pas de communication entre les 6 ordres)**
- ◇ **Présences de troubles psychiatriques et psycho-professionnelles (burnout).**
- ◇ **La crainte de contraintes supplémentaires de rigueur et de travail.**
- ◇ **La crainte de découverte d'une maladie lors du bilan de prévention avec des conséquences financières et professionnelles délétères (pertes de revenus, arrêt définitif de l'activité, crainte du reclassement professionnel).**
- ◇ **Manque de temps avec manque de disponibilité, de remplaçant pour la permanence des soins et utilisation préférentielle autre de son temps libre restant.**
- ◇ **La crainte d'un excès d'examens complémentaires décourageant le soignant à consulter.**

III-2-4 Ciblage et recrutement des soignants dans le réseau

III-2-4-1 Déterminer la population cible

Des interrogations concernant la détermination de la population cible pour la prévention sont apparues durant les entretiens (A, D, E, G, H, O) :

D « *Et ça concerne qui aussi ? Est-ce que ça concerne tout le monde ou la population à risque ?* »

G « *et à quelle population ciblée aussi ?...quel âge, quelle tranche?* »

◆ Il a été proposé de cibler le plus grand nombre selon un principe de santé publique et réduire ensuite à ceux nécessitant de l'aide (C, T) :

C « *Mais dans la prévention ça devrait concerner tout le monde, pour essayer après de cibler une population...enfin à aider quoi !* »

T « *mais je pense qu'il faut viser le plus grand nombre comme en santé publique* »

♦ Mais aussi de cibler les populations de soignants plus âgées (E) :

E « *enfin il y a surement votre génération mais je pense qu'effectivement ceux que moi je cible effectivement c'est plus la nôtre* »

III-2-4-2 Informier pour recruter : diverses techniques évoquées

♦ Une nécessité

Il est nécessaire d'assurer une chaîne de l'information (E, T, V) :

E « *et on doit pouvoir dire à tout le monde que ça existe* »

V « *ben déjà faut être au courant. Quand on a le nez dans le guidon, on n'est pas trop au courant de ce qui se fait en matière de santé. Surtout si on va bien ou qu'on croit aller bien du moins, il y a pas de raison qu'on se demande « tiens est-ce qu'il y a un truc pour se faire dépister ? » Bon là à Poitiers il va y avoir l'histoire du réseau mais je ne suis pas sûr que beaucoup de monde soit au courant.* »

♦ Par contact direct des soignants et proposition d'un bilan de prévention (H, I, M, O)

Contacter les soignants et proposer de réaliser un bilan de prévention (H, I, M, O, P) :

H « *c'est-à-dire on contacterait les soignants, médecins et paramédicaux, pour leur proposer* »

M « *il faut que la démarche soit inverse et que ce soit le centre de prévention qui propose la venue* »

A l'aide de listes de coordonnées possédées par les conseils ordinaires (A, H X) :

X « *Les ordres sont censés avoir le numéro et/ou l'e-mail de chaque soignant donc ils peuvent facilement contacter* »

♦ Par un système de convocation régulier (M, P)

M « *il faudrait un système de fichiers avec une sorte de convocation tous les ans ou tous les deux ans par exemple* »

P « *il y a déjà dans d'autres pays je crois des systèmes un peu similaires* »

♦ Par publicité

La publicité est évoquée comme une technique possible d'information (B, G, U) :

B « *et où ferait-on de la publicité pour se faire connaître ? Parce qu'il faudra bien faire de la publicité !* »

G « *il faut communiquer ! Faut communiquer sur la prévention chez les soignants* »

Publicité qui pourrait être assurée de diverses manières :

- Par le biais des ordres (D, H, Q, T, U, X) :

D « *Bon je verrai bien, mais c'est tout à fait sujet à caution bien entendu ! Je verrai bien un lieu d'accueil dans un, moi je suis très, je verrai très bien un lieu d'accueil au conseil de l'Ordre et dans le bulletin du conseil de l'Ordre : « il existe à présent une consultation de prévention gratuite pour le personnel soignant : médecins, infirmières, kinés...etc., au conseil de l'Ordre telle date, anonyme, se renseigner, téléphoner pour prendre rendez-vous, etc.. »*

- Par le biais de l'URSSAF et l'ARS (Q, R, U) :

U « *pourquoi pas l'URSSAF et leur site internet qui propagerait de la pub.* »

Q « *je veux dire des mails, des courriers envoyés par la sécu...voir même les ARS.*»

- Par les entreprises dans le cas des soignants salariés (Q, X) :

Q « *Information par l'entreprise qui aurait elle-même reçu l'info de l'ordre ou de l'assurance-maladie à laquelle est rattaché le salarié* »

III-2-4-3 La problématique de l'accès aux réfractaires

III-2-4-3-1 Une population ciblée différente de la population rencontrée

a) Caractéristiques de la population habituellement rencontrée

Plusieurs participants ont évoqué le fait que les patients rencontrés dans les bilans de prévention sont ceux qui consultent déjà régulièrement (E, O, K, R)

E « *on fait trop de prévention avec des gens qui sont déjà très dépistés* »

O « *nous, on a fait une consultation de prévention à notre cabinet, gratuite, les gens payaient rien. Ça n'a pas très bien marché. Ils recevaient une lettre, ils devaient venir chez nous et on avait un questionnaire. Et qui on a vu ? Ceux qu'on voit d'habitude! Jamais ceux qu'on ne voit pas, ceux-là eux ne sont pas venus* »

Ces patients sont d'ailleurs ceux qui sont en meilleure santé (E, H, O) :

E « *et dans les bilans de santé de prévention quand même ceux qui viennent ce sont ceux qui sont le moins à risque, on le voit dans notre population déjà !* »

b) Les médecins : une population plus réfractaire ?

Le phénomène d'évitement de la prévention semble toucher plus particulièrement les médecins (libéraux et hospitaliers) selon certains participants (R, T) :

T « Je sais par exemple par l'intermédiaire de mes collègues de médecine du travail des hôpitaux qu'ils ont un mal fou à faire venir les praticiens en visite de contrôle à la médecine du travail, bien plus qu'avec le personnel paramédical. Ils ont toujours une bonne excuse pour se dérober. Et bon ce n'est pas obligatoire totalement. Et même avec les règles hospitalières strictes, ils y échappent...alors le médecin libéral qui exerce seul au fond de la campagne comme on disait, je n'imagine même pas la difficulté à le faire consulter... »

c) Interrogations à propos du ciblage et recrutement des réfractaires

De nombreux participants se demandent comment cibler et recruter les soignants réfractaires (C, F, H, I, K, O, R) :

C « s'ils l'appliquent rarement à eux, pourquoi...ouais...je ne sais pas trop. Je vois pas comment les faire venir ? »

K « le vrai souci : c'est comment trouver une porte d'entrée pour inciter les réfractaires à venir en consultation de prévention ? »

III-2-4-3-2 Méthodes de recrutement proposées et limites évoquées

a) La dénonciation (F)

L'idée de signaler des confrères en détresse ou souffrance morale (F)

F « Ces personnes susceptibles de burnout : il faudra qu'elles aient été dénoncées ou qu'elles aient été repérées. »

b) La sensibilisation

Idée évoquée de manière générale par plusieurs soignants (A, B, F G, H, M, W) :

F « du moins les sensibiliser »

H « leur donner envie d'aller consulter »

Notamment par une prise de conscience de leur responsabilité en tant que soignant (O, M) :

M « c'est-à-dire que leur faire comprendre que ce sont des soignants donc faut quand même qu'ils soient en bonne santé pour continuer à soigner »

Méthode qui devra s'inscrire dans la durée pour être efficiente (O, P, V) :

O « enfin ça va se construire sur des années »

V « leur faire comprendre que c'est pour leur bien. Un lavage de cerveau progressif. »

c) Mesures coercitives

♦ Par obligation d'adhésion au réseau (D, I, M, P, Q, T)

D « *imposer une visite médicale obligatoire avec un justificatif de visite* »

Q « *faut forcer la main, obliger ; je vois que ça personnellement. Il y a plein de secteur professionnel en France où c'est obligatoire après tout. Surtout les secteurs où les gens ont en charge d'autres gens. Et c'est le cas pour les soignants.* »

♦ Par limitation de l'auto prescription (G, H, Q) :

H « *Donc que ce soit pour une prise de sang ou autre chose ça va être pareil ! Alors il y en a qui vont le faire, d'autre pas, mais en tout cas nous on a cette possibilité d'auto-prescription ! Donc est-ce qu'il ne faut PAS, aussi, limiter ce genre de chose pour inciter à consulter ?!* »

Q « *ben la limiter au moins. Je ne sais dans quelle proportion mais par exemple interdire la prescription de psychotropes ou antalgiques de palier 3 par exemple... j'en reviens à ce que je disais à savoir limiter, pas interdire, mais limiter les possibilités d'auto –prescription ; les inscrire dans un cadre un peu plus réglementé en spécifiant par exemple des situations dans lesquelles on ne pourrait pas s'auto-prescrire.* »

d) Les limites et risques des mesures coercitives

Des risques de conséquences péjoratives ont cependant été formulés par certains soignants devant les propositions de mesures coercitives telles que :

♦ L'altération de la confiance chez les soignants (K) :

K « *justement l'obligation risque de ruiner la confiance* »

♦ Un risque de réduction de l'efficacité de prise en charge (G, K, L, O)

K « *Parce que les gens si ils vont contraints et forcés, ils vont minimiser les choses, chercher à éviter, chercher à échapper et y aura pas de dialogue constructif avec le soignant.* »

En particulier pour les troubles psychiatriques (N) :

N « *je crois que c'est surtout valable pour les troubles psy parce que c'est vrai qu'on dit toujours qu'il vaut mieux une adhésion du patient pour la prise en charge sinon on va dans le mur* »

♦ Un aspect contestable sur le plan des représentations éthiques, sociologiques et de santé publique de la prévention soulevé par de nombreux soignants (E, G, J, K, L, M, O, R, S, U) :

G « regarde la galère de la formation continue obligatoire, la galère hein ! Il faut 15 ans, 20 ans pour qu'elle se mette en place, alors une consultation médicale obligatoire de prévention ! »

K « la prévention obligatoire ça ne l'est plus pour les salariés alors l'imposer aux soignants ça fait bizarre ...mais l'obligation moi j'y crois pas c'est pas dans la culture française...regardez pour le dépistage de masse : c'est pas obligatoire d'aller passer une mammo, c'est pas obligatoire de faire une recherche de sang dans les selles. »

S «c'est que l'on risque de passer d'un principe de prévention censé être une possibilité et non une obligation à un principe législatif et réglementé avec une notion d'obligation et donc de contrôle comme pour un type qui a eu un test positif à l'alcool au volant et qui doit aller à la préfecture faire ses GGT tous les mois. C'est éthiquement discutable. »

♦ Un risque d'opposition franche de la communauté des soignants (D, G, M, O, S) :

G « je pense si c'est obligatoire, il y a rébellion »

III-2-4-4 Résumé global du recrutement dans le réseau

L'analyse des propos recueillis à ce sujet a permis de dégager trois principales idées :

◇ Les interrogations des participants concernant les critères de détermination de la population à cibler pour la prévention (critères de santé publique ? d'âges ?)

◇ Informer pour recruter par contact direct, par publicité, par convocation régulière.

◇ La problématique de l'accès aux réfractaires : deux grandes idées se sont démarquées :

♦ La population ciblée (celle des réfractaires) est différente de la population rencontrée ; cette dernière étant considérée comme généralement en bonne santé et consultant souvent. La population réfractaire aurait tendance selon les participants à être le plus souvent constituée de médecins.

♦ Diverses solutions ont été proposées afin de cibler et recruter ces réfractaires telles que la dénonciation des patients en souffrance psychique du moins, la sensibilisation répétée, itérative pour une prise de conscience progressive des responsabilités des soignants et enfin des mesures coercitives (obligation d'adhésion, limitation de l'auto-prescription). Ces mesures ont fait l'objet de débats et critiques par d'autres participants évoquant des risques d'opposition de la communauté des soignants, un risque de perte de confiance et d'efficacité de la prévention (surtout en cas de présence de troubles psychiques chez le soignant) et un aspect contestable sur le plan des mœurs éthiques, sociologiques et de la santé publique.

III-2-5 La consultation : caractéristiques et contenu médical attendus

III-2-5-1 Eléments d'organisation attendus ou souhaités

III-2-5-1-1 Une consultation réalisée en deux fois

Le principe d'une consultation de prévention réalisée en deux fois a été avancé avec cependant deux modèles soulevés par les participants :

♦ Un modèle dans lequel le premier temps comprendrait la conduite de l'anamnèse et la réalisation des examens complémentaires puis un second temps qui comprendrait un examen médical plus approfondi avec le médecin examinateur (K, P, Q, W) :

K « *on réalise un certain nombre d'interrogations et d'examens para-cliniques et ensuite il y a une consultation médicale.* »

W « *on applique en général un protocole d'examen conforme aux recommandations comme le bilan lipidique etc... donc on peut le faire avant et ensuite examiner le patient tranquillement* »

♦ Un autre modèle dans lequel le premier temps comprendrait un examen médical approfondi en termes d'anamnèse et d'examen clinique suivi d'une deuxième consultation qui comprendrait la réalisation de l'ensemble des examens complémentaires (A, G, H, K, S, V) :

G « *après effectivement un examen de dépistage classique, d'examen clinique fait comme il faut, alors bucco-dentaire et médecine générale fait de toutes façon dans sa globalité : une consultation d'une bonne heure ! Et ça déclenche systématiquement une deuxième consultation, et là tous les examens sont regroupés : radio, bilan sanguin, examen complémentaire par un cardiologue etc...* »

S « *Le mieux serait de répartir cela en 2 temps. Si on suit la logique médicale on devrait d'abord examiner le patient et programmer dans un second temps les examens para-cliniques en fonction de l'examen ou des critères propres au dépistage comme l'âge les antécédents familiaux etc...* »

III-2-5-1-2 Questionnaire de santé pré-consultation

Dans les éléments organisationnels attendus, il a été proposé la possibilité de remplir des questionnaires de santé chez soi à ramener le jour de la consultation (D, L, M, O, P) :

L « *l'anamnèse c'est important et puis, l'anamnèse en tout cas, c'est quelque chose qu'on pense faire direct ou on peut arriver directement avec des éléments ?* »

P « *chaque soignant arriverait avec son petit questionnaire à la consultation dédiée de prévention* »

Ou que l'on pourrait renvoyer à la structure qui ensuite convoquerait le soignant (W) :

W « *on opte pour le remplissage de questionnaires de santé avant consultation qu'on renvoie à la structure correspondante et en fonction des réponses on est convoqué à un moment t pour réaliser ses examens complémentaires et sa consultation médicale.* »

a) Les avantages

♦ Eviter les oublis lors de la consultation (L, M) :

L « *et cela lui permettrait de ne pas courir le risque d'oublier de parler de certaines choses lors de la consultation comme ça arrive souvent* »

♦ la recherche d'un gain d'efficacité temporelle et logistique (L, Q, T) :

L « *ça ferait gagner du temps* »

T « *et donc l'idée des questionnaires peut faciliter la mise en place d'examens complémentaires* »

♦ L'existence de modèles comme celui des cardiologues et des assurances (F, G, K, P, Q, U) :

K « *regardez ce qui vient de sortir les hyper-tensiologues là qui font remplir un questionnaire en 93 questions au patient chez lui tranquillement et il vient voir son médecin en consultation tranquillement avec tout l'interrogatoire prêt et ils disent que c'est des questions que tout médecin aurait posé à quelqu'un d'hypertendu. Le principe n'est pas idiot du tout.* »

P « *un peu comme à la MGEN où le patient arrive avec son petit questionnaire rempli* »

b) Les limites

♦ L'impossibilité de garantir une honnêteté totale dans les réponses (A, C, G, H, O, S, W) :

W « *par contre faut compter sur la bonne foi du remplissage de questionnaire* »

Notamment par crainte de sanctions (S) :

S « *ben potentiellement si le médecin a peur d'une divulgation d'information et de sanctions de l'ordre. Si dans le questionnaire figure la question prenez-vous du cannabis? Tu réponds oui et ça lance toute une enquête derrière par exemple. Donc tu mens.* »

Ou à cause des connaissances des soignants pouvant influencer sur les réponses (C, G, H, O, S) :

S « *si on veut tricher il n'y a rien de plus simple pour un soignant que de tricher sur un questionnaire. On connaît les réponses.* »

♦ La crainte de questionnaires longs et décourageants est aussi évoquée (K, M, P) :

P « on reçoit ça le soir, on se dit "Oula je vais pas la faire cette consultation, ça m'a l'air bien long ces questions" »

III-2-5-1-3 Guideline d'examens complémentaires réalisables avant consultation

Plusieurs soignants ont émis le désir de pouvoir réaliser les examens complémentaires de manière autonome en amont de la consultation par le biais d'un guideline indiquant quels examens réaliser en fonction des caractéristiques du patient (M, O, P) :

O « un guide détaillé qui montre ce qu'il doit faire comme examen de prévention ou de dépistage en fonction de son âge, son sexe, ses antécédents etc...un truc du genre »

Le but recherché étant un gain de temps (L, M, O, P) :

O « il sait qu'il a une fiche à faire donc il l'organise et il arrive avec tous les éléments. Ça gagne du temps »

Plusieurs méthodes logistiques ont été mises en avant par les participants pour pouvoir réaliser ces examens en fonction d'un guideline et en tenant compte de variable telle que la profession du soignant notamment:

♦ Par auto-prescription à partir d'un guideline présenté sous forme d'un questionnaire à remplir et qui en fonction des réponses indiquerait au médecin-patient quels examens se prescrire (L, P) :

P « on parlait d'un temps médical où le médecin déterminait les examens à réaliser en début de consultations et moi je voulais dire que cette partie-là pouvait se faire en auto prescription à partir d'un questionnaire à remplir par exemple, un guide. Et ensuite le soignant prend RDV pour faire son ECG sa prise de sang en fonction des réponses remplies dans le guideline etc.... »

♦ Par téléphone de manière anonyme (P) :

P «une consultation par téléphone de manière anonyme? Du style "vu ce que vous me racontez sur votre histoire vos antécédents, c'est plutôt ce bilan de prévention que vous devez faire" et là on est dans... »

♦ Une ordonnance d'examens délivrée par le centre aux « soignants non médecins » en fonction d'un questionnaire à remplir et dont les réponses indiqueraient les examens à prescrire selon un guideline protocolaire (M, O, P) :

O « le soignant remplit un questionnaire adapté que le centre élabore et à la fin du remplissage en fonction des réponses, le système lui délivre une ordonnance d'examen à réaliser avant la consultation. Ça peut être sympa »

♦ Un système mixte par internet où le soignant remplirait le questionnaire standardisé sur internet pour avoir son ordonnance d'examens complémentaires ,avec la possibilité de joindre un service par téléphone si les réponses données devaient être différentes des réponses standards (J, K, O) :

K « *un système mixte avec un formulaire web...si on sort du standard, clac veuillez appeler tel numéro* »

J « *ouais c'est ça, cocher des cases* »

III-2-5-1-4 En résumé

Plusieurs éléments d'organisation de la consultation attendus et souhaités ont été émis:

◇ Un système de consultation qui serait fait en deux temps distincts ; deux modèles étant évoqués :

♦ Une système dans lequel le premier temps serait dévolu à la réalisation d'examens complémentaires suite à une anamnèse et un deuxième temps dévolu à la consultation médicale approfondie.

♦ Ou bien un système où le premier temps serait caractérisé par un examen médical clinique approfondi et dans un second temps différé un ensemble d'examens complémentaires, déterminés par l'examen clinique réalisé lors de la première entrevue.

◇ La proposition d'un questionnaire de santé à remplir en amont de la consultation médicale; cela permettrait de gagner du temps, limiter les oublis. Des modèles déjà existants ont été cités comme exemple.

◇ Des limites ont cependant été exprimées comme l'honnêteté des réponses ne pouvant être garantie (par crainte de sanction notamment), le biais représenté par les connaissances des soignants et pouvant influencer sur les réponses et enfin le risque de découragement en cas de questionnaire trop long.

◇ Proposition d'un guideline d'examens complémentaires réalisables avant la consultation médicale. Ces examens seraient réalisés en s'appuyant sur un questionnaire à remplir et dont les réponses, selon le guideline, détermineraient la prescription de ces examens ; prescription réalisable de manière autonome si le soignant est un médecin ou délivrée par le centre si ce n'est pas le cas. Une proposition d'un système de délivrance à partir d'un entretien téléphonique ou par un questionnaire avec cases à cocher sur internet ayant aussi été évoquée.

III-2-5-2 Déroulement bi-phasique de la consultation médicale

Deux éléments principaux sont évoqués par les participants : un temps de consultation médical évoluant en 2 phases avec une première phase somatique suivie d'une seconde psychiatrique et la priorité de l'examen psychique.

III-2-5-2-1 une première phase somatique

L'idée de commencer par la sphère somatique a pour but de faciliter la mise en place de l'examen de la sphère psychique considéré comme plus délicat à aborder (I, J, L, M, O, P, V) :

M « *la porte d'entrée somatique est peut-être plus facile c'est à dire que je pense qu'il est plus facile d'amener un patient à discuter d'un facteur de stress d'anxiété etc. si on part d'un problème organique.* »

L « *c'est vrai ; ça peut être un moyen. On l'utilise déjà avec nos patients qu'on sent un peu réfractaires.* »

♦ L'avantage de la mise en place d'une alliance thérapeutique est avancé (I) :

I « *oui y a une alliance qui se passe progressivement et implicitement du coup* »

♦ Mais aussi le repérage d'une anomalie somatique pouvant orienter sur une piste psychiatrique (M, V) :

V « *Au pire on peut peut-être repérer un truc somatique qui ne va pas et qui oriente sur une piste un peu psy genre des signes cliniques d'alcoolisme ou autre.* »

♦ Un avantage apparaissant dans la durée est aussi évoqué : chaque examen organique permettant d'évaluer l'évolution de la sphère psychique au fil des consultations (I, J, O) :

O « *Parce que oui je suis venu, il y avait rien, la fois d'après il y avait un petit peu de cholestérol "nanana" mais tiens j'ai noté que tu étais fatigué; tiens la fois d'après t'as un peu de tension, "oui un divorce me tombe dessus".* »

III-2-5-2-2 Seconde phase axée sur la sphère psychique: une priorité

De nombreux soignants ont soulevé le fait que l'exploration de la sphère psychique devait être la priorité du bilan de prévention des soignants pour plusieurs raisons :

♦ Une prévalence plus élevée que pour les pathologies somatiques (E, G, F, H, M)

G « *mais par contre sont beaucoup moins bien au niveau psy entre guillemets* »

H « *Je pense qu'elle a plus d'importance que...le cholestérol etc...* »

♦ Les pathologies psychiques ressenties comme plus délétères (E, M, O) :

M « il y a le somatique et le psy, on est bien d'accord mais n'empêche que le psy fait de gros dégât »

♦ Un intérêt plus important accordé à l'étude de la sphère psychiatrique (E, G, H, K, M, O, R) :

K « ce qui nous intéresse le plus à savoir le psy »

I « c'est ce qu'on voudrait améliorer leur état psychique »

La figure n°3 ci-dessous est une modélisation que nous avons créée à partir du logiciel Nvivo et qui représente la comparaison entre le taux de références encodées issus des *Verbatims* concernant la sphère psychique (*en rouge*) et la sphère somatique (*en bleu*) ; cette modélisation surfacique d'encodage permet de voir l'importance accordée par les participants à la sphère psychique en termes d'informations énoncées au cours des 3 focus group.

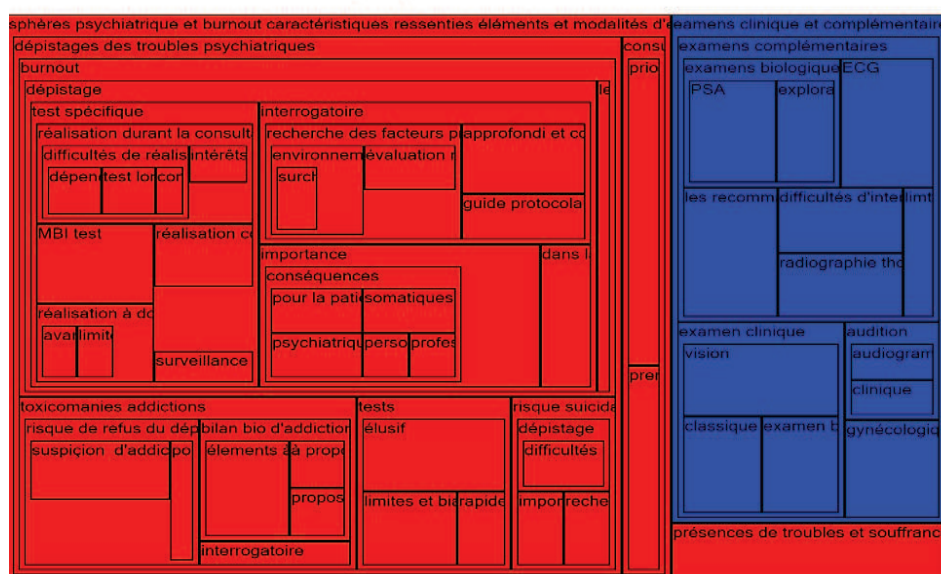


FIGURE N° 6 : COMPARATIF MODELISE DES REFERENCES ENCODEES CONCERNANT LA SPHERE PSYCHIQUE (EN ROUGE) ET SOMATIQUE (EN BLEU)

III-2-5-2-3 En Résumé

◇ De nombreux soignants ont exprimé le désir d'une consultation de prévention ayant un déroulement bi-phasique avec une première partie de consultation centrée sur la sphère organique, évoluant progressivement vers l'étude de la sphère psychique dans une seconde phase. Cette première partie apporterait plusieurs avantages :

♦ Faciliter la mise en place de l'évaluation de la sphère psychique et l'élaboration d'une alliance thérapeutique.

♦ Permettre le repérage d'une anomalie organique orientant vers une cause psychiatrique (l'exemple de signes somatiques d'alcoolisme ayant été cité).

◆Un avantage s'inscrivant dans la durée : réaliser un examen organique en première partie à chaque nouvelle consultation permettrait d'évaluer l'évolution de la sphère psychique.

◇De nombreux soignants ont aussi mis en avant le fait que la phase de dépistage des pathologies de la sphère psychique devait constituer la priorité du bilan de prévention ; les participants soulignant le fait que les professionnels de santé étaient d'une part plus touchés par les pathologies psychiatriques et d'autre part que les atteintes de la sphère psychique étaient le plus souvent sévères, leur intérêt pour l'évaluation de la phase psychiatrique étant globalement plus élevée.

III-2-5-3 Anamnèse : quelques caractéristiques évoquées

L'interrogatoire a été spontanément évoqué comme un élément nécessaire (O, P) :

O « *l'interroger aussi ; pas obligé de se jeter sur son stétho comme si on décochait une flèche. Souvent avec l'anamnèse on peut déjà repérer ou genre sentir un truc qui va pas. »*

❖ L'intuition

Certains soignants ont évoqué la notion d'intuition dans l'interrogatoire, en particulier l'intuition médicale du soignant et son expérience, face à des patients ayant des troubles psychiques (G, K, N, P, U) :

P « *le flair ça peut aider, enfin surtout avec l'expérience je pense, pour les patho un peu psy surtout. »*

Avec un apport argumentaire issu de la littérature scientifique et psychologique (J, K) :

K « *il faut d'ailleurs lire le livre de David O'Hare qui explique que l'intuition est une mise en alerte du cerveau qui permet de réagir avant que l'on pense que l'on va réagir. Le principe repose sur le fait que l'idée ou la pensée arrive avant qu'on la transforme en quelque chose de verbalisable et donc il conseille un certain nombre de méthode. Cet auteur valide l'idée de l'intuition alors que jusqu'à présent on disait "non l'intuition c'est pas scientifique »*

❖ La recherche d'un médecin référent

Un élément attendu de l'interrogatoire est la recherche de la présence d'un médecin traitant (H, J, V, W) :

J « *je reviens sur un truc, j'y pense juste là mais faudrait pas aussi penser à systématiquement demander aux patients qui viendraient s'ils ont un médecin traitant ? ça peut être un bon critère d'évaluation »*

En particulier un médecin traitant qui ne soit pas le soignant lui-même (dans le cas des médecins) (H, W) :

H « *demandeur qui a un médecin traitant autre que soi-même ! Quand il y a eu le séminaire sur le burnout, la question, une des questions c'était : » qui a un médecin traitant ? » Tout le monde a levé la main, « qui est SON médecin traitant ? » Personne l'a baissée ! »*

❖ La couverture vaccinale

Désir de s'enquérir de l'état de la couverture vaccinale du soignant sur le modèle de l'hôpital (B, H, N, T) :

N « *Les vaccins. Enfin je sais pas mais à l'hôpital on nous lâche pas avec les vaccins genre l'hépatite B ou le DTP. »*

III-2-5-4 Examens de la sphère somatique

La notion d'une prévalence plus faible mais d'une morbidité plus sévère des pathologies somatiques a été mis en avant et nécessitant de fait une prévention efficace (A, C, F, G) :

C « *il y en a moins et plus grave »*

F « *ah ben non mais on est en train, enfin il faut quand même être efficace »*

III-2-5-4-1 Examen clinique

a) Un élément classique mais nécessaire

L'importance d'un bon examen clinique avant de réaliser les examens complémentaires a été évoquée (O, R, V) :

O « *dépistage clinique global des différents appareils ; tout le monde se jette sur des examens bio de la NFS au dosage d'anticorps machin truc. Mais déjà bien examiner son patient »*

b) Quelques spécificités cliniques soulevées

Quelques éléments cliniques particuliers ont été mis en avant par certains soignants telles que :

♦ Examen bucco-dentaire (G, U)

U « *un examen dentaire aussi par un dentiste ou un stomato. On n'y pense pas assez mais outre les risques locaux régionaux d'un mauvais état bucco-dentaire il y a aussi le risque d'endocardite. »*

♦ Examen de la vision :

En termes d'acuité visuelle (H, J, K, P, S, W) :

P « *La vision. Je me dis bon c'est pas plus mal qu'on y voit quelque chose...après tout, les pilotes d'avions sont obligés d'être nickel au niveau des yeux et ils ont la charge de pleins de voyageurs ; nous, c'est un peu pareil avec les patients j'ai envie de dire...* »

W « *une mesure de l'acuité visuelle aussi* »

Ainsi qu'une étude de la vision des couleurs notamment avec un test d'ISHIARA (K, P) :

K « *avec les pathologies oculaires liées au vieillissement (et l'âge de plus en plus avancé des médecins), on observe une altération de la vision des couleurs...le test d'Ishihara vaut environ 350 euros, c'est pas excessif pour un centre* »

L'intérêt d'une meilleure prise en charge de dépistage et de diagnostic est évoqué pour justifier l'étude de la vision (P, S) :

P « *pour dépister un cancer de la peau ou un cyanose subtile...les radiologues nous assurent qu'on n'a pas de cancer mais si ils y voient rien c'est quand même un peu gênant. Et qui vérifie que le radiologue voit bien ?* »

S « *c'est vrai qu'on peut se poser la question quand il s'agit d'examiner des phénomènes minuscules. Je pense à un tracé ECG par exemple. J'ai pas envie de louper un sus-décalage.* »

III-2-5-4-2 Examen gynécologique

Certains soignants ont spontanément évoqué l'importance d'un examen gynécologique avec :

♦ Un examen clinique des seins et une mammographie (C, D, X) :

C « *un examen des seins* »

X « *une mammographie ça me semble important* »

L'idée étant étayée par une augmentation de l'incidence des tumeurs du sein (X) :

X « *l'incidence des tumeurs du sein est en augmentation* »

♦ La réalisation d'un frottis cervical (F, X)

F « *Un frottis pour les femmes* »

III-2-5-4-3 Examen de l'audition

L'évaluation de l'audition chez les soignants a été évoquée par un soignant (M) :

M « *une recherche de baisse d'audition. Je me souviens d'un vieux médecin qui était sourd comme un pot et fallait constamment tout répéter. Et je peux dire que le professeur tournesol dans les BD ça me fait rire mais dans la réalité c'est une autre histoire. Après je sais pas: un audiogramme ou un truc du genre.* »

Proposition de la réalisation d'un audiogramme mais à partir d'un certain âge seulement du fait de la durée de l'examen (K, L, M, O) :

M « *après je sais pas : un audiogramme ou un truc du genre* »

L « *d'accord avec l'idée de l'audiogramme à partir d'un certain âge seulement, 55 à 60ans, parce que bon c'est un peu long alors si on peut s'en passer* »

III-2-5-4-4 Examens complémentaires: attentes, ressentis et débats

a) les recommandations

Les soignants ont exprimé le fait que les examens complémentaires à appliquer devaient être adaptés aux recommandations des institutions faisant autorité dans le monde de la médecine et de la santé publique ainsi que des données actuelles de la science (E, G, H, I, K, O, S, W) :

H « *je veux dire : les examens de prévention, biologiques, radio machin, on se fie en général aux recommandations des grandes instances : HAS, les Américains etc...* »

K « *si je me place dans une réflexion globale, on se doit de suivre les recommandations actuelles et les données de la science* »

L'hypothèse de la création d'un comité d'experts pour établir des recommandations adaptées à la prévention des soignants a été soulevée par un soignant (P) :

P « *il faudrait un comité d'expert pour les recommandations pour la population des soignants* »

L'idée d'un suivi inconditionnel des recommandations, en particulier celle de l'HAS a été cependant remise en question par un soignant qui préconisait parfois de se fier plutôt aux sociétés françaises savantes de médecine (S) :

S « *alors là on tombe dans le principe des recommandations et en toute logique il faudrait suivre les recommandations de l'HAS. Mais à titre personnel je ne suis pas toujours d'accord avec leurs recommandations et parfois il me semble qu'il serait plus judicieux de suivre celles des sociétés françaises savantes telles que la société d'athérosclérose, de neurologie etc... leurs recommandations étant généralement basées il me semble à la fois sur les études internationales avec niveau de preuve élevé, je pense notamment l'HAS américaine je n'ai plus le nom en tête et à la fois sur leur pratique et expériences.* »

Certains examens particuliers ont fait l'objet de débats au sein des focus group (radiographie thoracique, ECG, dosage du PSA et exploration des anomalies lipidiques).

b) La radiographie thoracique

L'idée d'une radiographie thoracique, notamment en tant que radio de référence, a été soulevée par certains soignants (J, N, P) :

N « *tout travailleur hospitalier doit avoir sa RP par contre* »

P « *rien qu'en faisant aussi une RP de surveillance par exemple* »

Proposition contestée cependant par quelques soignants en l'absence d'un tabagisme et selon des arguments de radioprotection (K, L, O, W) :

K « *Sans intérêt actuellement en l'absence de tabagisme. Les normes européennes luttent contre l'excès d'irradiation. C'est même formellement interdit par une réglementation européenne que la France a ratifié en 2004-2005 et qui vise à empêcher l'irradiation sans cause réelle et sérieuse.* »

c) L'ECG (électrocardiogramme)

Idée spontanément proposée par un soignant (A) :

A « Un ECG »

Un soignant a évoqué le fait que l'ECG n'était pas systématique dans la prévention mais devait être modulé en fonction du patient, du terrain et de l'anamnèse (S) :

S « *j'ai envie de dire que tout dépend du contexte. Ça dépend de l'âge, de tares associées, d'antécédents familiaux et que sais-je encore. Je prends le cas de l'ECG, il est réalisé systématiquement à chaque hospitalisation par l'infirmière ou l'interne que le gars ait 25 ans sans cause en rapport avec... ou qu'il ait 75 ans avec un triple pontage. Est-ce que c'est judicieux ? Alors après je, enfin c'est spécial car c'est l'hôpital et on veut jamais prendre de risque, des fois que le type claquerait d'un angor de Printsmétal...mais en théorie l'ECG c'est pas censé être automatique.*»

d) Des examens biologiques spécifiquement cités

Deux examens biologiques ont été spécifiquement cités : le PSA et le bilan lipidique

♦ Un dosage du PSA a été souhaité dans le bilan de prévention (A, J) :

J « *PSA peut être chez les hommes de plus de 50 ans* »

A l'inverse plusieurs soignants se sont opposés à ce dosage en systématique (E, K)

E « *ça je ne veux pas de PSA* »

K « *non recommandation de la part de l'HAS en l'absence de facteurs de risques avérés* »

Cependant plusieurs soignants se sont interrogés sur sa pertinence dans un bilan de prévention ne sachant pas réellement quoi faire par manque de cohésion des idées entre les autorités savantes (K, O, S) ;

O « *ben la question c'est compliquée parce que moi j'ai été en réunion de FMC il y a 4/-5 mois et je voulais savoir enfin ce qu'il faut que je fasse. Je suis sorti je savais toujours pas donc je continue à les faire faire tous les ans* »

S « *pour en revenir à ce que je disais, le PSA est typiquement le marqueur qui ne fait toujours pas consensus. Les urologues le recommandent il me semble mais pas l'HAS.* »

♦ Le bilan d'exploration lipidique : un soignant a évoqué une exploration systématique des anomalies lipidiques tous les 5 ans chez un sujet à priori sain (J, K, S) :

S « *Sinon je préconise un bilan lipidique tous les 5 ans en l'absence de facteurs de risque familiaux ou une modification importante du poids suite à un changement d'habitude alimentaire. Et en l'absence de pathologies associées bien évidemment.* »

e) Examens complémentaires modulable et adaptés

Les soignants ont exprimé le souhait de moduler les examens complémentaires en termes de qualité, de fréquence afin de les adapter au soignant selon des critères tels que l'histoire médicale personnelle, l'âge ou bien encore les facteurs de risque (I, J, k, P, S, T) :

K « *donc tout ça je vais employer un jargon un petit peu personnel c'est à moduler c'est-à-dire qu'il faut l'adapter à la personne donc à la fin vous n'allez pas avoir un examen uniforme pour toutes les personnes...c'est-à-dire que l'histoire médicale compte, le suivi, la modulation selon l'œil de l'examineur* »

Avec la possibilité d'un médecin de prévention dédié en charge de cet aspect modulable (P) :

P « *et du coup on aurait un médecin de prévention dédié qui pourrait faire un vrai bilan de prévention adapté, modulé au cas précis* »

III-2-5-4-5 En résumé

- ◇ La notion d'une prévalence plus faible mais d'une morbidité plus élevée chez les soignants a été évoquée pour justifier d'une prévention somatique rigoureuse
- ◇ L'examen clinique a été avancé comme un élément nécessaire. Les soignants ont soulevé deux points particuliers : l'examen buccodentaire et l'examen de la vision.
- ◇ Certains soignants sont revenus sur l'examen gynécologique avançant le fait que l'incidence des tumeurs du sein augmentait (réalisation d'un examen clinique des seins, d'une mammographie et d'un frottis cervico-vaginal).

◇ l'examen de l'audition a été avancé. Le dépistage devant reposer sur la réalisation d'un audiogramme à partir d'un certain âge seulement.

◇ Selon les soignants, le plus important pour la réalisation des examens complémentaires est de suivre les recommandations officielles en matière de prévention (HAS, recommandations américaines).

Quelques examens ont cependant fait l'objet d'une attention particulière et de débats au sein des focus group :

◆ Il s'agit du PSA pour lequel les soignants semblaient avoir du mal à s'accorder quant à sa pertinence dans le cadre d'un bilan de prévention : certains préconisant de ne pas le faire et ainsi suivre les recommandations de l'HAS et d'autres de le faire et ainsi suivre les recommandations de la société française d'urologie.

◆ ECG : un soignant a proposé aussi la réalisation systématique d'un ECG mais d'autres ont exprimé la nécessité de moduler son indication en fonction de divers facteurs tels que les antécédents, le terrain, l'âge et la présence de pathologies associées.

◆ Un bilan d'exploration lipidique a été préconisé de manière systématique tous les 5 ans chez des sujets sains.

◇ L'idée d'adapter et moduler les examens complémentaires de prévention en fonction du patient a été soulevée avec notamment le principe d'un médecin de prévention dédié et formé à cette tâche.

III-2-5-5 Prévention des troubles psychiatriques

Les éléments de la sphère psychiatrique mis en avant par les soignants peuvent être répartis selon trois occurrences principales : le risque suicidaire, les addictions et les pathologies psychiatriques (de type trouble anxieux, de la personnalité et dépression).

III-2-5-5-1 Le risque suicidaire chez le soignant : nécessaire mais complexe

Le risque suicidaire a régulièrement été abordé par les participants selon plusieurs aspects axés sur les caractéristiques ressenties de son dépistage : sa nécessité, sa difficulté et la recherche de facteurs protecteurs.

a) Un dépistage nécessaire

Un dépistage qui est nécessaire (E, G) :

E « *ce n'est pas parce que c'est un médecin qu'on ne va pas poser la question. Ou une infirmière ou... Au contraire ! Ceux qui le font sont un peu surpris de voir que, et ben quelques fois une réponse positive alors qu'on n'attendait pas du tout* »

Notamment en raison d'un taux de réussite plus élevé chez les soignants (E, H, I, O, P) :

E « *surtout que les soignants se ratent moins, un peu moins souvent que les non-soignants* »

H « *repérer les principaux problèmes...le suicide....les anesthésistes se ratent jamais* »

b) Un dépistage difficile

Les soignants avancent la difficulté de dépistage en raison d'un abord délicat (E, I, O) :

E « *Le suicide ça va être différent. On ne peut pas, on ne peut pas dire, venez parler du suicide ! Enfin ! De vos risques de suicide ! Et là personne ne vient bien-sûr ! Et donc là on est dans une relation beaucoup plus, beaucoup plus, certainement beaucoup plus difficile* »

O « *Je veux dire c'est chaud quand même de demander à un autre médecin je sais pas moi, disons ce qui peut toucher à la sphère du psy surtout tout ce qui est dépression ou suicide....* »

L'intérêt du médecin référent est évoqué pour aider au dépistage (E) :

E « *donc on reprend ce qu'a dit ma voisine : avoir un médecin traitant qui va peser lui, dans son machin en disant...est-ce que vous avez déjà eu des risques de, des idées suicidaires ?* »

c) recherche des facteurs protecteurs

Il a aussi été proposé de rechercher les facteurs protecteurs et de ne pas juste se focaliser uniquement sur les facteurs de risque (K) :

K « *faut pas hésiter aussi au lieu de juste se focaliser sur les facteurs de risque ou ce qui ne va pas, de rechercher aussi les facteurs protecteurs, on parlait du burnout mais du suicide aussi qui peut être une conséquence du burnout d'ailleurs. L'entourage familial, les personnes à qui on peut parler quand on va pas bien. Ça c'est des éléments importants* »

III-2-5-5-2 Toxicomanies : entre nécessité et modalités de dépistage

a) Un dépistage nécessaire

L'importance du dépistage est avancée sur la base de deux arguments :

♦ L'importance épidémiologique des addictions chez les soignants (E, F, I, O, P, Q, X) :

E « *mais quand tu prends les statistiques quand même, l'addiction, quelle qu'elle soit dans notre profession est non négligeable quand même...c'est rempli chez les médecins, euh d'ailleurs pas qu'eux* »

O « *La petite bouteille de rouge que s'envoie le soignant tous les soirs, j'en ai pas mal dans ma patientèle* »

P « *on sait tous que dans les études, les soignants se "médiquent" énormément...30% des anesthésistes sont alcooliques* »

♦ Les conséquences délétères

• Sur la qualité des soins délivrés (O)

O « *parce qu'on a souvent des soignants qui sont en état d'addiction et "psychiatriquement" pas en état de prendre en charge la population qu'ils soignent* »

• Conséquences néfastes pour le soignant (O, Q) :

O « *j'ai connu il y a longtemps un médecin qui est arrivé avec 2,3g d'alcool faire ses consultations. Bon ça a mal fini cette histoire, les gendarmes sont venus ensuite, machin et quelques temps plus tard il s'est suicidé* »

b) Interrogatoire

Certains soignants ont insisté sur la recherche des addictions par l'interrogatoire (Q, T) :

T « *il ne faut pas hésiter à poser les questions. On n'a rien à perdre de toute façon. Soit il se braque et on se dit que quelque chose ne va pas soit il est réglo et on peut régler ensemble.* »

Notamment si le patient présente déjà des pathologies psychiatriques sous-jacentes (Q) :

Q « *On retrouve souvent ça chez les dépressifs ou autres.* »

c) Bilan biologique

Plusieurs soignants ont proposé une recherche biologique d'addiction systématique et dès la 1^{ère} consultation, notamment dans le but de faciliter l'acceptation de ce type de dépistage dans la durée (L, K, O) :

O « *et moi je pense que c'est bien de le faire dès le départ, parce que déjà quand tu vas commencer à mettre ça : ils vont se dire "bon ouais d'accord". Et si tu le mets mais que deux ans après, ils diront "ça y est tu vois, ça commence ça arrive et comment ça va suivre et comment..." ; bon voilà je crois que vaut mieux jouer cash tout de suite.* »

Divers éléments biologiques dans le dépistage des addictions ont été avancés :

♦ Bilan hépatique biologique évocateur d'alcoolisme (A, E, G, H, I, J, K) :

E « CDT pour la recherche d'alcoolisme »

K « ALAT, Gamma Gt, peut-être la CDT qui semble plus spécifique selon les études »

♦ recherche de toxiques reflétant une prise de psychotropes, substances opioïdes et psychoactives (E, M, Q) :

E « dépistages des toxiques urinaires et sanguines reflétant une prise de psychotropes ou autres drogues type THC, opioïdes. »

L'argument d'un accès plus facile aux médicaments par les soignants étant mis en avant (E Q) :

E « on sait tous que les professionnels de santé ont un accès plus facile aux médicaments par exemple »

d) Le refus du dépistage

Le potentiel refus du dépistage, en particulier ceux en état d'addiction, est évoqué (A, M, V) :

M « après faut qu'il accepte : le médecin alcoolique, il n'est pas débile et il va vite percuter où ça va mener »

V « "salut pisses dans le gobelet mon gars c'est juste pour voir si tu te piques mais n'y voit rien de suspect ça va bien se passer" pas sûr que la pilule passe »

Refus qui pourrait être considéré comme un signe de suspicion d'addiction (F, I, J, R) :

F « En même temps j'ai envie de dire le refus d'un de ces examens serait un signe d'alerte éventuel d'addiction que ce soit la recherche de « benzo », morphine alcool enfin les GGT ou le truc dont vous parliez. »

Refus qui peut aussi constituer une porte d'entrée pour amorcer une discussion autour de la souffrance et addiction cachée du soignant (P) :

P « du coup ça peut être une amorce à discuter de sa souffrance : "voilà t'es pas d'accord mais peut-être qu'on peut en parler" et puis celui qui le fait, on peut avoir des surprises »

III-2-5-5-3 dépistage des autres troubles psychiatriques

a) dépression et troubles de la personnalité

Des participants ont évoqué le fait que les soignants sont aussi soumis au risque de pathologies dépressive, troubles anxieux et qu'il ne faut pas négliger (E, H, L) :

E « Parce que moi je connais, on connaît tous 2 ou 3 médecins qui ont, qui sont dans un état psychique grave notamment de dépression sévère, ou qui ont décompensé... »

L « *Parce que bon il y a quand même, j'en suis sûre, des soignants qui sont en souffrance de dépression, anxieux* »

b) Tests d'évaluation psychiatrique

Certains soignants ont émis le souhait de pouvoir réaliser des tests spécifiques de dépistage de pathologies psychiatriques de types dépression ou anxiété mais rapides à réaliser (C, E, L) :

E « *tu as le Hamilton, tu as le MADRS qui dure 2, 3, 4 minutes* »

L « *on pourrait peut-être joindre un MMS ou je sais pas mais des tests très, très rapides avec le questionnaire pour voir le score d'anxiété, de dépression, de choses comme ça ?* »

L'accent étant aussi mis sur la possibilité de réaliser des tests élusifs pour éviter les biais de sélection de réponses liées aux connaissances théoriques des soignants (E, L, T) :

L « *il suffit d'un test comprenant des questions vagues du genre : "dormez-vous bien ? etc." Tu dis que tu dors pas bien, tu dis que tu te mets en colère ?* »

T « *Franchement les gens qui inventent ces tests ne sont pas trop débiles et ils se doutent que les gens peuvent tricher. Ils arrivent un peu à éviter ce problème en mettant des questions floues, trompeuses* »

III-2-5-5-4 En résumé

◇ La nécessité d'une prévention du risque suicidaire a été mise en avant, notamment à cause d'un taux de réussite plus important. Plusieurs éléments ressentis ou attendus ont été soulevés :

- ◆ Des difficultés ressenties pour aborder ce sujet.
- ◆ L'intérêt d'un médecin référent pour faciliter cette prévention du risque suicidaire.
- ◆ La recherche des facteurs protecteurs au même titre que les facteurs de risques

◇ La nécessité d'un dépistage des toxicomanies chez les soignants a été avancée en raison :

- ◆ De l'importance épidémiologique constatée chez les soignants.
- ◆ Des conséquences délétères pour le soignant et pour la qualité des soins délivrés

◇ Il doit reposer sur l'interrogatoire et sur un dépistage biologique. Plusieurs éléments ont été avancés concernant le dépistage sanguin et urinaire :

- ◆ Proposition d'un dépistage systématique et dès la 1^{ère} consultation afin de faciliter l'acceptation de cette recherche dans la durée.

◆ Réalisation d'un bilan biologique hépatique évocateur d'alcoolisme (ALAT, GammaGT, CDT) et recherches de toxiques urinaires et/ou sanguine évocatrices d'addictions aux psychotropes types benzodiazépines, cannabis et opioïdes.

◆ La notion d'un accès plus facile à certaines substances addictives type morphine a été avancée pour étayer cette recherche de toxique.

◇ Le risque de refus de cette recherche, en particulier chez les soignants atteints d'addiction a été évoqué :

◆ Refus qui constitue un signe d'appel ou de suspicion d'addiction.

◆ Refus pouvant servir d'amorce pour une discussion centrée sur la souffrance cachée du soignant.

◇ Certains participants ont proposé de réaliser un dépistage des pathologies psychiatriques de type dépression ou trouble anxieux en citant notamment le fait que les soignants étaient aussi soumis à ce genre de maladies. Ils ont proposé quelques tests, non exhaustifs, d'évaluation psychique en évoquant surtout le souhait qu'ils soient à la fois rapides et élusifs de façon à limiter le risque d'un biais de sélection des réponses.

III-2-5-6 Prévention du Burnout

III-2-5-6-1 Savoir conceptuel et représentation du burnout

a) Un problème de santé publique

Le burnout a été évoqué comme un problème de santé publique chez les professionnels de santé, du fait de sa prévalence élevée et considérée comme supérieure aux autres pathologies (E, H, J, O, P, T) :

E : 47% des médecins libéraux présenteront, présentent les symptômes du syndrome d'épuisement professionnel et j'avais en tête 55% chez les infirmières. Donc quand même un taux assez élevé..., 50% présentent, 50% des étudiants, c'est-à-dire internes en médecine générale, présentent des signes d'épuisement professionnel »

T « je veux dire si on regarde la prévalence et l'incidence du burnout chez les soignants, il est de loin supérieur aux autres pathologies »

b) une pathologie encore peu connue

Le burnout est évoqué comme une pathologie encore peu connue (L, I, S) :

I « *quand on vous dit qu'on a un burnout, on sait pas trop ce que ça veut dire. On sent que ça va pas mais on se dit pas forcément que c'est dû à un trop plein de travail et à un épuisement psychique et physique* »

S « *j'avoue personnellement que je ne suis pas un expert en la matière* »

Et considérée comme tabou il y a encore peu de temps (L) :

L « *et je ne savais pas ce que c'était car personne n'en parlait, c'était tabou* »

c) Multiples conséquences délétères

De nombreux soignants ont exprimé leurs visions et ressentis du burnout en termes de conséquences néfastes :

♦ Perte d'efficacité dans la qualité des soins délivrés (L, N, P, R, T)

P « *ben si t'es dépressive à cause d'un burnout, tu dois avoir moins d'efficacité à t'occuper de tes patients* »

T « *il a un grand retentissement sur la qualité des soins délivrés* »

♦ Altération des relations personnelles et familiales (L, O)

L « *mon entourage ne me supportait plus* »

O « *je rentre à la maison je pète les câbles. Je crie sur les gamins, je m'engueule avec mon mari* »

♦ Un risque pour sa carrière professionnelle :

Le burnout est annoncé comme préjudiciable à la carrière professionnelle (R) :

R « *ça peut nuire à ta carrière. Imagine qu'on fait une grosse erreur médicale parce qu'on n'était pas bien. C'est toute ta carrière qui est flinguée* »

♦ Apparition de troubles psychiatriques et conduites addictives :

Le burnout est avancé comme pourvoyeur de complications psychiatriques et conduites addictives (K, L, Q, R, W) :

K « *du suicide aussi qui peut être une conséquence du burnout d'ailleurs* »

R « *je veux dire, on peut devenir dépressif* »

W « *entre les psychotropes et l'alcool déjà il y a de quoi faire* »

♦ Apparition de pathologies organiques

Des pathologies organiques peuvent apparaître, essentiellement secondaires à des pathologies psychiatriques (elles-mêmes dues au burnout) (L, O, S) :

O « *et puis j'ai envie de dire : si ça va pas dans sa tête, il s'alcoolise, il développe une cirrhose, cancer machin, il fait son infarct sur coronaire saine etc..* »

III-2-5-6-2 L'importance du dépistage

Le dépistage du burnout a été spontanément évoqué comme un élément fondamental et devant constituer la priorité de la consultation de prévention (E, H, I, L, M, O, R) :

M « *oh oui c'est absolument nécessaire* »

E « *Je pense que ça paiera plus d'aller à la pêche de gens qui n'ont pas conscience du burnout, que d'autres pathologies normales qui sont des pathologies de la population* »

L « *probablement le point le plus important de la consultation de prévention* »

III-2-5-6-3 L'interrogatoire

a) Approfondi et complet

La nécessité d'un interrogatoire approfondi, complet et rigoureux a été avancée par de nombreux soignants (E, G, J, L, O, P, R, S, T, X) :

E « *Faut bétonner les questions ! Libre à toi après...Hormis que tu aies de l'hypertension artérielle ou du cholestérol, c'est pas honteux, heu... ; les troubles psychiatriques ça passe déjà moins non ? Le mec il ne va pas te dire j'ai un burnout comme on dit j'ai de la tension ! On les a tous dans nos tablettes, il suffit de jouer franc-jeu quoi la dessus. Faut y aller à fond.* »

T « *rechercher les signes spécifiques : déshumanisation, réduction de l'accomplissement personnel etc...comme on l'a dit, un interrogatoire approfondi. Faut y aller pas étape mais faut pas laisser de côté les questions* »

b) Un guide protocolaire systématisé

Le désir d'avoir une sorte de guide standardisé et protocolaire contenant les items à rechercher pour le dépistage d'un burnout est avancé (L, M, P) :

L « *qu'il y est des items quoi ! Mais bien, bien clair* »

P « *qu'il ait une sorte de protocole...une sorte de dossier standardisé, des listes, qu'on suit à l'entretien ou pour la consultation de prévention* »

c) Recherche des facteurs protecteurs et facteurs de risque du burnout

De nombreux soignants ont aussi insisté sur le fait qu'il fallait rechercher à l'interrogatoire les facteurs de risques mais aussi protecteurs concernant le burnout (J, K M, O, P, T) :

M *« Il faut vraiment à mon sens essayer de répertorier un maximum de facteurs protecteurs et de facteurs de risque. J'ai envie de dire que c'est un peu ce ratio qui va nous dire "tiens ça craint pour celui-ci ou bien" "tiens il va pas trop mal" voyez ce que je veux dire.... »*

Une recherche qui doit être systématique et régulière (O, P, T) :

P *« qu'il axe son discours là-dessus et recherche systématiquement chez tous les soignants examinés ces facteurs »*

O *« et ça permet de suivre l'évolution aux consultations suivantes : "tiens la dernière fois il était en couple, là il est seul..." »*

Dans l'intérêt d'empêcher la survenue ou l'aggravation du burnout (T) :

T *« Il faut être capable de diagnostiquer certes la pathologie mais aussi de repérer l'ensemble des facteurs autour qui peuvent influencer sur sa survenue. Surtout si on veut empêcher sa survenue justement ou son aggravation. Il faut repérer les facteurs de risques et les facteurs protecteurs et il y en a pas mal... »*

d) Interrogatoire sur l'environnement professionnel :

L'impact de l'environnement professionnel et de la surcharge de travail vis-à-vis du burnout et de ses éventuelles complications a été avancé comme un élément déterminant pour le soignant (H, J, K, L, M, N, O, P, R) :

L *« le fait d'avoir été de garde pendant 12 ans jour et nuit, un weekend sur deux etc. C'était un gros facteur de burnout »*

N *« c'était une aide-soignante qui était très désagréable avec les patients et l'équipe soignante dans un service de gériatrie et je l'ai retrouvé dans un service différent quelques années plus tard et elle était totalement différente sur le plan relationnel. Elle m'a alors expliquée qu'elle se sentait bien dans son travail et sa vie depuis qu'elle ne travaillait plus en gériatrie. »*

K *« mais clairement c'était un confrère de campagne qui faisait des heures pas possibles qui n'a pas dans son esprit même maintenant qu'il a repris, qui n'a pas l'idée de refuser des patients; pour lui toute demande est à accepter! C'est vrai que très probablement son « infarct » est dû à ça, à cette surcharge de travail »*

III-2-5-6-4 La consultation de prévention : un facteur protecteur

La consultation est un élément ressenti comme protecteur vis à vis du burnout (I, O, P) :

I *« s'il y a une confiance tout ça, ces consultations peuvent protéger contre les, comment dire, "les troubles psy", les épuisements »*

Notamment en inscrivant ces consultations dans la durée (M, N, O, S, X) :

M « *sur la durée c'est intéressant* »

O « *en commençant comme ça c'est dans des années qu'on verra peut-être moins de travail en burnout. Ça permet de voir qu'au départ c'était négatif, c'était négatif, c'était négatif, tiens c'est devenu positif. Qu'est-ce qui se passe ?* »

III-2-5-6-5 Test spécifiques : éléments attendus et débats

Les soignants ont évoqué l'aspect des questionnaires spécifiques dans le dépistage du burnout (E, F, W, X) :

X « *il faut un test de départ pour dépister un burnout alors qu'on ne connaît pas encore bien le patient* »

a) Le MBI test (Maslach Burnout Inventory test)

Ce test a été cité spontanément par des soignants (E, M, R) :

E « *le Maslach je cite celui-là parce que c'est le plus connu* »

R « *il y a le MBI test je crois* »

b) Modalités de réalisation du test

Deux aspects ont été évoqués : la nécessité d'une réalisation complète du test et le moment de réalisation ; cette dernière idée a entraîné la génération deux modèles opposables, à savoir une réalisation avant consultation et une pendant la consultation.

♦ Réalisation du test à domicile avant consultation (L, U, W) :

U « *on ne pourrait pas le faire à domicile ? Et le ramener avec le reste du questionnaire de santé* »

Permettant un gain de temps utilisable pour discuter avec le patient (X) :

X « *et puis ça laisse du temps pour discuter avec le patient et ça peut être riche en information* »

La crainte que le test ne soit pas rempli dans les mêmes conditions qu'au cabinet médical est cependant évoquée(V) :

V « *ben j'ai peur qu'il ne soit pas rempli dans les mêmes conditions.* »

♦ Réalisation du test pendant la consultation (M, O, P, V)

M « *je pense que, enfin ces test là quand on va explorer ces choses, j'aurais plutôt tendance à les faire en consultation.* »

Permettant de découvrir en même temps que le patient les complications éventuelles d'un burnout comme le risque suicidaire (J, M) :

M « *Et si il y a un risque suicidaire il vaut mieux qu'on le découvre en même temps que lui que s'il le découvre tout seul dans son coin* »

La richesse des informations récoltées autour d'une évaluation est avancée (K, M) :

M « *c'est toujours très riche ce qui se passe autour d'une évaluation comme ça, d'une échelle psychométrique quand on la fait avec le patient* »

L'inconvénient principal évoqué étant sa caractéristique chronophage (I, L, P, R, W) :

L « *(soupirs évoquant le découragement émis par le participant à l'annonce du nombre de questions que comporte le test)...y a pas un MBI test rapide ? Version courte ?* »

W « *ben il est un peu long à remplir. J'ai peur que ça prenne trop de temps. Que ça gâche un peu la consultation* »

♦ Une réalisation complète du test est évoquée comme élément important (M, O, Q, V) :

O « *oui mais en même temps dans l'aide aux soignants c'est ce qu'on recherche principalement donc je pense que c'est quand même important de le faire* »

A cause du fait qu'il y a plusieurs modes d'entrée clinique dans le burnout (M) :

M « *tout le monde ne fait pas son burnout de la même façon. Y en a qui vont commencer par la relation déshumanisée à l'autre, il y en a qui vont commencer par une problématique émotionnelle, l'autre qui va revenir chez lui avec une sensation d'insatisfaction. Et du coup il y a plusieurs possibilités de rentrer dans le truc.* »

Mais aussi à cause de la faculté qu'ont les soignants à dissimuler leur souffrance et à paraître en bonne santé (J, O) :

O « *attendez nous les soignants on est très, très doué pour, la jolie façade: " ah je vais au boulot je mets ma façade de soignant, je rentre à la maison je pète les câbles.* »

Et éviter de rater une complication pour le soignant et indirectement pour le patient (Q) :

Q « *mieux vaut passer un peu de temps dessus que de laisser filer un risque potentiel pour le soignant et indirectement tous ses patients derrière* »

c) Les limites du test

Trois principales limites ont cependant été évoquées par les participants concernant l'utilisation du MBI test :

♦ La complexité parfois ressentie des réponses à fournir (O, P) :

P « *c'est un test difficile parce qu'il demande une fréquence et souvent quand on le fait remplir aux gens, ils peuvent avoir du mal* »

♦ Un test patient-dépendant : la qualité et la pertinence des réponses fournies dans le test sont dépendantes du patient selon certains soignants (L, M, O) :

M « *faut être assez spontané, ça c'est important* »

O « *Pour les obsessionnels c'est moins évident... "est-ce que c'est la bonne réponse, est-ce que j'en mets une fois de trop"là c'est sûr que ça va prendre 45 minutes* »

♦ La connaissance théorique des soignants : cette connaissance est avancée comme un biais de réponse au test car elle entraîne un risque de tricherie sur les réponses (A, C, G, F, H, K, M, O) :

G « *tes connaissances, tu sais sur quoi ça débouche, donc tu vas peut-être sélectionner tes réponses* »

H « *le biais que tu prends c'est qu'effectivement les soignants vont peut-être tricher sur les réponses* »

En particulier s'il est dans le déni (K) :

K « *il comprend bien à quoi sert le test et donc s'il est dans le déni il va remplir le test en conséquence* »

Ou s'il refuse de passer complètement dans le statut de soignant en gardant une sorte de maîtrise (M, K) :

K « *je sais comment ça marche votre test, je garde la maîtrise sur le truc* »

III-2-5-6-6 En résumé

◇ Le burnout est évoqué comme un problème de santé publique en raison de sa prévalence élevée supérieure aux autres pathologies. Il est aussi décrit comme une pathologie peu connue.

◇ Il présente de multiples conséquences potentiellement délétères : une perte d'efficacité dans la prise en charge des patients, un retentissement familial et personnel néfaste, une apparition de troubles psychiatriques et de pathologies organiques (elles-mêmes secondaires à ces troubles psychiatriques), un préjudice au niveau de la carrière professionnelle du soignant.

◇ Le dépistage du burnout est de ce fait évoqué comme un élément fondamental, voir le plus important, attendu dans le bilan de prévention des soignants

◇ L'interrogatoire est annoncé comme un élément majeur par les soignants avec plusieurs caractéristiques attendues :

- ♦ Etre approfondi et complet.

- ◆ Mise en place d'un guide protocolaire pour assurer un dépistage systématique.
 - ◆ Une recherche systématique et régulière des facteurs de risques et protecteurs du burnout ;
 - ◆ Importance de l'évaluation de l'environnement professionnel du soignant et recherche d'une éventuelle surcharge de travail.
- ◇ La consultation de prévention est ressentie comme un élément protecteur du burnout, particulièrement en s'inscrivant dans la durée.
- ◇ Les participants ont spontanément évoqué la possibilité d'utiliser des tests spécifiques pour le dépistage du burnout. Le MBI test a été spontanément cité. Deux types d'approche quant au moment de réalisation du test ont été soulevés par les participants et ont fait débat :
- ◆ Une réalisation à domicile avant la consultation.
 - ◆ Une réalisation pendant la consultation défendue par d'autres participants.
- ◇ Plusieurs soignants ont aussi insisté sur la nécessité d'une réalisation complète du test.
- ◇ Enfin plusieurs limites concernant le test ont été énoncées comme :
- ◆ La complexité parfois ressentie des réponses à fournir.
 - ◆ Le fait que le test soit en quelque sorte patient-dépendant.
 - ◆ La connaissance théorique des soignants pouvant constituer un biais de sélection des réponses avec un risque de tricherie dans les réponses, en particulier s'il est dans le déni de sa pathologie ou qu'il refuse de glisser dans le statut de patient.

III-2-5-7 Facteurs temporels ressentis

Trois idées principales sont ressorties de l'analyse de contenu : la durée de la consultation médicale, l'appréhension d'une consultation chronophage et la fréquence adéquate des consultations.

III-2-5-7-1 Durée de la consultation attendue

Les participants ont estimé que la consultation devait durer une heure en moyenne (A, D, H, L, M) :

H « c'est une consultation occasionnelle donc avec développement, je pense qu'il faut bien une heure »

III-2-5-7-2 Un bilan de prévention chronophage

La crainte d'une consultation chronophage a été évoquée compte-tenu de tous les éléments évoqués durant les entretiens (G, H, K, N, S, W) :

K « *par contre je serais curieux de savoir le temps que tout ça prendra ? Entre l'examen clinique, l'interrogatoire, le dépistage psy...on est parti sur 240 minutes. »*

L'idée de devoir faire des choix a été soulevée par certains soignants (H, W) :

H « *on peut pas tout évaluer en une heure : le psy, le somatique, le machin »*

W « *c'est long. Il faudra peut-être faire des choix »*

III-2-5-7-3 Fréquence des consultations

Des propos ont été soulevés concernant la fréquence et ses caractéristiques :

Une fréquence de consultation équivalente à 5 ans ayant été exprimée par plusieurs soignants en s'inspirant des modèles déjà existants de la médecine du travail et de la sécurité sociale ainsi que le fait que les dépistages biologiques chez les sujets sains sont généralement réalisés tous les 5 ans selon les recommandations (H, J, K, L, O) :

K « *si on est en phase avec la Sécurité Sociale ce serait tous les 5 ans »*

O « *lorsque tout va bien et que y a pas de signes cliniques, les examens biologiques de dépistage c'est tous les 5 ans »*

Un désir ne pas avoir une fréquence de consultation trop importante du fait de la quantité d'éléments de prévention à réaliser (L, T) :

L « *oui en effet : une consultation avec examen clinique, imagerie éventuelles, bilan biologique, dépistage de patho. psychiatriques c'est lourd et ça nécessite de ne pas répéter cette consultation trop souvent sauf si on découvre un truc pas net si je puis dire. »*

Garder cependant une fréquence modulable selon le souhait du soignant (M, T, X) :

M « *il faut le voir tous les 3 ans, 4 ans ou 5 ans ou plus s'il le désire »*

III-2-5-7-4 En résumé

Les trois principales idées dégagées en ce qui concerne l'aspect temporel sont :

- ◇ La durée de la consultation médicale avec le médecin examinateur : une heure en moyenne.
- ◇ L'appréhension d'une consultation chronophage, du fait de la quantité d'éléments à dépister. L'idée de devoir faire des choix a été évoquée.
- ◇ Des interrogations soulevées quant à la fréquence de consultation ; certains ayant proposé 5 ans en se basant sur des modèles existants de prévention en France et sur les fréquences habituelles de dépistage des examens biologiques ; un désir de ne pas avoir une fréquence de consultation trop élevée du fait de la quantité d'examens à réaliser. Le principe d'une certaine souplesse avec fréquence modulable selon le souhait du soignant-patient a aussi été évoqué.

III-2-5-8 Tableau résumant les éléments attendus d'un bilan de prévention

Le tableau suivant résume les idées majeures concernant le contenu attendu d'un bilan de prévention émergées au cours des focus groupe (tableau n°3) :

Première phase somatique	◆ anamnèse, couverture vaccinale ◆ examen clinique général et adapté selon anamnèse ◆ étude de la vision des couleurs et de l'acuité visuelle ◆ examen gynécologique ◆ examen buccodentaire
Deuxième phase centrée sur la sphère psychique (élément considéré comme prioritaire dans la consultation)	◆ <u>dépistage burnout</u> (et de ses facteurs de risques et protecteurs) par interrogatoire, à l'aide d'un guide protocolaire et test spécifique (en consultation ou avant à domicile) ◆ <u>dépistage nécessaire du risque suicidaire</u> ◆ <u>dépistage systématique des addictions</u> et proposition systématique d'un bilan biologique (dès la 1^{ère} consultation) ◆ dépistage par test ou question rapide d'une dépression et trouble de la personnalité
Examens complémentaires (désirés avant ou après consultation avec le médecin selon les soignants de l'enquête)	◆ examens réalisés en fonction des <u>recommandations de prévention</u>. ◆ mais désir de <u>modulation et adaptabilité selon le patient</u> (suite à l'examen ou en fonction d'un questionnaire de santé rempli au préalable) ◆ audiogramme à partir d'un certain âge - ECG, PSA, Radio thoracique ? émergence d'un débat durant les focus group

TABLEAU N° 3: RESUME DES ELEMENTS ATTENDUS DANS LE BILAN DE PREVENTION

IV- DISCUSSION

IV-1 DE LA METHODOLOGIE

IV-1-1 Choix d'une étude qualitative

Le choix d'une démarche d'étude qualitative nous a paru plus approprié par rapport à notre question de recherche, en raison des possibilités qu'elle offre de verbaliser les ressentis, les représentations, les expériences personnelles et les attentes des soignants mais aussi d'être un complément pertinent des multiples études quantitatives réalisées dans la dernière décennie concernant la prévention et la santé ainsi que leurs caractéristiques chez les professionnels de santé (notamment en termes d'épidémiologie et de santé publique). J. Green et N. Britten expliquent d'ailleurs dans un article paru dans le BMJ [81] que la recherche qualitative peut constituer une facette complémentaire de l'Evidence-Based-Medicine (EBM) très intéressante en ce sens qu'elle nous permet de franchir le fossé qui sépare parfois l'évidence scientifique de la pratique clinique. Cette idée d'un lien complémentaire entre l'EBM et la recherche qualitative est aussi mise en avant par Popay et Williams [82] qui expliquent que la recherche qualitative peut permettre de comprendre certains phénomènes peu quantifiables comme le comportement clinique, la perception des patients (dans notre cas les soignants-patients) sur les qualités ressenties et/ou recherchées chez un soignant ou bien encore la culture organisationnelle d'un système de soins que ce soit d'une structure à une autre ou d'un pays à un autre (ceci étant aussi soumis au niveau économique du pays ou encore à la culture idéologique ou religieuse inhérente au peuple).

Ces propos mis en avant par les auteurs nous ont semblé correspondre à notre travail puisqu'il s'agissait de comprendre des phénomènes tels que le comportement des soignants vis-à-vis de leur prévention et d'identifier des éléments peu quantifiables tels que leurs attentes, désirs ou ressentis vis-à-vis d'un protocole de prévention dans la région Poitou-Charentes et pouvoir ainsi faire le lien avec les études quantitatives concernant la prévention des soignants. Les auteurs cités précédemment affirment aussi que cette démarche qualitative peut être utile comme élément de départ d'une future étude quantitative. C'est le cas notamment de la création de certains questionnaires destinés à être distribué à un grand nombre de personnes et dont le contenu a pu être au préalable élaboré à partir d'une enquête qualitative. On peut donc imaginer qu'à l'avenir des questionnaires, distribués à grande échelle, pourront être établis en vue d'une recherche d'éléments améliorant la prévention des soignants, comme par exemple les aspects nécessaires à l'adhésion dans un réseau.

De plus la méthodologie qualitative est particulièrement indiquée dans le cadre d'une recherche concernant des concepts et variables pertinents, inconnus ou que l'on désirerait comparer à des hypothèses de recherche élaborées à partir de données recueillies au préalable

par la recherche bibliographique [108]. Cela nous a semblé être le cas dans notre travail de thèse puisque nous avons cherché à identifier des variables et éléments pertinents, ressentis, attendus et inattendus, du point de vue des soignants concernant un sujet donné : *l'évaluation des possibilités de consultations de préventions pour les professionnels de santé en Poitou-Charentes*, d'un point de vue exploratoire mais aussi en complément de diverses données recueillies à travers nos recherches bibliographiques. De même la démarche qualitative peut être intéressante lorsque l'on désire rattacher un comportement (celui des soignants) à un contexte plus large (la prévention) [108, 109].

Dans la continuité de ce raisonnement, Black N. dans son ouvrage [80] avance plusieurs raisons pour justifier de l'intérêt de la recherche qualitative dans le système de soin : améliorer la précision et la pertinence des études quantitatives, identifier des variables appropriées pouvant par la suite être étudiées dans des recherches quantitatives, expliquer les résultats inattendus d'un travail quantitatif, générer des hypothèses qui pourront ensuite être testées lors de l'utilisation de méthodes quantitatives.

IV-1-2 Recueil des données qualitatives

IV-1-2-1 Les raisons du choix des focus group

Plusieurs avantages fournis par la technique du focus group nous ont amené à choisir cette méthode plutôt que l'entretien individuel ; avantages qui résident essentiellement dans les aspects positifs de l'interaction et de la dynamique de groupe [77, 106]

Notre choix repose sur le fait qu'il s'agit d'une méthode de recherche à la fois sociale et qualitative [83]. Elle est qualitative car elle encourage la libre expression et invoque une analyse des besoins, des problèmes et des solutions apportés par les participants plutôt qu'une analyse des besoins statistiques. Elle est sociale car elle traite des phénomènes connus, produits et vécus par et pour la population. Cette méthode s'inspire de la théorie de la dynamique de groupe dont le champs d'étude est l'interaction entre les membres de petits groupes dans une relation égalitaire au niveau des échanges verbaux et de l'expression des idées [77]. La parole et la pensée de tous et de chacun y sont la source même de l'analyse et elle fait appel à l'expression libre et spontanée des participants, en termes d'expérience, perception, représentation sur une problématique donnée.

Cette interaction permanente entre les différents participants a été à la source d'un enrichissement important en termes d'idées et d'informations fournies durant nos focus group. Les discussions durant les 3 réunions ont favorisé l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses et parfois antagonistes. Des divergences d'opinions parfois marquées sont apparues mais elles ont

favorisé l'expression et la discussion d'opinions controversées. Plusieurs participants ont défendu leurs opinions, valeurs et préférences. Cet aspect collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans les entretiens individuels [77, 105, 106] ; phénomène qui nous a semblé intéressant compte-tenu de l'importance et de l'étendue de notre question de recherche.

Il s'agit aussi d'une méthode très utilisée et dont la preuve et l'efficacité ont été reconnues dans les pays anglo-saxons notamment au niveau des soins primaires et de l'évaluation des perceptions concernant des phénomènes relatifs à la santé, que ce soit par la vision des patients ou par celle des soignants [104, 105], bien que cela soit encore peu appliqué en France dans le domaine de la médecine. En effet, dans un article publié dans « Recherche en Médecine générale » dans la revue du praticien, un groupe de médecins de la région Rhône-Alpes [77] a réalisé une consultation sur Medline (23 février 2003) qui a permis d'identifier 2924 publications référencées sous le mot clé *Focus group* (sans limitation temporelle). La répétition de la requête en spécifiant « langue française » n'a identifié que 17 publications. Nous avons-nous-même réitéré cette recherche. Une consultation sur PubMed réalisée le 22 avril 2014 a permis de référencer 6716 publications contenant les mots clés Focus group et qualitatif durant les 5 dernières années soit depuis 2009, parmi ces publications médicales seulement 51 étaient d'origine française.

Cette méthode est aussi jugée comme pertinente pour identifier des attentes, des besoins et des solutions adéquates d'une certaine population à un problème spécifique [108, 109], ce qui nous a semblé cohérent avec notre sujet de recherche. Cette méthode permet de saisir toute la complexité psychosociale des problèmes de santé en permettant notamment d'identifier et d'approfondir la compréhension d'un problème, dont les facteurs sont difficiles à mesurer objectivement, en explorant ce qui se passe mais aussi pourquoi cela se passe.

Le focus group est considéré comme particulièrement intéressant lorsqu'il s'agit pour l'enquêteur de proposer un éventail de points de vue importants au sein d'une communauté donnée, notamment dans le but de combler un fossé et assurer une compréhension entre des fournisseurs de projets (**ici l'ASSPC**) et des usagers prévus ou attendus (**ici les soignants du Poitou-Charentes**) [104].

Cette méthode sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées de façon interactive au sein d'un groupe ; idées souvent inattendues pour le chercheur [77, 81].

Un autre avantage du focus group est de pouvoir objectiver les facteurs associés aux opinions, les comportements ou les motivations. Dans notre travail il s'agissait des éléments déterminants pour l'établissement d'un protocole de prévention au sein de l'ASSPC.

IV-1-2-2 les limites de cette technique

Plusieurs limites concernant le focus group doivent être évoquées à cause du risque de réduction de la validité externe et interne. Ces limites résultent en grande partie des aspects négatifs de l'interaction de groupe :

♦ La première limite que l'on peut relever est un processus que les auteurs Gotman et Blanchet ont nommé l'objectivation [74] : l'interlocuteur étant amené à dire tout haut ce qu'il pensait tout bas, il passe d'un registre procédural à un registre déclaratif s'exposant ainsi doublement, à la fois face à lui-même et face aux étrangers que représentent l'enquêteur et les autres participants. Cela a pu limiter les participants de notre enquête dans leurs propos et énonciation d'idées par crainte d'être jugé par exemple.

♦ Une autre limite non négligeable est représentée par l'aspect « bloquant » que peut revêtir une discussion en groupe telle que la timidité ou la réticence d'un participant à évoquer en public des idées personnelles ainsi que la difficulté pour certains d'aborder des sujets sensibles qu'il s'agisse de sujets sociologiquement délicats telles que la sexualité, les considérations ethniques etc. ou de sujets renvoyant à des souvenirs douloureux [110]. Dans notre thèse, certains participants ont pu se sentir mal à l'aise lorsque des sujets touchant à la sphère psychique et au burnout ont été abordés ce qui a pu les freiner dans la prise de parole. Il convient cependant de noter que cette limite peut devenir un avantage : en effet une personne s'exprimant sans tabou peut lever les inhibitions des autres participants et ainsi favoriser la dynamique de groupe. Toujours dans cet aspect « bloquant » les acteurs peuvent aussi être tentés de rester dans les sphères d'idées considérées comme politiquement et socio-culturellement « convenables » pour faire bonne figure auprès des autres participants ce qui peut limiter la richesse des informations recueillies.

♦ La libre expression au sein du Focus group peut aussi être entravée par la présence d'un participant charismatique monopolisant la discussion, un participant considéré comme expert et imposant ainsi son opinion au groupe, des relations conflictuelles pouvant apparaître entre les participants [77, 107]. Dans notre étude, on peut se demander par exemple si les soignants paramédicaux n'ont pas été bloqués par la présence des médecins pouvant être considérés comme des experts ?

♦ Il convient de soulever la limite représentée par la difficulté d'organisation du Focus Group, notamment par rapport aux entretiens individuels. Ces difficultés sont d'ordre logistique en particulier, puisqu'il faut réussir à organiser des réunions avec des dates, horaires et lieux qui puissent convenir à suffisamment de monde. La tâche est particulièrement complexe avec des personnes actives et peu disponibles telles que les soignants ce qui était notre cas dans cette

recherche [110]. Dans notre cas, il a fallu contacter régulièrement les participants et réévaluer les disponibilités de chacun, mettre en place un système de type *doodle* du fait de changement fréquent de date et d'horaire, afin de répondre pleinement aux disponibilités des participants.

♦ Une autre limite réside dans le fait que les résultats d'une étude par focus group ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population source (bien que ces résultats puissent être utilisés comme base de départ pour l'élaboration du questionnaire d'une enquête quantitative sur un échantillon représentatif) [77]. Il nous faut donc bien résister à cette tentation de faire de nos résultats une interprétation généralisable à l'ensemble de la population des soignants, en particulier en ce qui concerne les éléments attendus du contenu médical de prévention dressés dans notre arbre thématique.

♦ Certains auteurs ont soulevé dans leurs ouvrages qu'une limite à la réalisation des focus group est l'aspect chronophage de l'organisation des réunions ainsi qu'une analyse thématique longue et fastidieuse des données [77, 107].

♦ Enfin certaines questions demeurent encore sans réponse au sujet de la méthodologie du focus group. Par exemple on sait encore peu de chose sur comment les effets d'un désir de conformité au sein d'un groupe et le degré d'hétérogénéité des participants peuvent-ils influencer sur la pertinence des résultats. De plus même si l'on sait que l'animateur doit présenter certaines qualités telles que l'empathie, une bonne capacité d'écoute et une faculté à rester neutre et objectif pour limiter les biais de discussion, les effets et l'influence de l'animateur sur la qualité du focus group ne sont pas encore bien comprises [104, 107].

IV-1-3 Echantillonnage

La recherche qualitative par focus group repose sur la sélection des participants en fonction des objectifs de l'étude. Cette sélection devant refléter la réalité et explorer la plus grande diversité possible de témoignages afin de panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet [77], nous avons réalisé un échantillonnage théorique en variation maximale en recrutant d'une part exclusivement des soignants pour maintenir des groupes homogènes par rapport à notre objectif de recherche et d'autre part en essayant de diversifier les groupes par la présence de soignants issus des différents ordres. Le nombre de participants est idéalement de 6 à 8 personnes, toutes volontaires [77, 110]. Un nombre minimum de 4 personnes est indispensable pour assurer une dynamique de groupe, un maximum de 12 personnes pour permettre à chacun de s'exprimer et de pouvoir modérer le groupe [110] ; nous avons obtenu la présence de 8 participants à chaque focus group, tous volontaires. Nous avons réussi à avoir au moins un participant de chaque ordre sur au moins l'un des trois focus group excepté en ce qui concerne l'ordre des kinésithérapeutes pour lequel aucun membre n'a

participé à l'étude malheureusement. L'homogénéité a été assurée en terme de représentativité des sexes avec 13 femmes et 11 hommes au total, de même qu'une certaine homogénéité a aussi été observée au niveau des tranches d'âges chez les soignants encore actifs (10 avaient entre 30 et 40 ans et 11 étaient d'âge compris entre 41 et 65 ans) ; en revanche nous n'avons eu que peu de retraités (3). Nous avons respecté le principe de proximité puisque tous les participants étaient soit issus du département de la Vienne (et situé à moins de 25 km du lieu de réunion) soit issus d'un autre département mais qui étaient de passage à Poitiers pour raisons personnelles ou professionnelles. Les réunions étaient organisées de façon à correspondre aux plages horaires de disponibilité des participants.

Il faut souligner en revanche le manque d'équilibre concernant la proportion des différentes catégories de soignants présents puisque l'on retrouve une très nette majorité de médecins (75% de l'ensemble des participants) avec une prédominance des médecins généralistes (54% des participants). De même que l'on retrouve une majorité de soignants exerçant en secteur libéral (75% des participants). Ces caractéristiques sont très probablement liées à des biais de sélection du fait de notre méthode de recrutement (que nous détaillerons plus bas) mais l'on peut aussi se poser la question d'un intérêt plus grand des médecins pour notre sujet de recherche; ces derniers étant peut-être les plus enclins à négliger la prévention par un tiers du fait des caractéristiques singulières faisant d'eux des malades particuliers [111] et donc peut être plus à même de se sentir concernés par le principe d'un réseau de prévention.

IV-1-4 Le recrutement

Notre recrutement s'est fait majoritairement selon un mode d'accès direct soit par courriel soit par téléphone (le courriel ayant été la méthode utilisée très majoritairement) de manière à satisfaire au paramètre de neutralité recherché par les enquêteurs lors de la constitution d'un échantillon [74]. Nous avons favorisé le recrutement au sein des soignants du département de la Vienne afin de satisfaire au critère de proximité et le mail de recrutement spécifiait la garantie d'anonymat, les caractéristiques du focus group et les mandataires de l'étude ainsi que le fait que ces Focus group s'inscrivaient dans un travail de thèse.

Cependant certains biais sont retrouvés dans nos travaux. Tout d'abord on peut reprocher à notre étude de présenter un biais de recrutement. En effet nous souhaitions recruter suffisamment de soignants désireux d'y participer. Or recruter des soignants volontaires implique que ces personnes soient intéressées par notre sujet et pour cela nous avons établi un mail de primo-contact d'une part relativement long et qui d'autre part présentait les éléments de notre travail de recherche et les objectifs de la réunion de manière un peu trop détaillée probablement. Cela a pu avoir pour effet un biais de sélection au niveau du recrutement par le

fait que les participants étaient à priori intéressés et avaient peut-être déjà réfléchi à la problématique avant la réunion.

Le fait d'avoir annoncé que ces focus group s'inscrivaient dans un travail de thèse a pu aussi influencer sur la réponse positive de certains soignants idéologiquement intéressés par l'aspect pédagogique de la médecine et l'enseignement en général et ainsi générer un autre biais de sélection ou à l'inverse entraîner des réticences. On peut aussi se demander si les détails techniques fournis dans le mail n'ont pas eu un effet répulsif sur certains professionnels de santé non-médecins. N'ont-ils pas été amenés à penser qu'il s'agissait là d'une étude essentiellement réservée aux médecins ? Les soignants paramédicaux, ayant déjà un médecin traitant, n'ont peut-être pas trouvé d'intérêt à réaliser une prévention au sein d'un réseau spécifique, ce qui pourrait en partie expliquer la surreprésentation des médecins dans les focus group. Cependant un point positif apparu lors des réunions est que certains participants non médecins présents se sont plutôt fortement exprimés et ne semblent pas avoir été retenus par une gêne liée à la présence de docteurs en médecine.

Un autre point discutable est le fait que nous ayons envoyé une grande quantité de mails de contact pour tenter de recruter des participants (entre 60 et 70) ce qui signifie qu'il y a eu plusieurs refus que ce soit par le biais de non-réponses ou de réponses avec refus sans explication. Ceci est bien évidemment le droit le plus absolu de chaque contacté mais il est du devoir du chercheur de limiter au maximum ces refus, puisqu'il n'est jamais véritablement possible d'en déterminer les causes profondes, ce qui peut amener à la sous-représentation d'un groupe d'individus et réduire la pertinence de la recherche par ce biais de recrutement [74]. Cependant un élément rassurant est qu'une partie des refus a été expliquée par les contactés et les causes évoquées étaient essentiellement une indisponibilité aux dates proposées ou une surcharge de travail laissant peu de temps pour participer aux focus group.

IV-1-5 la réalisation des entretiens

Il nous a semblé important de discuter de la réalisation des entretiens sous ses divers aspects en ce sens qu'elle influe sur la validité interne de l'étude notamment en ce qui concerne les données qualitatives recueillies, leurs fiabilités et leur crédibilités ; ces critères pouvant donc être influencés par les éléments que nous allons détailler.

IV-1-5-1 l'environnement

IV-1-5-1-1 Le lieu

Les deux premières réunions ont été réalisées au conseil régional de l'ordre des médecins et la troisième dans une salle de réunion d'une structure privée à Poitiers. Les salles

de réunions correspondaient aux critères recommandés pour l'organisation de focus group, à savoir des lieux neutres, calmes, isolés (de façon à éviter le passage de personnes étrangères à la réunion), avec une ambiance détendue [77, 110]. Des rafraichissements et collations étaient disponibles dès l'arrivée des participants de façon à favoriser une atmosphère détendue. La salle était de taille réduite avec des participants centrés sur l'animateur selon une disposition radiale dans le but de stimuler la production de discours. La situation géographique des lieux de réunions était simple afin de favoriser l'accès.

On peut cependant se poser la question d'un biais externe imputable au lieu de réalisation des deux premiers focus group, à savoir le CROM (Conseil Régional de l'Ordre des Médecins). En effet il a été vu à la lumière des résultats que certains médecins étaient idéologiquement opposés à l'ordre ce qui a pu éventuellement influencer sur leur comportement lors des réunions. De plus on peut se demander si cela n'a pas eu un retentissement sur les participants non médecins en ce sens qu'il pouvait y avoir une réduction de neutralité vis-à-vis d'eux.

IV-1-5-1-2 le temps

Les Focus group ont tous eu lieu le soir en semaine (mardi et jeudi), le plus tôt ayant débuté à 19h40 et le plus tard à 20h30. Il y a eu de nombreux changements et remaniements avant d'aboutir à ces dates et horaires du fait des contraintes personnelles et professionnelles des soignants ce qui explique la difficulté et le temps mis pour pouvoir organiser ces réunions. L'organisation des entretiens à ces horaires et ces dates-là présentent un certain avantage : ils ont en effet été fixés en se basant sur les souhaits des participants qui préféraient venir en fin de journée afin de ne pas empiéter sur leur activité professionnelle et en semaine afin de profiter pleinement de leur week-end.

En revanche certaines limites et interrogations peuvent être soulevées concernant ces horaires. Le fait de réaliser ces réunions le soir en semaine, après une journée de travail peut avoir entraîné des biais de réponses vis-à-vis des informations recueillies durant la réunion par rapport aux thèmes abordés ; le comportement et les propos des participants ayant pu être altérés par un éventuel état de fatigue ou par un état psychologique particulier selon le déroulement de la journée de travail. On peut supposer par exemple qu'un soignant n'aura pas eu le même discours le soir à la réunion selon qu'il ait passé une agréable journée ou à l'inverse une journée laborieuse avec éventuellement des conflits (que ce soit avec d'autres soignants ou avec des patients).

IV-1-5-2 L'enregistrement des données

L'enregistrement des données a été réalisé sous format audio et vidéo, numérique dans les deux cas. La retranscription des données audio a pu dans l'ensemble être correctement réalisée avec cependant quelques passages parfois difficiles voire impossible à retranscrire du fait de la prise de parole simultanée de plusieurs participants et du fait que certains acteurs ont par moment parlé à voix basse entre eux pour exprimer certaines idées ou opinions que nous n'avons pas pu retranscrire. Ces passages restent cependant sporadiques et n'ont pas influé de façon majeure sur le contenu des verbatims. Il est à noter que ces constatations ont surtout eu lieu au premier focus group ce qui laisse sous-entendre une certaine responsabilité de notre part en tant qu'animateur (du fait de notre inexpérience dans la conduite d'entretien collectif). Un aspect positif constaté est que les participants n'ont pas eu de mal à s'immerger dans la discussion et que celle-ci a rapidement démarré malgré la crainte que nous avions de voir les participants hésiter à s'exprimer à la vue des magnétophones et caméscopes.

La question de l'enregistrement vidéo, afin d'analyser les attitudes non verbales, s'est posée et nous avons opté pour cet enregistrement malgré la complexité de ce type d'analyse, la longueur de la tâche et la nécessité de connaissances socio-psychologiques approfondies nécessaires. Afin d'analyser au mieux les comportements non verbaux des participants, nous nous sommes plongés dans certaines études retrouvées dans la littérature socio-psychologique, retraçant les processus et éléments pertinents de ce genre d'analyse [112, 113]. Cependant l'analyse des données audio reste l'élément principal et majoritaire de notre étude, les données vidéo étant surtout présentes pour nous aider dans l'analyse sémantique et psychologique de certains propos recueillis et dont le sens ne nous paraissait pas évident du point de vue strictement lexical et syntaxique.

IV-1-5-3 l'enquêteur

Il est important de discuter de l'enquêteur (ou modérateur) considéré comme l'animateur dans les focus group car il constitue un des paramètres majeurs de la qualité et pertinence des données recueillies par la méthode du focus group. Un enquêteur est chargé d'animer le groupe en faisant émerger les différents points de vue. Il peut éventuellement laisser au départ la dynamique de groupe agir de manière non directive mais recentrer les discussions autour des thèmes du guide d'entretien lorsqu'il estime que les participants s'éloignent de trop. Il doit bien maîtriser la technique de conduite de réunion par la reformulation, la clarification, et l'esprit de synthèse. La qualité des données recueillies par la méthode des focus group dépend donc essentiellement des échanges que le modérateur réussira à développer entre les différents

participants. Il exploite la dynamique de groupe en amenant tous les participants à s'exprimer et en dirigeant les débats en fonction du scénario [77, 110].

Afin d'assurer une efficacité optimale du recueil de données, nous avons appliqué les techniques recommandées par les experts en matière de focus group retrouvés dans la littérature [77, 107, 110]. L'accueil de chaque participant a été réalisé personnellement avec convivialité. Puis durant les réunions, nous avons adopté une attitude d'écoute active avec sensibilité et neutralité en évitant tout jugement de valeur envers les propos des participants et nous avons tenté de créer un climat de confiance et de détente par une attitude ouverte, souriante et en essayant si possible d'avoir un certain sens de l'humour.

Les modalités d'intervention, en particulier les relances, ont été utilisées de manière à stimuler la dynamique de groupe et maximiser l'information que nous pouvions récolter. Les consignes ont été peu utilisées et essentiellement pour recentrer le débat. Nous n'avons pas essayé de suivre à la lettre ou dans l'ordre les thèmes du guide d'entretien de manière à ne pas briser prématurément la genèse des idées émises par les participants ainsi que la fluidité et la dynamique relationnelle qui s'installaient entre les acteurs. Nous avons cependant dû parfois utiliser les interventions à type de consignes afin de pouvoir aborder l'ensemble des thèmes désirés dans le temps imparti. Nous avons d'ailleurs été agréablement surpris par la spontanéité des participants et leur faculté à évoquer parfois des éléments personnels de leur vie jugés délicats et parfois douloureux. Cela peut s'expliquer notamment par la présence de leaders charismatiques qui ont pu initier la dynamique, en évoquant par eux-mêmes des sujets sensibles de leur vie personnelle.

Plusieurs limites doivent cependant être soulevées concernant l'animateur et qui ont pu influencer ou réduire la validité interne des données recueillies.

♦ Tout d'abord notre absence d'expérience dans ce domaine (la recherche qualitative étant absente de nos études de médecine) : la technique de conduite d'entretien est un outil socio-anthropologique efficace et puissant mais difficile à maîtriser, malgré notre travail de recherche effectué en amont des réunions. Ce paramètre s'est amélioré au fur et à mesure des focus group mais cette inexpérience était importante au premier focus réalisé ce qui explique en grande partie d'ailleurs que le premier entretien ait été le plus dur à retranscrire (multiples prises de paroles simultanées par manque d'intervention du modérateur, temps de parole non équitablement distribué entre les participants, consignes et relances pas assez utilisées à certains moments et potentiellement responsables de quelques dérives hors-sujet). Ce manque d'expérience a aussi entraîné par la même occasion des difficultés d'analyse thématique et d'encodage des données surtout lors du premier focus group et c'est d'ailleurs pour celui-là qu'il a le plus fallu avoir recours à l'analyse sémantique et psychologique ainsi qu'à l'évaluation

du langage non verbal (via les enregistrements vidéo) afin de compenser les lacunes relevées au niveau de l'analyse syntaxique et lexicale.

♦ De plus, l'impression d'être parfois en présence de participants ayant une attitude professorale a été ressentie et a pu aussi altérer notre capacité à intervenir au sein des discussions entre les participants.

♦ La conduite des entretiens nécessite une neutralité maximale et il est probable que nous ayons orienté le discours des acteurs par nos propos peut-être excessifs par moment avec un excès de relances réduisant notre objectivité. Il convient cependant de préciser que ces limites se sont atténuées au fur et à mesure des focus group grâce à l'expérience acquise progressivement et grâce à l'écoute itérative de nos propres propos et interventions sur magnétophone afin de repérer ce que l'on pourrait améliorer pour les réunions suivantes.

Comme nous l'avons cité plus haut, plusieurs auteurs dans le monde se sont posé la question de l'évaluation de l'impact du modérateur sur la qualité du recueil de données [104, 107], ce paramètre étant encore peu compris et il serait probablement intéressant de réfléchir aux méthodes possibles pour évaluer cet impact. Mais ceci relève surtout du cadre sociologique et n'est pas notre objectif ici.

IV-1-5-4 le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été, nous semble-t-il, établi dans le respect des critères recherchés lors de la réalisation d'un focus group [77, 108, 110]. Nous avons pour cela établi une demi-douzaine de thèmes principaux. Ces thèmes étaient basés sur nos hypothèses (constituées à partir de l'analyse bibliographique) et que nous voulions aborder durant les entretiens afin de répondre à notre objectif et question de recherche. Ces interrogations thématiques étaient ouvertes (de manière à stimuler le travail de groupe), courtes, simples et faciles (toujours dans le but recherché d'une augmentation de l'efficacité des données recueillies et de la dynamique de groupe). Les thèmes étaient inscrits sur ce guide selon un aspect inductif, débutant ainsi par des thèmes généraux et vagues comme par exemple « que représente pour vous la Prévention ? Quels concepts cela vous évoquent ? » Pour finir sur des thèmes plus spécifiques comme la thématique du Burnout.

Nous n'avons pas respecté en revanche l'ordre chronologique des thèmes évoqués même si nous avons toujours commencé par le premier thème inscrit. En effet il nous a semblé important de prioriser la fluidité des discussions, l'essentiel pour nous étant que tous les thèmes soient abordés à un moment ou un autre. C'est pourquoi les verbatims nous ont semblé parfois anarchiques, des thèmes étant abordés puis abandonnés pour être à nouveau abordés plus tard.

Mais tout l'intérêt (et la difficulté d'analyse) des focus group se trouve dans cette « anarchie apparente ».

Ce guide a pu être reproductible d'un entretien à un autre en raison essentiellement de sa simplicité. Et nous avons débuté chaque réunion par l'énoncé d'introduction figurant en tête du guide de manière à rappeler les conditions de déroulement de l'entretien, les garanties d'anonymat, le principe de respect entre les participants et les objectifs généraux de la réunion. Nous avons aussi évité de poser des questions débutant par « pourquoi » que ce soit volontairement en appliquant notre guide ou bien lors de l'utilisation de relances. Nous avons privilégié les questions commençant par « qu'est-ce que vous », « comment » « selon vous », « quels sont » etc... Ces questions étant plus ouvertes, neutres et surtout objectives évitant ainsi de créer un couloir d'idées potentiellement réducteur en termes de richesse d'information chez les participants. Il faut aussi noter que l'apparition de propos et informations inattendues telles que les modalités d'organisation de la consultation en termes de logistiques, aspects administratifs et l'importance accordée au ciblage et méthode de recrutement des soignants dès le 1^{er} focus group nous ont amené à rajouter ces thématiques dans le guide d'entretien lors des focus group suivants.

Cependant, s'agissant d'une thèse qualitative, démarche pour laquelle encore une fois notre manque d'expérience en la matière était évident, les questions que nous avons intégrées dans notre grille d'entretien ont pu paraître floues notamment les premières pour certains médecins, nécessitant parfois des explications non préparées. Ces explications ont probablement été responsables d'une perte partielle de notre neutralité et objectivité. Notre manque d'expérience nous a parfois amené à fournir des réponses un peu trop explicites et influençant potentiellement le raisonnement intellectuel et le processus de génération d'idées des participants, entraînant ainsi un biais de réflexion. Cela a pu être en partie responsable de dérives par rapport à notre guide d'entretien. Nous avons essayé d'objectiver ce biais d'intervention trop intempestif et responsable d'une perte de neutralité et d'objectivité lors de l'écoute itérative du 1^{er} focus group et nous nous sommes préparés en conséquence pour les entretiens suivants en nous plongeant plus profondément dans la lecture de références bibliographiques expliquant comment bien mener un entretien [74, 76, 77].

Ces biais liés à notre inexpérience et la multiplication des publications médicales nationales et surtout internationales impliquant une démarche qualitative peuvent d'ailleurs nous faire poser la question de l'intérêt de placer un enseignement de recherche qualitative dans le programme des études médicales françaises (dans le 2^{ème} ou 3^{ème} cycle des études).

IV-1-5-5 Analyse des données

Une démarche d'analyse rigoureuse, systématique et vérifiable des données doit être définie au préalable dans le protocole et doit être focalisée sur le ou les objectifs de l'étude. L'analyse doit être reproductible : quelle que soit la personne qui la fait, les conclusions doivent être les mêmes, mais les chemins pour y arriver peuvent être différents [110].

Il existe quatre grands types d'analyse qualitative des données : *l'analyse entretien par entretien*, *l'analyse thématique*, *l'analyse propositionnelle du discours* et *l'analyse des relations par opposition* [74]. Les deux premiers types d'analyse sont les plus utilisés. L'analyse propositionnelle du discours est très systématisée et proche du texte avec un découpage systématique quasi-identique de chaque portion de texte selon des paramètres bien précis tandis que l'analyse par opposition est presque une modélisation mathématique des données qualitatives avec une recherche permanente des données en opposition au sein d'un discours et la mise en place de formes graphiques pour éditer et interpréter les divers résultats issus de l'analyse en question [74].

Dans notre cas nous avons opté pour **l'analyse thématique** car elle nous permettait de rechercher une cohérence entre les entretiens. De plus l'analyse thématique nous paraissait plus intéressante par sa simplicité du fait de notre inexpérience dans le domaine de la recherche qualitative [73] et de la masse d'informations récoltées à travers les focus group. Nous l'avons réalisé de manière continue et transversale afin de pouvoir réaliser une analyse plus pertinente et rendant compte de la quasi-totalité du corpus. Le logiciel *Nvivo10* a été d'une grande aide pour la création de la grille d'analyse thématique, le codage axial et spécifique ainsi que la mise en place des arborescences. Ses caractéristiques étaient aussi très intéressantes et très utiles dans notre démarche d'analyse inductive des données. Le logiciel nous a aussi permis de réaliser une modélisation surfacique pouvant nous permettre de rendre compte de manière visuelle et frappante de l'importance de certains thèmes abordés en termes de taux de références encodées. Le principe de triangulation des données par codage multiple a été réalisé grâce à un autre chercheur ayant déjà une certaine expérience de l'utilisation du logiciel et de ce type d'analyse thématique. Ce principe de triangulation a pour objectif d'augmenter la validité interne de l'étude en réduisant au maximum la subjectivité du chercheur et en aidant à faire ressortir de nouveaux thèmes [73]. Au terme de la triangulation des données, l'organisation des résultats par raisonnement inductif de l'arbre thématique a pu être réalisée.

La décision d'interrompre le recueil des données s'est appuyée sur le principe de saturation des idées défini comme « *le terme à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation n'émerge plus au cours de l'analyse* » [73, 110]. Nous avons estimé l'avoir atteinte au

terme du 3^{ème} focus group. Selon la complexité du sujet de recherche il faut en général 3 à 4 focus group pour obtenir la saturation de données [110]. Cette saturation peut être plus longue à obtenir si l'échantillon est très hétérogène [73] ce qui n'était pas spécialement notre cas puisque nos échantillons étaient constitués exclusivement de soignants avec une prédominance de médecins (notamment généralistes). Il convient de noter que si ce critère d'homogénéité de l'échantillon a pu nous permettre d'atteindre la saturation d'idée au 3^{ème} focus group, il a en revanche pu être responsable d'une diminution potentielle de la richesse d'informations.

En effet quelles nouvelles idées aurions-nous pu récupérer s'il y avait eu plus de dentistes, des kinésithérapeutes, ou même une proportion de salariés et soignants hospitalier plus importante ?

IV-2 DISCUSSION DES RESULTATS

Nous avons, dans cette partie, abordé la discussion des résultats en terme de résumé, critique et confrontation aux données de la littérature. Nous avons aussi, lorsque cela nous semblait pertinent, soulevé des interrogations concernant certains points qu'il serait utile d'approfondir dans d'autres études à l'avenir et émis des propositions concernant des éléments qui nous ont semblé judicieux.

IV-2-1 La nécessité d'une prévention chez les soignants

Les soignants de notre enquête ont, dans l'ensemble, défini la prévention selon un concept chronologique avec une prévention primaire, secondaire et tertiaire en insistant d'une part sur l'importance d'une prévention primaire et d'autre part sur la nécessité de réaliser une prévention systématique, rigoureuse et fondée sur les données scientifiques actuelles. Cette vision est conforme à la vision globale de la prévention que l'on retrouve dans les classifications classiques de la littérature [13], vision conforme d'ailleurs à celle proposée par l'OMS en 1986 à la conférence d'Ottawa. En revanche le principe d'une prévention selon une approche relationnelle telle que définie par Jamouille [12] n'a pas été abordée durant les entretiens. L'aspect chronologique et linéaire de la prévention semble donc bien ancré chez les soignants. Pourtant la complexité de la relation médecin-malade (et encore plus quand le malade est un soignant) est souvent au cœur des préoccupations des professionnels de santé, comme nous l'avons vu dans les résultats concernant les caractéristiques et difficultés ressenties de la relation entre soignants.

IV-2-1-1 La récurrence d'une perception altérée de leur santé

L'idée d'une représentation déformée de la santé et d'une piètre prévention chez les soignants est revenue de manière récurrente dans les propos des participants de notre étude.

Environ un tiers des enquêtés ont estimé que les soignants avaient une image altérée de leur santé. Cette vision déformée apparaît essentiellement selon une approche irrationnelle du soignant vis-à-vis de la maladie (par déni, par sentiment d'invulnérabilité ou par surreprésentation de la gravité de sa maladie). Cette notion était déjà en partie expliquée par Balint qui énonçait que la représentation de la maladie par le patient était de type *autogène* avant de rencontrer le médecin mais devenait une *maladie iatrogène* dès lors que le docteur posait un nom, un diagnostic dessus [129]. Le soignant (surtout le médecin) rend cette affaire plus compliquée dans le sens où il a une double représentation simultanée de la maladie (à la fois autogène et iatrogène) et cela avant même de rencontrer un médecin d'où la représentation altérée. Dans la thèse de Mme Portalier, on retrouve aussi cette notion, chez les médecins interrogés où deux tiers d'entre eux déclarent avoir une image de leur santé médiocre et une prise en charge moins bonne que celle de leurs patients par exemple [21]. Cette vision irrationnelle du soignant face à sa maladie ne date d'ailleurs pas d'aujourd'hui. Maurice Thibault, dans son traité sur la question du médecin malade rédigé en 1985 [114], montre que depuis l'antiquité grecque jusqu'au siècle des Lumières, on retrouve cet aspect d'invulnérabilité du médecin, de déni de la maladie ; Montaigne citait cette phrase : « *la maladie du médecin est un scandale* » ou Voltaire disait « *il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse* ». Dans un rapport intitulé « le médecin malade » et publié dans le bulletin national de l'ordre des médecins [70] ainsi que dans la thèse réalisée par S. Bonneaudeau en 2011 [115], on retrouve aussi la description de ce comportement irrationnel (que ce soit en termes de déni, de surreprésentation, de négligence) face à la maladie, tel qu'évoqué par les soignants de notre enquête. Le professeur Hammel Pascal dans son ouvrage rapporte des propos similaires concernant l'approche particulière d'un soignant vis-à-vis de sa maladie [118]. A. Deloche apporte d'ailleurs une explication dans son livre sur cette approche irrationnelle que le médecin présente face à la maladie et cite : « *Comment ignorer que chaque seconde de vie est une seconde arrachée à la mort ? Face à cette vérité, les médecins s'alarment souvent à tort au moindre trouble ; une petite toux qui dure, c'est un cancer du poumon ; une ébauche de sciatique, c'est la métastase osseuse d'un cancer de la prostate ; une indigestion, c'est une occlusion intestinale ! Il faut ajouter à toutes ces impressions confuses la certitude que les médecins mentent bien, parfois aux patients, parfois à eux-mêmes. Ils connaissent les questions et les réponses. Alors touchés directement par la maladie, ils peuvent se voiler la vérité ou tomber dans des conduites irrationnelles.* » [134]. Un soignant de notre étude a d'ailleurs évoqué une information exprimant tout à fait cette pensée (W « *dans sa tête la douleur persistante du dos ce sera une tumeur maligne osseuse. J'ai moi-même eu une douleur lombaire l'année dernière et j'ai pas pu m'empêcher de le penser alors que la douleur était mécanique et liée à un excès d'activité physique à ce moment-là* »)

Les participants ont aussi évoqué la complexité de la relation unissant le soignant au patient comme responsable de cette déformation de la vision de la santé par le soignant. Les interviewés évoquent le sentiment d'une obligation d'être en bonne santé pour effacer les craintes de leurs patients ou répondre à leurs exigences, tout comme ils estiment avoir un devoir moral et éthique d'être sain pour prendre en charge d'autres personnes. Ce phénomène, énoncé par les soignants de notre enquête, est d'ailleurs décrit dans le rapport sur le médecin malade [70] où les auteurs rapportent : « *le médecin, vis-à-vis de ses confrères mais surtout de ses patients développe un secret obligé, ou qui lui semble obligé, par rapport à la réalité de son état de santé et par rapport aux difficultés qu'il peut ressentir seul dans son cabinet et dans sa vision de son propre état de santé. Dès lors, le praticien présente un autre caractère tout à fait original qui est une pudeur excessive qui va entraîner chez lui l'obligation morale de dissimuler le plus longtemps possible les signes de sa maladie et les difficultés qu'il peut ressentir à travers son mal de vivre.* »

Pourtant de nombreuses études et notamment une synthèse de la littérature qualitative réalisée sur les attentes des patients et leur ressenti dans la relation médecin-patient publiée dans le « *british journal of general practice* » (BJGP) montre que les patients ne semblent pas exiger spécialement de leur soignant qu'il soit toujours en bonne santé ni même le craindre ; leurs désirs semblent plutôt se concentrer sur un souci d'honnêteté, d'implication, d'efficacité et d'écoute de la part de leur médecin [116].

Dès lors, la question qui se pose est « comment apprendre au soignant à trouver ou retrouver une vision cohérente de sa propre santé ? » la naïveté perdue par l'apprentissage de la médecine (naïveté parfois enviée au patient) ne peut plus être restituée. Faut-il établir une sorte de formation, pourquoi pas universitaire, centrée sur le réapprentissage de ses propres faiblesses ? Envisager des groupes de discussions avec les patients où des échanges pourraient peut-être combler ce fossé d'incompréhension évoqué dans la synthèse de la littérature qualitative du BJGP ?

IV-2-1-2 Discordances entre ressenti de la prévention et données épidémiologiques ?

Deux tiers des interrogés de notre enquête ont souligné le fait que les professionnels de santé avaient de grosses lacunes au niveau de leur prévention que ce soit en termes de suivi des recommandations, de comportements et d'habitudes de vie en particulier au niveau des addictions ; certains allant jusqu'à dire que c'était toute l'éducation en termes de santé préventive qui était à revoir chez le soignant (Q).

Cette représentation dépréciative évoquée par les enquêtés semble aller, en partie, dans le sens des études quantitatives réalisées dans la dernière décennie (alcoolisme, consommation de psychotropes, prévalence du surpoids importante dans certaines professions de santé comme les dentistes et médecins) [54, 55, 57]. Mais dans l'ensemble, la littérature montre que même si les soignants présentent des habitudes de vies délétères, les données épidémiologiques, tendent à avancer des valeurs meilleures que celle de la population générale [18, 22, 51, 59]. La couverture vaccinale chez les soignants est aussi meilleure que celle de la population générale [62, 63] de même que les modalités de dépistages, notamment organiques [51].

Il semblerait donc que même si les soignants ont en général une meilleure attitude préventive et une meilleure santé, somatique du moins, que la population générale, ceux de notre enquête ont paradoxalement une vision très péjorative de celle-ci, ressenti négatif qui justifierait selon eux la nécessité d'une prévention plus importante. Ce constat était déjà retrouvé dans la thèse réalisée en 2013 par M. Prod'homme en Poitou-Charentes où près d'un tiers des médecins interrogés se déclaraient insatisfaits de leur prise en charge préventive [117]. Des propos similaires sur la médiocrité de leur attitude préventive sont retrouvés chez les médecins interrogés dans une étude réalisée à Lyon en 2008 où 10 des 15 médecins interrogés par entretiens semi-dirigés estimaient avoir un suivi préventif inadapté voir nul [21], données semblables retrouvés chez les médecins interrogés dans la Vienne en 2004 [55].

On retrouve donc une discordance (partielle en tout cas) entre le ressenti des soignants concernant leurs attitudes préventives via des études qualitatives et les données épidémiologiques de prévention réalisées dans le cadre d'études quantitatives.

Il serait intéressant de se pencher sur les raisons profondes de cette contradiction constatée entre approche qualitative et données quantitatives. Cette vision dépréciative est-elle seulement le fruit d'un excès de connaissances théoriques médicales faussant les capacités de jugement d'un soignant ? Ou bien faut-il chercher une raison autre qu'elle soit psychologique ou sociale à ce phénomène ?

IV-2-1-3 Troubles psychiatriques et burnout: principales justifications d'un protocole de prévention

L'importance accordée par les soignants de notre enquête, au dépistage et à la prévention des pathologies psychiatriques à type de risque suicidaire et addictions mais aussi des pathologies psycho-professionnelles comme le burnout, va dans le sens des données épidémiologiques qui ont servi à l'élaboration de nos hypothèses de recherche. Plus de la moitié des participants ont estimé nécessaire et fondamental d'aborder le dépistage du burnout et des

pathologies psychiatriques lors du bilan de prévention. Cette idée est d'ailleurs retrouvée dans une étude réalisée à Angers auprès de médecins généralistes où 84% d'entre eux estimaient intéressant voir indispensable d'aborder le burnout en consultation [133]. Nous pouvons, à titre d'exemple, rappeler que selon la CARMF près de 40% des invalidités présentées par les médecins sont dues à des affections psychiatriques [47]. Les soignants de notre enquête avancent notamment des arguments de santé publique en énonçant que le burnout, les addictions et le risque suicidaire constituent un problème sérieux chez les professionnels de santé (en termes de taux élevé observé et de conséquences délétères multiples). Ces arguments, pour justifier de la nécessité d'un dépistage dans le réseau, sont en adéquation avec les différentes études réalisées dans la dernière décennie et que nous avons citées dans le chapitre des données épidémiologiques. L'image dépréciative de la prévention, évoquée par les participants et l'idée émise, par certains des acteurs, que les consultations de dépistage constituaient un facteur protecteur vis-à-vis du burnout semblent donc être des éléments justifiant la mise en place d'un système de prévention dans le Poitou-Charentes. D'ailleurs dans la thèse de Prod'homme M. plus de la moitié des médecins interrogés se disaient favorables à une convocation pour un suivi régulier et un dépistage des souffrances morales du soignant [117]. Toujours dans cette thèse, des médecins libéraux ont fait part de leur désir de bénéficier d'une consultation de médecine de travail. De même, dans une étude réalisée auprès des médecins franciliens libéraux, 75% d'entre eux se disaient favorable à l'instauration d'une médecine du travail [32].

Cependant ces résultats semblent rentrer en contradiction avec certains propos énoncés lors de nos enquêtes par un soignant (T) concernant les médecins des hôpitaux ; ces derniers semblent être une population de soignants peu moins enclin à réaliser un bilan de prévention auprès du service de médecine du travail hospitalier. Mais cette notion peut être modulée par le fait que les médecins souhaiteraient peut-être un service de médecine du travail dédié et exclusif. En effet dans l'étude de M. Prod'Homme [117], les médecins salariés interrogés étaient plutôt insatisfaits de leur suivi par le médecin du travail et la moitié des enquêtés désirait voir la mise en place d'un service de médecine du travail spécifique aux médecins.

Le désir d'une médecine préventive dédiée aux soignants se retrouve à travers de nombreux travaux. Dans une étude française réalisée en 2011 en Haute-Normandie [119] 80% des médecins libéraux se disaient favorables à l'instauration d'un service de prévention pour les soignants. Dans la thèse réalisée par A. Verjus en 2012 en région Rhône-Alpes, 68% des médecins interrogés se disaient très favorables à l'instauration d'une structure de prise en charge notamment préventive des soignants et certains des soignants interrogés insistaient sur le fait que cette structure devrait prendre en charge les problèmes d'ordre psychiatrique et psychologique des soignants [126]. Dans le rapport émis par la commission nationale

permanente de l'ordre des médecins, la notion de la mise en place d'une médecine de prévention est d'ailleurs apparue comme nécessaire et devant être l'une des priorités des conseils ordinaires régionaux ; cette nécessité de mise en place d'un système de prévention s'appuyant notamment sur le fait qu'un médecin ne rencontrait entre sa première année de médecine et sa retraite aucun médecin hormis celui en vue d'établir un certificat d'aptitude à l'internat ou bien encore des confrères amis et/ou de complaisance [70].

L'idée de la mise en place d'un protocole de prévention pour les soignants semble donc de plus en plus répandue parmi les professionnels de santé français ; réseau de prévention justifié par un désir propre des soignants de bénéficier d'une médecine du travail spécifique selon certaines études. Cette volonté de prévention est aussi fortement étayée par un désir de dépistage du burnout et des souffrances morales du soignant considérés par nos enquêtés mais aussi par les comités d'experts de la commission nationale permanente de l'ordre des médecins [70] comme un élément majeur des pathologies du professionnel de santé.

IV-2-1-4 Les soignants réfractaires à la prévention

La nécessité d'une prévention, soulevée par nos enquêtés, était particulièrement destinée à l'attention des soignants dits « réfractaires ». En effet les acteurs ont souvent rapporté le fait que dans les bilans de prévention c'était toujours les mêmes personnes qui consultaient, qu'elles étaient souvent celles qui en avaient le moins besoin. Selon nos participants, il semblait donc plus important de cibler la population des réfractaires considérée comme la plus nécessitante vis-à-vis d'un protocole de prévention ; cette population étant d'ailleurs considérée comme la plus à risque concernant les pathologies citées précédemment (burnout, addiction, risques suicidaire). Or comment les cibler ? Comment les recruter ? Les méthodes de contact direct et de publicité citées par les acteurs étant implicitement plutôt destinées à faire connaître le réseau de prévention à un maximum de soignants de la région qu'ils soient réfractaires ou favorables. Les réponses fournies par les soignants de l'enquête, pour cibler ces réfractaires, étaient au nombre de trois : une sensibilisation répétée, importante, et régulière dans le but de modifier progressivement le comportement de ces soignants et de les responsabiliser, la dénonciation d'un confrère repéré en état de souffrance psychique tout du moins et enfin des mesures coercitives caractérisées essentiellement par la limitation de l'auto-prescription et par l'obligation de consultation au sein d'un réseau.

Les propositions de mesures coercitives ont soulevé de vives polémiques durant les focus group, certains soignants protestant contre ce principe pour diverses raisons qu'elles soient d'ordre morale et éthique ou liées à une crainte de réduction d'efficacité recherchée pour

la prévention ou bien encore en évoquant le fait que la spécificité de la culture française n'était pas favorable à ce genre de mesures. On peut faire le corollaire avec la thèse réalisée par A. Gombert où 79% des médecins interrogés pensaient qu'il était intéressant voir indispensable que les consultations soient régulières mais pas obligatoires [133]. Dans la thèse réalisée sur les attentes des médecins du Poitou-Charentes, les réponses sont plus variées puisque deux des onze soignants interrogés par entretiens individuels ont estimé que l'adhésion au réseau devait être rendue obligatoire tandis que quatre autres ont jugé que l'accès devait être libre en fonction des désirs des soignants. De plus six des médecins interrogés étaient favorables à une convocation régulière, systématique et obligatoire à une consultation de prévention tandis que deux autres estimaient qu'elle était utile mais ne devait pas être obligatoire [117].

Les réponses et les avis des médecins sont variables mais la question mérite d'être approfondie. Tout d'abord concernant l'obligation de consultation ou d'adhésion à un programme de prévention et de soins apportés aux soignants, il nous paraît intéressant d'évoquer l'exemple de modèles étrangers déjà mis en place.

♦ Nous citerons notamment le Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade, PAIMM, créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone, le Département de Santé et Sécurité Sociale de la *Generalitat* de Catalogne et le Service Catalan de Santé. Ce programme a pour but d'assister les médecins qui présentent des problèmes psychiques et/ou des addictions. La finalité, selon les textes officiels, est d'assurer à ces médecins des traitements adéquats, de manière à ce qu'ils puissent exercer la médecine dans les meilleures conditions possibles et ainsi veiller à la santé de leurs patients [120]. Ce modèle s'inspire d'autres structures déjà utilisées aux Etats-Unis, au Canada et en Australie. Il s'agit d'un modèle pionnier en Europe visant à repérer les médecins en souffrance et à leur venir en aide en assurant une certaine flexibilité et discrétion. Ce modèle implique aussi le devoir de tout médecin d'informer le conseil de l'ordre Catalan de la possible souffrance repérée chez un confrère. Il y a là un principe sous-jacent de dénonciation d'un confrère. Au-delà des considérations culturelles, déontologiques et morales potentiellement différentes entre la France et la Catalogne, il semblerait que les résultats soient encourageants puisque les programmes spécifiques d'aide aux médecins semblent meilleurs que ceux appliqués à la population Catalane générale et qu'on observe une diminution des invalidités et des abandons de la profession ainsi qu'une diminution des conduites addictives chez les soignants.

♦ Au Canada, il existe actuellement deux types de structures assurant un accès aux soins spécifique aux médecins : Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) qui a pour vocation de venir en aide à ceux qui en font la demande [121] et le programme de suivi administratif du collège des médecins [122] qui a pour vocation de protéger le public

notamment d'un médecin qui pourrait présenter des pathologies physiques ou mentales susceptibles de compromettre l'exercice de la médecine et de mettre en danger la population. Ce programme consiste en une surveillance accrue de l'aptitude à exercer ; celle-ci étant évaluée de façon globale selon les éléments suivants : l'état de santé, le niveau de compétence, l'efficacité et l'efficience clinique. Le programme est sous la responsabilité de la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE), dont la mission est de surveiller et d'améliorer la qualité de l'exercice des membres. Le Collège souhaite transmettre un message positif aux médecins en difficulté tout en exerçant un contrôle et en appliquant des mesures coercitives s'il le juge nécessaire. Un suivi personnalisé du médecin souffrant est assuré et des recommandations concernant les restrictions d'exercices de la médecine ou au contraire de réhabilitation à ses fonctions selon l'amélioration de son état de santé sont régulièrement émis par les thérapeutes en charge.

La possibilité d'appliquer des modèles similaires en France reste actuellement entière. Mais de nombreux éléments seront à prendre en considération. Tout d'abord les soignants sont-ils prêts à accepter un système pouvant paraître à première vue contraignant et coercitif avec des craintes sous-jacentes de sanctions par des autorités publiques ? De plus, comme l'avait évoqué plusieurs soignants de notre étude (E, G, K, S), ces modèles étrangers même s'ils semblent efficaces, soulèvent tout de même des questions d'ordres éthiques, déontologiques et culturelles : peut-on obliger des soignants à se soigner sous peine de sanctions telles que l'arrêt forcé de l'exercice médical alors que dans la population générale la prévention et le soin ne sont pas obligatoires ? Mais d'un autre côté ces soignants ont en charge cette population générale comme l'avaient d'ailleurs soulevé d'autres participants (M, Q)

Le modèle catalan, pour les pathologies psychiatriques et addictives tout du moins, propose un contrat thérapeutique, où le médecin serait autorisé à poursuivre son exercice à condition qu'il se fasse soigner et suivre régulièrement. Pourrait-on envisager un système en France que l'on adapterait éventuellement pour essayer d'arriver à un résultat similaire ? Cette question doit de toute façon selon nous faire l'objet de débats et de discussions impliquant les différents acteurs du système de santé et ce type de proposition serait probablement perçu comme une "révolution" dans le système actuel avec une modification du code déontologie. Les soignants (notamment les médecins) seraient-ils prêts à accepter un tel changement ?

La question du signalement d'un confrère, suspecté d'être dans un état de souffrance psychique (pathologies psychiatriques et burnout), émise par un interviewé (F) reste entière aussi. Cette interrogation est d'autant plus intéressante que la présence de troubles psychiatriques, de burnout et de conduites addictives ont été évoquées par près d'un tiers des participants comme un frein à l'intégration dans un protocole de prévention et au suivi par

d'autres soignants dans le cadre du réseau. Le modèle catalan (PAIMM) semble appliquer ou du moins encourager ce principe de repérage et signalement des médecins en souffrance aux autorités ordinales comme cela a été détaillé juste avant mais peu d'études en France ont pour l'instant été réalisées pour mesurer l'impact de cette idée au sein de la population de soignants. Il faut cependant souligner que dans la thèse de M. Prod'homme, plus de la moitié des médecins interrogés étaient favorables à l'instauration d'une cellule de signalement de confrères en souffrance [117]. Le Dr Biencourt, dans son rapport à la commission nationale permanente évoquait déjà le principe de mise en place de cellules de soutien comprenant des médecins spécifiquement connus pour leurs qualités humaines, leurs compétences médicales mais aussi pour leurs capacités à réagir rapidement à tout signalement de difficulté médicale chez un soignant.

La question de la limitation de l'auto-prescription a aussi été soulevée par plusieurs participants de notre enquête comme moyen de favoriser le recrutement des soignants réfractaires dans le protocole de prévention ; l'auto-prescription et l'automédication étant considérées par les acteurs comme un frein potentiel à l'intégration dans le réseau. Cette question reste problématique actuellement car il semblerait que le principe d'auto-prescription soit un phénomène répandu au sein des médecins et légitimes, comme l'ont d'ailleurs fait remarqué d'autres enquêtés de notre étude (E, K).

Dans sa thèse, L. Gillard montre que plus de la moitié des médecins ont recours à l'auto-prescription pour les examens de dépistage et les traitements médicamenteux [22]. De même, l'enquête menée en 2008 sur la santé de 1235 médecins libéraux de Haute-Normandie dont 65% de généralistes, nous montre que les médecins ont recours à l'automédication fréquemment dans plus de la moitié des cas [123]. Dans la thèse réalisée sur les attentes des médecins du Poitou-Charentes vis-à-vis de l'ASSPC [117], il semblerait que le principe de limiter l'auto-prescription ne soit pas très bien admis puisque une majorité de médecins s'estimaient aptes à l'auto-prescription. De ce fait certains des interrogés ne voyaient pas l'utilité d'adhérer au réseau. A. Verjus, dans sa thèse, montre que la possibilité d'auto-prescription est évoquée comme cause de refus d'adhésion à une structure chez 68% des médecins ne voulant pas intégrer un réseau [126].

Malgré tout la question semble être de plus en plus évoquée ; en témoigne certains rapports émis qui préconisent la mise en place d'un système d'alerte intelligent permettant de limiter, de façon déontologique, une auto prescription devenue par son incohérence ou son incompatibilité avec l'état de santé du praticien, impossible à poursuivre [70]. La question reste donc pour l'instant encore de l'ordre du débat et des propositions.

Doit-on limiter ou interdire l'auto-prescription et l'automédication afin de favoriser notamment la consultation des médecins par leurs confrères ? Créer un système de surveillance via les pharmaciens qui délivre les traitements d'ordonnance ? Et si oui, qui surveillerait les pharmaciens ? Limiter l'auto-prescription soulève aussi des questions d'éthiques dans le sens où l'on retire au médecin l'un de ses droits les plus anciens. Si cette modification devait voir le jour, sans doute que la décision devrait être prise par une autre instance (tout en concertant les soignants lors de sessions plénières).

IV-2-2 Le système de prévention dans l'ASSPC : entre palladiums attendus et appréhensions ressenties

IV-2-2-1 Un système qui doit s'adapter aux spécificités et attentes des soignants

De nombreux éléments ont été évoqués par les soignants de notre enquête concernant leurs attentes par rapport au réseau et au système de prévention qu'il pourrait proposer.

IV-2-2-1-1 Bénéfices personnels et financier, craintes économiques

Certaines attentes soulevées par les soignants de notre enquête étaient caractérisées par la recherche d'une incitation ou d'un intérêt qu'il soit d'ordre pécuniaire ou lié à une recherche de bénéfice personnel intra ou interindividuel. Les éléments motivants non financiers cités concernaient par exemple le désir de servir de modèle à la population générale, d'avoir une santé satisfaisante à titre personnel, ou même encore l'élan de curiosité devant la mise en place de ce protocole. Il est difficile d'évaluer l'impact de ces facteurs du fait de leurs caractéristiques intrinsèques et liées parfois aux convictions personnelles ou culturelles du soignant, à la construction progressive de sa personnalité à travers son métier, des objectifs qu'il se fixe ou encore de son vécu personnel et professionnel. Il paraît donc difficile d'avoir une influence dessus si ce n'est peut-être par le biais d'une sensibilisation de masse avec des arguments publicitaires et d'informations, visant à générer la recherche de ces motivations personnelles mais cela nécessitera du temps (comme l'ont d'ailleurs souligné certains participants dans les moyens de recrutement possible des soignants).

En revanche il paraît plus faisable d'avoir une influence, au niveau du réseau, sur les mesures financières recherchées par les soignants. Les participants à l'enquête ont proposé des incitations économiques au niveau des assurances privées (réduction des primes), des ordres (réduction des cotisations annuelles), des retraites, une réduction des 90 jours de carence de la CARMF en cas d'adhésion à la structure. Certaines de ces propositions étaient déjà retrouvées dans d'autres travaux [117, 133], notamment concernant la réduction du délai de carence.

L'idée d'un bénéfice mutuel pour les soignants et les structures a aussi été avancée ainsi qu'une rémunération des soignants réalisant la consultation (notamment en s'appuyant sur le modèle des FMC). D'ailleurs cette idée de rémunération des soignants consultant dans une structure est retrouvée dans une autre thèse [133] où 40% des médecins interrogés trouvaient ce principe intéressant. La discussion concernant le paiement des soignants-examineurs a aussi été soulevé avec une crainte de volontariat sous-jacent. Un soignant de l'enquête (S) a proposé une rémunération en se basant sur le principe des contrats de type CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles). De multiples interrogations existent donc au sujet du financement des professionnels de santé que ce soit en tant que soignant ou soignant-patient. D'ailleurs les médecins du Poitou-Charentes interrogés sur ce sujet en 2013 [117] étaient déjà divisés: certains préconisant le tiers-payant intégral pour les soignants-patients et d'autres insistant sur la nécessité de régler eux-mêmes les honoraires de leurs confrères.

On peut se poser la question de l'intérêt d'une discussion avec les ordres ou les assurances afin d'éventuellement établir une sorte de contrat économique dont l'interface de négociation pourrait être l'adhésion des soignants au réseau de soin et de prévention de la région. La question reste ouverte.

Il convient de noter que dans un rapport réalisé en 2008, le Haut Conseil Pour la Santé publique évoquait déjà la possibilité de rémunération dédiée à la consultation de prévention et pourquoi pas la mise en place d'un mode d'indemnisation différent du paiement à l'acte au sein des pôles de santé toujours en ce qui concerne la consultation de prévention [124].

Cela nous amène d'ailleurs à discuter d'un point important soulevé par les soignants de l'enquête, intrinsèquement lié à cet aspect financier. Il s'agit de la crainte de découverte de pathologies en intégrant ce réseau de prévention et des conséquences délétères que cela pourrait entraîner en termes économique et professionnel. Près de la moitié des participants ont soulevé cette appréhension comme un frein sérieux et pour lequel la structure devrait prévoir des solutions afin de fournir des garanties pour pallier à cette éventualité.

Ces peurs sont retrouvées dans d'autres études notamment dans les entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins du Poitou-Charentes où un quart des soignants interrogés disaient ne pas vouloir consulter par peur que l'on découvre une pathologie qui pourrait avoir des conséquences néfastes sur leurs finances et leurs carrières [117]. Dans une autre enquête (quantitative cette fois) réalisée auprès de 100 médecins généralistes libéraux, plus d'un tiers d'entre eux avouaient ne pas consulter par peur des conséquences financières néfastes et la crainte d'une visite d'aptitude pouvant conduire à l'arrêt de l'activité professionnelle [133], il faut noter que 73% de ces mêmes médecins interrogés estimaient indispensables de ne pas avoir

de mesures décisives et coercitives sur les capacités à exercer sous peine d'entraîner un frein à l'adhésion dans une structure de soins. Dans une thèse réalisée en Isère, 14,6% des médecins ayant refusé le principe d'une structure dédiée aux soignants évoquaient la crainte d'une déclaration d'inaptitude par le conseil de l'ordre (l'enquête avait été réalisée auprès de 1076 médecins avec 61,7% de réponses au questionnaire envoyé) [126]. Elle montre aussi que de nombreux médecins évoquent une appréhension vis-à-vis des assurances et de l'URSSAF en cas de découverte de maladies et des pertes financières engendrées ; cette crainte étant responsable en partie du refus d'adhérer à une structure de prévention dédiée aux médecins.

Ces multiples constatations nous font donc en toute logique penser qu'il serait nécessaire de trouver des solutions pour pallier à cette crainte des soignants et lutter ainsi contre cette pensée répandue et insidieuse de la politique de l'autruche car au final ce sont les soignants et donc indirectement les patients qu'ils ont en charge qui en sont les grands perdants.

Le docteur Biencourt a proposé dans un rapport sur la prise en charge du médecin malade [70] de mettre en place des garanties « prévoyances » sur le mode de contrat groupe supportés par l'ensemble des cotisations des médecins et être ainsi mutualisés. Cela pourrait comporter selon lui : la prise en charge de la période probatoire de la CARMF pour les libéraux (90 jours), les garanties pour les salariés tombant en mi-traitement ou en fin d'indemnités sur les 90 premiers jours, les protections à apporter aux vacataires sans statut social notamment au sein des établissements hospitaliers, des garanties en cas de décès. Ces mesures ont été proposées pour les médecins mais on peut très bien imaginer un système similaire applicable à l'ensemble des professions de santé moyennant quelques adaptations éventuelles.

On pourrait aussi se pencher sur la question de l'entraide confraternelle (« les tontines ») encore peu répandue et qui consiste au sein d'un groupe de médecins volontaires à aider financièrement l'un des leurs en cas d'arrêt. Elles permettent le plus souvent de couvrir les 90 jours de la CARMF et aident les conjoints en cas d'invalidité ou décès. Trouver un moyen de favoriser et populariser ce système pourrait être une solution éventuelle.

La crainte des conséquences professionnelles de la découverte de maladie a d'ailleurs fait apparaître l'appréhension d'un éventuel reclassement professionnel parmi les soignants interrogés dans notre enquête avec notamment l'idée qu'il est difficile pour un soignant de pouvoir se reclasser (O « *mais bon pour nous les médecins je ne vois pas comment je me reclasserai* »). Le désir d'une structure permettant d'apporter une aide aux professionnels de santé atteints d'une pathologie a donc été implicitement évoqué par les soignants de notre enquête (O) mais cette notion se retrouve aussi dans d'autres études comme celle d'A-L. Verjus où l'un des désirs relevés chez les médecins était justement la mise en place d'une aide à la reconversion professionnelle [126]. Ces difficultés de reclassements sont aussi évoquées dans

le rapport sur le médecin malade [70] par le docteur Bouet et le docteur Montané [70]. Ce rapport met en évidence la difficulté d'établir un principe de reclassement professionnel similaire à d'autres professions ou même l'instauration de système comme le droit de mi-temps thérapeutique, notamment en raison d'un dogme ancré dans l'esprit médical français du « tout ou rien » : *on est soit inscrit à l'ordre et donc médecin soit on est rien car non inscrit ou déclaré inapte* [70]. Le rapport propose néanmoins des pistes de solution qui permettrait à un soignant de disposer de choix d'évolution de carrière. Ce rapport propose notamment que l'ordre se dote des outils nécessaires à la réalisation d'un bilan professionnel, de l'établissement d'un projet de reclassement avec analyse des compétences acquises et de la réalisation éventuelle d'un projet de reconversion. Ceci pourrait se faire par l'entremise de partenariats structurés.

Il serait peut-être intéressant d'évoquer ces possibilités de solutions aux différents soignants de la région Poitou-Charentes comme éventuel argument d'adhésion à l'ASSPC, notamment pour ceux qui justement craignent les conséquences d'une prévention dévoilant des maladies. Pourquoi pas par le biais d'un questionnaire qui mettrait en lumière leurs réponses quant à une adhésion au réseau si on fournissait les garanties citées ci-dessus

IV-2-2-1-2 Anonymat et indépendance : des facteurs décisifs ?

Dans notre enquête deux tiers des participants environ ont clairement exprimé l'anonymat comme une condition majeure et nécessaire ainsi que le respect du secret professionnel pour favoriser l'adhésion que ce soit vis-à-vis des confrères, des institutions et assurances ou vis-à-vis du patient.

Dans la thèse de M. Prod'Homme réalisée en 2013 [117], on retrouve le même constat puisque un tiers des médecins interrogés avouaient avoir du mal à consulter des confrères à cause d'une crainte de non anonymat. Ces données sont aussi retrouvées dans une étude réalisée auprès de 100 médecins généralistes où 27% des interrogés avouaient que la crainte du non-respect du secret professionnel pourrait être un frein à leur intégration dans une structure de soins spécifique [133]. Un des soignants de nos entretiens (T) a d'ailleurs évoqué que cette crainte concernant l'anonymat pourrait constituer une des réticences des praticiens hospitaliers à consulter le médecin du travail de l'hôpital alors que pourtant c'est un droit dont ils bénéficient pleinement au même titre que tous les autres salariés. Dans la thèse d'A-L. Verjus, 23% des médecins refusant d'adhérer à la structure de soins évoquaient une crainte de non-respect du secret professionnel ou une perte d'anonymat en rencontrant une connaissance dans la salle d'attente par exemple [126].

Ce désir d'anonymat s'accompagnait aussi implicitement d'un désir de non-ingérence des Ordres et des institutions publiques dans le réseau de soignants que ce soit par crainte de

sanctions (notamment en cas de découverte de pathologies et addictions) ou par conviction idéologique. Un tiers des participants considérait même que la peur d'une ingérence de ces structures pourrait constituer un frein sérieux à l'acceptabilité d'un protocole de prévention et que la garantie d'une indépendance vis-à-vis de ces organismes extérieurs devait être fournie pour garantir l'efficacité d'une adhésion des professionnels de santé.

D'ailleurs dans son travail de thèse réalisé en 2012, B. Hauvespre montre que certains des médecins interrogés marquaient leurs désirs d'indépendance en général vis-à-vis des autorités de santé [168]. Cette idée se retrouve dans l'enquête chez les médecins d'Angers où 83% des interrogés estimaient indispensable l'indépendance d'une structure de soins pour les soignants [133]. En France, le Dr A. Vega analyse que les médecins généralistes rejettent souvent toute forme de contrôle sur leurs pratiques, et en particulier sur ce qui peut entraver leur propre logique de travail en se basant notamment sur un désir argumenté d'indépendance professionnelle [125].

De nombreuses idées ont été soulevées pour favoriser cet anonymat comme la mise en place d'un couloir entrée-sortie à sens unique, la présence d'un laboratoire d'analyse au sein du lieu de prévention, un système d'anonymisation via des codes numériques. Ce désir a fait surgir d'autres éléments, en rapport avec un anonymat recherché, tels que le lieu de réalisation de la consultation de prévention dont les paramètres doivent permettre d'assurer un anonymat. D'ailleurs dans la thèse d'A. Gombert [133], deux-tiers des médecins interrogés désiraient aussi la présence d'un laboratoire d'analyse au sein de la structure. Mais ce désir d'anonymat ne semble pas faire l'unanimité chez les soignants. En effet, la thèse réalisée en 2013 sur les attentes des médecins au sujet de l'ASSPC montre que près de la moitié des interrogés disaient trouver inutile et inadaptée l'attribution d'un alias anonyme au sein de l'ASSPC [117]. Des propos similaires sont retrouvés chez les médecins interrogés par S. Bonneaudeau, qui évoquent l'idée qu'une anonymisation pourrait biaiser la relation-malade [115].

Il faut cependant soulever le fait que notre étude repose sur la technique des focus group et non des entretiens individuels comme c'est le cas des études où les médecins interrogés disaient ne pas nécessiter d'anonymat. La dynamique de groupe et la présence d'autres soignants pendant les entretiens peut-elle générer des idées différentes et le fait de voir d'autres soignants autour de soi peut-il nous renvoyer à nos craintes et exacerber ce désir d'anonymat ?

Il serait peut être intéressant à partir de ces données qualitatives opposables de réaliser une étude quantitative sur l'ensemble de la région en interrogeant un nombre élevé de soignants pour avoir une vision quantifiée du désir réel d'anonymat s'ils devaient intégrer le réseau.

Il convient aussi de souligner que certains soignants de l'enquête ont avancé le fait qu'il était impossible de garantir un anonymat complet du début à la fin de la prise en charge. Ces constatations vont d'ailleurs dans le sens des propos recueillis par M. Prod'homme où un tiers des médecins interrogés soulignaient la difficulté de mise en place de l'anonymat ; celui-ci devant surtout se situer au niveau téléphonique [117].

IV-2-2-1-3 L'accès au réseau

L'accès au réseau a été abordé sous plusieurs angles et à des degrés divers par les soignants que ce soit en termes de difficultés ou d'attentes.

♦ Le manque de temps et de disponibilité a été évoqué à de nombreuses reprises par près d'un tiers des participants. Les soignants libéraux ont en particulier soulevé la difficulté de pouvoir se libérer aux heures ouvrables pour aller consulter et de trouver des remplaçants pour assurer la permanence des soins le temps qu'ils aillent faire leur prévention. Il faut noter qu'un soignant (X) a dit préférer utiliser le peu de temps libre qu'elle pouvait se procurer, pour ses besoins personnels, familiaux et ses activités de loisirs. Ces propos ne semblent pas anecdotiques puisque près d'un tiers des médecins interrogés dans la thèse de M. Prod'homme déclaraient aussi avoir un manque de temps et de disponibilité pour réaliser les bilans proposés par le réseau. Cette idée est également retrouvée chez 22% des médecins ayant refusé d'adhérer à une structure de soins dans une thèse réalisée en 2012 [126] ; cette notion se retrouve aussi dans des études chez des médecins anglais [128].

♦ Le lieu a aussi été un élément spontanément décrit par les participants comme devant être important et symbolique. Une structure spécifiquement dédiée aux soignants a aussi été évoquée. Il se doit de répondre à des critères de flexibilité, de neutralité, de proximité, d'anonymat et être accessible à tous les soignants. Cette multitude de critères recherchés se retrouve en toute logique dans un vaste panel de propositions de lieux pour réaliser la prévention témoignant un peu plus encore de l'importance accordée à cet élément. Les divers lieux proposés (cabinet volant, lieu de travail, cabinet du médecin traitant, centre intra-hospitalier, conseil de l'ordre) semblent avoir tous pour but d'essayer de répondre à un maximum des facteurs recherchés. Il semble difficile de pouvoir trancher quant au lieu adéquat pour cette réalisation et ce n'est de toute façon pas le but d'une étude qualitative par focus group puisque les groupes ne peuvent en aucun cas être considérés comme un échantillon représentatif de la population plus globale des soignants.

Dans l'étude réalisée à Angers, 63% des médecins interrogés estimaient indispensable que le lieu de consultation se trouve dans le département, 17% jugeant important que ce lieu soit attenante à une structure hospitalière et 35% estimant que c'était intéressant sans pour autant être

nécessaire [133]. Certains médecins avaient aussi évoqué la possibilité d'un cabinet médical mobile à l'image d'un camion se déplaçant vers les soignants. En revanche et toujours dans cette étude, 76% des interrogés estimaient que la consultation au cabinet médical n'était pas intéressante. Le principe de cette diversité de lieux possibles pour la prévention se retrouve aussi dans une autre thèse où l'enquête auprès de plusieurs centaines de médecins a retrouvé plusieurs caractéristiques quant aux lieux dédiés tels que le fait d'avoir plusieurs endroits de consultations possibles par département, des lieux non-rattachés à une structure hospitalière ou même encore une liberté du choix du centre d'examen [126].

♦ *L'aspect logistique et administratif* a aussi été abordé par les soignants interrogés qui dans l'ensemble s'accordaient à dire qu'ils désiraient une simplification de ces éléments. Une difficulté d'accès au réseau liée à des conditions d'organisation telles que la prise de rendez-vous, la programmation des examens, la multiplicité des lieux où réaliser les examens ont été décrits comme des éléments décourageant la consultation de prévention par près d'un tiers des participants. L'idée de la nécessité de ressources et de moyens matériels a été soulevée dans ce sens avec un désir de réunir au même endroit l'ensemble des moyens de réalisation d'un bilan de prévention (laboratoire d'analyse, d'imagerie, salle d'examen médical). Ce principe, en plus d'éviter un découragement prématuré des soignants faciliterait aussi l'anonymat. Tous ces éléments s'intègrent dans le souhait des soignants d'une structure spécifique et dédiée aux soignants.

Selon l'étude d'A. Gombert auprès de médecins interrogés à propos des modalités d'organisations logistiques, on retrouve le fait que 84% d'entre eux estimaient indispensable la prise de rendez-vous libre dans la structure, 66% estimaient intéressant ou indispensable la présence d'un laboratoire d'analyse médicale, 75% jugeaient intéressant voir indispensable la facilitation de prise de RDV par téléphone [133].

Malgré tout, certains participants ont reconnu que tout cela nécessiterait des moyens financiers conséquents et la difficulté de ce fait de mettre le système en place. Cette idée peut être mise en corrélation avec un autre point abordé par les participants : la proposition de partenariat avec des organismes tels que l'Assurance-Maladie, l'ARS ou bien encore les ordres de soignants. Ce partenariat pourrait permettre selon nos enquêtés la mise à disposition de ressources en termes de lieux et de matériels notamment. Une idée non soulevée par nos participants mais retrouvée dans la thèse réalisée à Angers [133] était de rendre l'adhésion payante au centre afin de financer le fonctionnement du réseau (idée émise par 69% des médecins interrogés dans l'étude).

Des éléments importants ont été évoqués par les enquêtés et entraînent des interrogations.

Tout d'abord le manque de temps semble s'expliquer par un souci d'ordre financier et par la volonté d'assurer une permanence des soins vis-à-vis des patients selon les enquêtés. Si tel est le cas, quelles solutions pourraient être envisagées ? Doit-on aménager les horaires de consultations de prévention du réseau de façon à être disponible pour les soignants (consultations le soir ou les weekends)? Si le souci est d'ordre financier, faut-il essayer d'appliquer un système de compensation de type FMC comme il a été évoqué durant les focus group ? Compensation qui nécessiterait un partenariat avec des organismes extérieurs tels que l'assurance-maladie or, d'une part il semble difficile d'impliquer la sécurité sociale dans ce système (pour diverses raisons sociales et économiques) et d'autre part les soignants de l'enquête ont été nombreux à soulever le désir de non-ingérence et d'anonymat vis-à-vis des autorités externes. Il paraît aussi compliqué de demander à un organisme (Sécurité Sociale, ARS etc...) de financer un projet sans avoir aucun droit de regard dessus. Ces questions sont d'autant plus complexes que la mise en place d'un tel réseau de prévention dans la région nécessitera obligatoirement des fonds financiers et des ressources et dont il faudra se poser la question de comment les obtenir.

Ce point avait d'ailleurs été soulevé par certains participants de notre enquête. Cela soulève donc une contradiction et une ambivalence au cœur même des propos recueillis puisque d'un côté il est proposé un partenariat par près d'un tiers des participants mais d'un autre côté les soignants interrogés (dont certains qui étaient pour le partenariat) ont aussi exprimé à maintes reprises leur désir d'indépendance et de non-ingérence des structures citées. La solution pourrait-elle se trouver dans le financement de la structure par les adhérents eux-mêmes (notion que l'on retrouvait dans la thèse d'A. Gombert)? Mais dans ce cas on se retrouverait confronté à une autre contradiction par rapport aux résultats relevés dans nos focus group ; en effet nos enquêtés évoquaient le désir de mesures incitatives économiques pour adhérer au réseau.

Il faudrait probablement réaliser un questionnaire à l'échelle régionale pour recueillir les préférences des soignants : payer pour être indépendant ou être financé mais devoir en contrepartie accepter un droit de regard des autorités fournissant les finances.

L'importance soulevée par le facteur lieu durant cette étude pourrait aussi à l'avenir constituer le point de départ d'une possible étude quantitative régionale réalisée sur l'ensemble des soignants afin d'évaluer le lieu qui serait le plus adapté aux attentes des soignants pour la réalisation de la consultation de prévention. L'étude devra, selon nous, comporter des critères permettant aux interrogés d'indiquer le lieu qui leur semble le plus adéquat mais aussi les raisons de ce choix (garantie d'anonymat, proximité, neutralité etc...) ; en effet la problématique reste entière puisque la diversité des lieux évoqués est retrouvée aussi bien dans des études qualitatives comme la nôtre ou celle de M. Prod'homme [117], que dans des études quantitatives [126].

IV-2-2-2 Une prise en charge adaptée à une population singulière

IV-2-2-2-1 Les attentes globales du soignant

Les soignants interrogés (13 des 24 médecins ayant participé aux focus group) ont souligné l'importance, voir la nécessité de réaliser une prise en charge complète du soignant et ne pas seulement s'arrêter au bilan de prévention, en particulier dans un souci d'honnêteté et de déontologie ; une idée sous-jacente étant énoncée d'ailleurs par un participant, à savoir que lorsque l'on fait de la prévention on finit toujours trouver une anomalie et il faut pouvoir proposer quelque chose derrière (L). Cette idée se retrouve dans le travail de thèse de Verjus A-L en 2012 sur les médecins de la région Rhône-Alpes où environ 68,9% des interrogés évoquaient leur désir d'une prise en charge globale incluant une prévention, des soins et des traitements [126]. De même dans les travaux réalisés par le docteur Galam E. sur les médecins libéraux franciliens, on retrouve la notion que 82% des interrogés étaient favorables à la mise en place d'une prise en charge médicale spécifique et complète. Dans l'étude d'A. Gombert [133], plus de 50% des médecins interrogés disaient vouloir bénéficier d'une médecine préventive mais aussi d'une médecine du travail (pour une évaluation de leur bien-être au travail notamment) mais pas seulement. Ils voulaient aussi que l'ensemble de ces mesures s'inscrivent dans un concept plus large de prise en charge globale et de suivi. Cette idée est d'ailleurs retrouvée dans la thèse de M. Prod'Homme, toujours sur les attentes des médecins vis-à-vis de l'ASSPC [117].

Parmi les interrogés de notre enquête, près de la moitié ont évoqué le souhait que le réseau prenne en charge les éventuels problèmes d'ordre psychologique par le biais d'une entraide confraternelle et d'un soutien. Cette notion se retrouve dans une thèse réalisée en 2012 où une forte proportion de médecins interrogés a émis le désir d'avoir un soutien psychologique, une médecine préventive psychiatrique et une prise en charge préventive des addictions [126] ;

idée aussi retrouvée dans une autre thèse où 97% des interrogés voulaient aborder le thème des souffrances morales et du burnout au sein de la structure de soins [133]. On voit donc là un désir fort d'une prise en charge complète avec un aspect particulièrement important accordé à la prévention des troubles psycho-pathologiques.

Dans la continuité de cette idée de prise en charge complète, les participants de notre enquête ont aussi exprimé l'idée d'une prise en charge pluri-professionnelle (avec notamment infirmière et dentiste) et pluridisciplinaire avec la possibilité d'orientation du soignant-patient vers des spécialistes d'organes au sein du réseau ou en dehors mais avec des ramifications spécifiques pour faciliter la prise en charge. Dans les programmes étrangers sur la prévention, les professionnels de santé paramédicaux, en particulier les infirmières, sont très souvent en première ligne [127, 137] et le haut conseil de la santé publique en France recommande d'ailleurs dans son rapport en 2008, sur les consultations de prévention de favoriser ce système d'approche pluri-professionnelle. Il préconisait notamment grâce aux possibilités prévues par le projet de loi HPST de mettre en place des protocoles de prévention partagés [124]. Ces informations semblent donc converger avec les souhaits émis par les participants de notre étude.

7 soignants parmi les participants interrogés ont aussi souligné l'importance de la mise en place de groupes de discussion dans un but essentiellement thérapeutique et concernant particulièrement les pathologies de type burnout ; l'idée d'un partage des expériences vécues et des connaissances pouvant prévenir la survenue d'un burnout ou son aggravation si la pathologie était déjà présente. Ces réunions devaient aussi, selon certains acteurs, répondre à des garanties d'anonymat.

Face à la problématique complexe du médecin malade, accidenté ou victime d'un burnout, de nombreux pays ont développé des structures d'aide adaptées dont le principe repose aussi sur la formation de petits groupes de discussion permettant de prendre en charge ce genre de pathologies ou plus globalement la souffrance des soignants, c'est notamment le cas du modèle Catalan du PAIMM [120] et du programme d'aide du Québec [121]. Enfin le souhait soulevé par les participants de l'enquête n'est pas sans rappeler le principe des groupes BALINT qui ont pour caractéristique de réunir une dizaine de soignants et dont l'objectif est de pouvoir discuter d'un phénomène ou sujet particulier sans crainte de jugement par ses pairs [169] ; la discussion et la verbalisation de son ressenti vis-à-vis d'une situation devenant un outil thérapeutique mais aussi de prévention, face au burnout notamment dans le cas de notre enquête.

Un débat est aussi apparu au sein des focus group faisant émerger progressivement l'idée d'un suivi modulable du soignant-patient. Ce suivi serait adapté au soignant en fonction de divers éléments tels que l'histoire médicale du patient, le désir de ce dernier de consulter ou

pas, la possibilité de réaliser des consultations à distances (avec questionnaires et examens complémentaires) et de ne consulter que si nécessaire. Le caractère non obligatoire des consultations de prévention a été mis en avant par une partie des participants. Ce suivi serait aussi modulé en termes de fréquence de consultation toujours selon les critères cités ci-dessus. La volonté de pouvoir adapter les examens complémentaires en fonction des besoins du patient, et des nécessités d'ordre médical jugées par le médecin examinateur a aussi été soulevée au cours des 3 focus group organisés. Il apparaissait clairement que les soignants désiraient pouvoir garder une possibilité d'ajustement de la prise en charge préventive indépendamment des principes habituels de systématisation standard des bilans de prévention. On retrouve d'ailleurs cette idée dans l'enquête réalisée auprès des généralistes du Maine et Loire où 71% des interrogés estimaient que la fréquence de consultation devait être adaptée à l'état du patient, 61% pensaient qu'il était nécessaire de pouvoir réaliser des consultations ciblées si nécessaire et de pouvoir consulter librement si besoin. Et plus de 50% trouvaient qu'il était indispensable de réaliser et moduler les examens complémentaires de prévention et de suivi de pathologies en fonction des besoins et des spécificités des patients [133].

Que l'on se base sur les données de notre étude ou celles recueillies dans la littérature, il apparaît clairement que le réseau ASSPC devra répondre à certaines attentes des soignants telles qu'un désir de prise en charge complète incluant la prévention et le suivi thérapeutique derrière avec un accent particulier mis sur la prévention des troubles psychiatriques et psycho-professionnels, pourquoi pas à l'aide de groupe de discussion à visée préventive et thérapeutique.

Le réseau devrait aussi assurer une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire (au sein du corps médical). Et enfin assurer un suivi modulable du patient ; le but étant d'effectuer une prévention *systématisée mais pas uniformisée*.

IV-2-2-2-2 Les attentes du soignant-patient

Près d'un tiers des soignants de notre étude ont estimé que la prise en charge des soignants par leurs confrères était médiocre car ils n'étaient pas considérés comme des patients normaux. Le désir d'être pris en charge comme un patient de la population générale dans le réseau a été évoqué comme une attente nécessaire et pouvant inciter à consulter. Certains participants (E, G) ayant même souligné le fait que les soignants étaient soignés entre « deux portes » avec un examen non systématique ni rigoureux mais essentiellement fait de conseils délivrés hors d'une consultation médicale fondée et structurée. Cette impression de mauvaise prise en charge des soignants par d'autre soignants se retrouve aussi dans les travaux de thèse réalisés par A. Gombert sur les attentes des médecins généralistes sur leur prise en charge, du

Maine et Loire puisque 38% des interrogés ont déclaré avoir une mauvaise prise en charge par leurs confrères [133]. Ce phénomène est d'ailleurs connu dans les pays anglo-saxons en tant que consultation « Hallway » ou consultation de « couloir » [128].

Près d'un tiers des médecins interrogés sur leurs attentes par rapport à l'ASSPC dans une étude réalisée en 2013 ont souligné la nécessité d'une disponibilité des acteurs de santé pour justement éviter ce phénomène de consultation « entre deux portes » et deux tiers d'entre eux avaient estimé que la qualité des soins prodigués était généralement médiocre [117]. Il en va de même dans la thèse de S. Bonneaudeau où une partie des médecins interrogés attendaient de leur soignant une disponibilité afin de bénéficier d'une prise en charge adaptée et correcte [115].

La volonté de bénéficier d'une véritable consultation comme tout patient et non d'une consultation « hallway » a été évoquée comme un élément nécessaire dans la prévention des soignants. Mais cet élément jugé nécessaire par les professionnels de santé s'accompagne d'une autre notion importante attendue, celle de la relation de confiance qui doit s'instaurer entre les deux soignants. Plus d'un tiers des participants à travers les différents focus group ont spontanément avancé que la confiance relationnelle était nécessaire pour assurer une prise en charge efficiente. Deux soignants (E, V) ont même souligné le fait que sans confiance, les patients ne viendront même pas consulter : (E) « *sauf qu'à mon sens, un soignant qui connaît déjà bien le boulot, ira pas voir un mec s'il n'a pas confiance en lui* ».

Dans plusieurs thèses réalisées, on retrouve cette notion de manque de confiance entre confrères et qui freine le désir de consultation. Par exemple dans la thèse de M. Prod'homme, 3 médecins sur les 11 interrogés reconnaissent clairement ne pas consulter par manque de confiance [117]. L. Gillard avance des propos similaires dans ses travaux où certains médecins interrogés reconnaissent avoir des difficultés à accorder leur confiance aux confrères [22]. L'enquête qualitative auprès de médecins généralistes réalisée par D. Portalier retrouvait aussi chez certains interrogés cette notion de manque de confiance [21].

Pour les soignants interrogés (près de la moitié), cette relation de confiance doit passer par la possibilité de pouvoir choisir son médecin référent, au moins au sein d'une liste préétablie. Cette idée se retrouve aussi dans la thèse de Verjus A-L où la majorité des médecins interrogés estimaient important le fait de pouvoir choisir son médecin traitant dans le cas d'une intégration à une structure dédiée aux soignants [126], notion que l'on retrouve aussi chez les médecins interrogés dans le Poitou-Charentes [117]. Le problème qui pourrait éventuellement se poser concerne les possibilités de choix qui seraient offertes aux soignants. De plus les soignants interrogés, dans notre étude, soulèvent la nécessité d'avoir un médecin référent comme garantie de relation de confiance mais peu de soignants (surtout les médecins) ont déclaré un médecin traitant autre qu'eux-mêmes. Dans la thèse réalisée sur les attentes des

généralistes sur la prise en charge de leur santé, seulement 16% d'entre eux déclaraient avoir un médecin traitant autre qu'eux-mêmes [133]. De même, D. Portalier montrait dans sa thèse en 2008, qu'à peine 2/3 des médecins avaient rempli leur formulaire de déclaration du médecin traitant. Dans 79% des cas, ils s'étaient désignés ou avaient choisi un associé [21].

Faut-il mettre en place une liste de médecin parmi lesquelles le soignant serait libre de choisir celui qu'il désire ? Et concernant les professionnels de santé non médecins et qui ont probablement déjà un médecin traitant, devront-ils l'abandonner pour en choisir un nouveau ou bien pourront-ils garder leur médecin traitant qui alors deviendrait médecin référent dans le réseau, sous réserve qu'il adhère au projet ? La nécessité de confiance semble bien perçue comme nécessaire par de nombreux soignants de même que la possibilité de pouvoir choisir son médecin référent. Cependant des interrogations demeurent quant aux modalités concrètes notamment sur les méthodes utilisables pour inciter les soignants, en particuliers les médecins à choisir un médecin traitant qui ne serait pas eux-mêmes ou un confrère de complaisance.

IV-2-2-3 La relation entre soignants: des attentes et des difficultés

IV-2-2-3-1 les obstacles intrinsèques entre soignants du même ordre

Un peu plus des deux tiers des soignants interrogés dans notre étude ont insisté sur les difficultés ressenties dans une relation entre soignants du même ordre et donc considérés comme de niveau égal. Cela concernait essentiellement les médecins mais pas uniquement : (N) cite notamment « *par contre une infirmière vue par une infirmière c'est plus compliqué* » ou même encore chez les dentistes (U) « *je vois, rien que pour moi quand je vais me faire poser une couronne je ne peux pas m'empêcher de me dire : est-ce qu'il va bien la poser ?* ». Parmi les différents aspects soulevés, on retrouvait une complexité de passage du soignant à l'état de patient avec notamment une volonté de vouloir diriger la consultation ainsi qu'une peur du jugement par ses pairs ; peur éprouvée par le soignant de soignant craignant les critiques du soignant-patient mais peur du jugement aussi éprouvée par le patient effrayé à l'idée d'être jugé par l'examineur qui pourrait le considérer comme mauvais dans son autodiagnostic ou le juger pour une pathologie psychiatrique qu'il présenterait. Ces difficultés évoquées se compliquent le plus souvent d'un rapport de force évoqué par un tiers de nos participants ; rapport de force entre les deux soignants qui modifie, complexifie la relation, pour la rendre au final fatigante et avec une sensation d'inefficacité perçue par les deux parties.

Ces difficultés ressenties ne sont pas isolées puisque l'on retrouve plusieurs études avançant des propos similaires. Dans la thèse de Portalier D., plusieurs médecins interrogés étaient gênés

par l'idée de consulter un autre médecin que ce soit par crainte d'un jugement (sur son autodiagnostic avec la peur de s'être trompé et d'être jugé incompetent par exemple) ou par une gêne ressentie à l'idée d'exposer ses faiblesses (en particulier psychologiques); gêne caractérisée par le fait que le médecin donnerait l'impression de manquer de contrôle sur sa propre psyché [22]. Dans l'étude réalisée auprès des médecins du Poitou-Charentes, deux tiers d'entre eux évoquaient une gêne ressentie à consulter un confrère pour diverses raisons telles que le manque de confiance dans leurs confrères, un sentiment de honte, une crainte de jugement mais aussi la volonté de ne pas déranger leurs confrères pouvant aller jusqu'au sentiment de culpabilité [117]. La notion d'un sentiment de honte voire même d'humiliation à l'idée de devoir consulter est d'ailleurs évoquée dans la thèse de S. Bonneaudeau, qui retrouve aussi le concept d'un rapport de force se manifestant par une négociation fréquente entre le soignant de soignant et le soignant-patient [115].

Cette négociation n'est cependant pas toujours un mal puisqu'elle peut permettre une plus grande participation du patient dans un modèle de médecine en pleine mutation avec un passage progressif du modèle paternaliste vers le modèle autonomiste (en particulier depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades) mais cette négociation dans le cadre d'une relation entre soignants peut rapidement basculer, du fait de la présence de connaissances médicales chez les deux parties, dans un rapport de force désagréable pour les deux protagonistes.

Il apparaît donc au vu de notre enquête et des données de la littérature que la relation entre soignants de même ordre présente de multiples difficultés pour lesquelles il convient de trouver des solutions. Des solutions potentielles ont en partie été soulevées par les participants au travers des qualités spécifiques recherchées chez les soignants de soignant (que nous détaillons plus bas).

Il serait probablement judicieux de rappeler ou de former les soignants (pourquoi pas dès les études) au fait que tous soignants qu'ils soient et peu disposés à admettre la maladie, ils n'en restent pas moins humains et donc soumis aux règles de la nature comme tout un chacun comme le citait le chirurgien A. Deloche dans son ouvrage [134].

Un point particulier a été abordé par certains participants de l'enquête. Il s'agit des difficultés relationnelles qui peuvent être rencontrés entre soignants iso-corporatistes libéraux et hospitaliers. Un acteur (J) a soulevé le fait que les difficultés rencontrées et citées précédemment (manque de confiance, peur du jugement, rapport de force) étaient exacerbées dans une relation impliquant un soignant hospitalier et un libéral. Deux arguments ont été mis en avant : d'une part le ressenti d'un statut hiérarchiquement supérieur du médecin hospitalier entraînant une augmentation de malaise dans une relation déjà complexe et d'autre part le

ressenti d'un manque de confiance envers ce praticien hospitalier dans le cadre d'une prise en charge d'un burnout au sein du réseau ASSPC ; l'idée sous-jacente que son manque de formation et de connaissance à ce sujet serait importante. Certains travaux réalisés en 2004 semblent avoir retrouvé la notion que la sensation d'inégalité hiérarchique ressentie par un soignant face à un confrère pouvait d'ailleurs constituer un facteur de risque favorisant la survenue d'un burnout [39, 40]. D'un autre côté cette notion est à moduler du fait de certaines données de la littérature qui montrent que les médecins libéraux et en particulier généralistes demandant un avis à un confrère se tournent spontanément vers un médecin spécialiste d'organe [21, 136]. En revanche il ne semble pas y avoir d'études sur la perception qu'ont les soignants de la prise en charge du burnout selon qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, généralistes ou spécialistes d'organe.

Il pourrait être intéressant à l'avenir de mettre en place une étude qui permettrait d'évaluer les connaissances sur la prise en charge du burnout, la perception et l'importance accordée à cette maladie selon la catégorie de soignant. Ceci serait d'autant plus intéressant que comme l'ont souligné deux participants de l'enquête (O, P), les causes et les facteurs de risques de burnout des soignants hospitaliers présentent des caractéristiques communes mais aussi des spécificités qui leur sont propres. (P) cite notamment « *c'est deux mondes différents quand même. Le fait d'être le patron d'un service hospitalier peut être un facteur aggravant de burnout par exemple, avec son lot de responsabilités, faire tourner son service* »

IV-2-2-3-2 qualités spécifiques recherchées chez le soignant de soignant

La nécessité de qualités spécifiques à la prise en charge d'un soignant a été soulevée par la quasi-totalité des acteurs des trois focus group ; nécessité qui semble très liée aux problèmes de relation entre soignants que nous venons de voir précédemment. Sept participants ont estimé nécessaire que le soignant de soignant se consacre exclusivement à cette activité au sein du réseau pour des soucis de neutralité et pour garantir une confiance au patient en termes de confidentialité et d'indépendance vis-à-vis de toute autre institution. Ce désir de neutralité ressort aussi dans l'étude d'A-L Verjus auprès des médecins interrogés à propos de leurs attentes vis-à-vis d'une structure de soins [126].

Deux soignants (K, M) ont aussi évoqué l'idée qu'avoir des professionnels de santé ayant vécu l'expérience d'une maladie pourrait être un facteur supplémentaire de qualité de prise en charge d'un soignant. Cette idée d'avoir une expérience de maladie comme critère de qualité peut être confrontée à des données de la littérature qui tendent à s'y opposer. Dans son livre, le Pr Hammel P. raconte avoir conversé avec un patient qui lui a dit « *Vous allez enfin comprendre ce que vivent vos patients* » tandis qu'un autre, au contraire, lui a dit « *Le corps*

médical ne peut pas nous aider s'il partage nos souffrances, car alors il devient inefficace. Le recul est nécessaire au médecin pour survivre et pratiquer son art » [118].

La véritable question ne se situe peut être pas dans le fait qu'il faille obligatoirement être malade pour pouvoir mieux soigner (car heureusement la maladie ne peut être considérée comme une épreuve envoyée au soignant pour progresser) mais peut être que le fait d'avoir été malade permet tout de même au soignant de développer une forme de patience vis-à-vis du malade qu'il ne possédait pas auparavant. C'est notamment les propos qui ressortent de la part de certains médecins interrogés dans la thèse de D. Portalier [21] ayant traversé une maladie importante et qui en ont tiré une expérience semblant avoir modifié leur comportement face au patient.

Parmi toutes les qualités recherchées, c'est la notion **d'une formation spécifique** qui est essentiellement mise en avant. Les participants ont dans l'ensemble au gré des divers focus group estimé que cette formation devait remplir plusieurs critères : être étendue à l'ensemble des professionnels adhérents au réseau, mettre en avant la formation de l'aspect relationnel et des capacités d'écoute jugées insuffisantes mais pourtant fondamentales chez les soignants, faire preuve de neutralité. Cette formation pourrait conduire à une sorte de spécialité à part entière selon certains participants. La volonté d'une formation spécifique sur les difficultés propres aux soignants a aussi été évoquée au cours des différents focus group réalisés.

Cette idée de formation spécifique était déjà retrouvée dans la thèse réalisée en 2013 où près de 50% des enquêtés estimaient nécessaire d'être formés à l'abord des patients-soignants [117]. Les résultats retrouvés dans la littérature à ce sujet sont cependant variables. Dans sa thèse, M. Lhotte montre que la moitié des médecins interrogés ne voyaient pas l'utilité d'une formation spécifique, les soignants étant considérés comme des patients normaux [132]. Mais dans l'étude du Dr Galam, 76% des médecins franciliens étaient favorables à une formation spécifique des soignants [32]. L'importance des techniques d'écoute et des capacités d'empathie soulevée par les participants est par ailleurs retrouvée dans deux articles du Dr A. Moreau [130, 131] où il explique que les patients attendent avant tout d'être écoutés et rassurés. Ces notions sont aussi retrouvées dans la littérature internationale avec notamment une synthèse des études qualitatives relatant les attentes du patient dans sa relation avec le soignant ; les principales idées qui s'en dégagent sont : un désir d'écoute et d'empathie, une marque d'attention de la part du soignant, une relation de confiance, un désir que le médecin possède de solides connaissances médicales et un suivi régulier avec une permanence des soins assurée de manière efficace [116]. Cela est d'autant plus vrai que les soignants (comme l'ont évoqué certains des participants) ont une vision déformée de leur santé et nécessitent donc une plus grande capacité d'écoute de la part de leur soignant probablement.

Les médecins malades ont besoin d'interlocuteurs professionnels, gardant leur objectivité pour les soigner, conscients de la spécificité de leurs patients et prêts à imposer leur statut de médecin pour qu'à leur tour, les médecins malades puissent endosser leur rôle de patient. Le Pr P. Hammel cite d'ailleurs dans son ouvrage « *Imaginer qu'un médecin est plus costaud dans la tête que la moyenne des gens équivaut à une funeste erreur d'appréciation. Il n'a pas un supplément d'âme, tombé de Dieu sait où, qui l'immuniserait contre la peur de la souffrance et de la mort* ». [118]

On peut donc se demander effectivement au vu de ces expériences et des données de la littérature, si la formation spécifique d'un soignant de soignant soulevée par les participants, n'est pas un élément pertinent à mettre en place dans le protocole de prévention. On peut d'ailleurs pousser la réflexion en se demandant s'il ne serait pas intéressant de mettre en place cette formation dès les études médicales et paramédicales afin de sensibiliser les futurs soignants le plus tôt possible à ce type de prise en charge, notamment en s'inspirant de modèle déjà existant dans les pays anglo-saxons comme le Canada où ce genre de formation est déjà appliqué, au moins en ce qui concerne les techniques d'écoute et d'abord de la relation médecin-malade. Le collège des médecins de famille du Canada a ainsi développé des modules d'apprentissage de compétences en communication [135].

Les compétences à acquérir sont regroupées en 4 ensembles à mettre en œuvre dans la consultation :

- Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement,
- Comment faire face aux émotions,
- Comment prendre des décisions communes,
- Comment clore sur une bonne note.

IV-2-3 La consultation de prévention : contenu et déroulement

IV-2-3-1 Multi-variance des modalités organisationnelles de la consultation

Les modalités d'organisation de la consultation de prévention ont fait l'objet de vives discussions au sein des focus et permis d'obtenir une grande richesse d'information. La quasi-totalité des soignants a soulevé la nécessité de réaliser une consultation en deux temps avec un temps dévolu à la consultation médicale propre avec le médecin et un temps dévolu à la réalisation des examens complémentaires de prévention. Cette nécessité reposait sur des arguments temporels : l'idée qu'un bilan de prévention étant généralement très chronophage en

particulier si l'on désirait explorer tous les éléments qui ont été cités au cours des focus group. Cependant au sein de cette idée a rapidement émergé deux concepts opposables sur le déroulement du bilan de prévention. Certains soignants étant plutôt en faveur d'une consultation (que nous nommerons *modèle A*) dont le 1^{er} temps serait essentiellement para-clinique et le second temps médical (le médecin examinateur ayant les résultats des examens à ce moment) tandis que d'autres participants ont défendu le principe d'un 1^{er} temps réservé à la consultation avec le médecin (et les autres soignants impliqués) et d'un second temps qui verrait la réalisation des examens complémentaires en fonction des données issues de la 1^{ère} consultation avec le médecin. Nous nommerons ce modèle le *modèle B*.

♦ Le *modèle A* n'est pas sans rappeler les modèles existants déjà bien connus des différentes assurances-maladies et mutuelles concernant certaines catégories professionnelles (MSA, MGEN, les centres d'examens de santé réalisant les examens périodiques). Les modalités diffèrent légèrement de l'une à l'autre mais globalement elles reposent sur l'exécution en amont d'examens complémentaires (dont les critères de réalisation sont déterminés soit par le biais d'une rapide entrevue médicale pour relever l'anamnèse soit par le biais de questionnaires de santé envoyés à l'assuré et dont les réponses conditionnent les examens réalisables) [138, 139].

♦ Le *modèle B* avancé par les participants de l'enquête suit un principe de fonctionnement plus universitaire (interrogatoire puis examen clinique puis examens complémentaires) et n'a pas spécifiquement de références comparatives institutionnelles, étatiques ou en matière de santé publique. Il s'agit là d'un processus de raisonnement essentiellement médico-universitaire et dont le principe, appliqué au cas par cas, est retrouvé chez le médecin à son cabinet ou encore dans les services hospitaliers (le patient étant d'abord examiné par le médecin où l'interne puis un certain nombre d'examens complémentaires est prescrit) mais dans tous ces cas de figure, nous ne sommes déjà plus dans la prévention mais dans une démarche diagnostique. On pourra cependant noter quelques similitudes entre le *modèle B* et les services de médecine du travail. Ces derniers diffèrent d'une entreprise à une autre et ont de multiples fonctions telles que le tiers-temps, l'évaluation des aptitudes ou inaptitudes à un poste de travail, des critères spécifiques de surveillance selon le métier exercé [170, 171] mais cette spécialité garde cependant un rôle exclusivement de prévention et applique en général une prévention de type *modèle B* : à savoir une consultation avec le médecin (et infirmière au préalable selon les entreprises), les examens complémentaires étant seulement ensuite préconisés en fonction des données cliniques. Il y a toutefois quelques particularités de la médecine du travail qui font évoquer le *modèle A*, à savoir la réalisation parfois d'examens

complémentaires en amont d'une consultation mais cela est essentiellement conditionné par le type de poste qu'occupe le travailleur.

Il ne s'agit pas pour nous ici de prendre parti pour l'un ou l'autre des 2 modèles. On peut par contre soulever deux points. Le 1^{er} est, que l'un comme l'autre des modèles évoqués, semble suivre le principe de l'examen périodique selon le modèle Gattineau [137] : données d'anamnèse recueillies, examen clinique et réalisation d'examens complémentaires adaptés aux recommandations comme celles de l'USPSTF : *United State Preventive Service Task Force*) [160] ou de l'HAS [158] et le 2^{ème} point à évoquer est qu'actuellement certaines études tendent à remettre en cause le principe de l'examen médical périodique, notamment au Canada ; étude qui fait l'objet de multiples débats. Les personnalités en faveur de son abandon avançant un intérêt économique et une efficacité de prévention pas si intéressante que ça en regard du coût engendré tandis que les défenseurs avancent au contraire un impact positif depuis 10 ans sur la réalisation de cet examen notamment en terme d'efficacité de prévention, de réduction de morbidité [140].

L'idée d'un guideline d'examens complémentaires à réaliser avant consultation a été soulevée à plusieurs reprises (selon le principe du *modèle A*). Diverses modalités quant à sa réalisation ont été évoquées comme : l'auto-prescription d'examens par le médecin en fonction du guide (celui-ci contenant l'ensemble des éléments permettant au prescripteur de réaliser son ordonnance comme des questions à remplir et des indications tenant compte d'éléments généraux tels que l'âge, les antécédents, l'histoire personnelle etc...), délivrance d'une ordonnance par le réseau au professionnel ne pouvant se prescrire d'ordonnance (les examens étant toujours prescrit en fonction du guideline). Un système mixte impliquant le guideline mais que l'on pourrait remplir sur internet a aussi été évoqué afin de limiter les déplacements au centre. On retrouve ici le principe d'une certaine autonomie en amont de la consultation médicale à proprement parler.

Actuellement il y a peu de structures de prévention consacrées aux soignants en France mais une structure semble se démarquer en Haute-Normandie, il s'agit de la structure IMHOTEP [141]. Elle assure des consultations de prévention régulièrement, s'intéresse au bien-être au travail des médecins et assure un suivi psychologique. Cette structure est pour l'instant unique en France (tout en sachant que le réseau ASRA à Lyon tend à suivre la même voie [142]). Mais le centre IMHOTEP semble pour l'instant assurer un fonctionnement classique avec une consultation médicale au cas par cas selon les désirs des soignants suivi de la réalisation d'examens complémentaires, ce qui correspond au modèle B évoqué lors des focus group.

Des données retrouvées dans la littérature internationale font cependant état d'un avantage certain en termes d'efficacité et de gains financiers dans la réalisation de questionnaires de santé

via les systèmes informatiques et internet en lieu et place des questionnaires papiers actuellement utilisés en France [143, 144] ce qui semblerait aller dans le sens du *modèle A* évoqué par certains enquêtés.

Un soignant (W) a aussi évoqué durant les focus group la possibilité d'un dossier médical stocké dans une banque de données virtuelles et dont lui seul pourrait avoir accès. Dans une thèse réalisée en 2012 auprès de médecins généralistes environ 60% estimaient nécessaire ou du moins intéressant d'être détenteur de leur dossier médical si une structure de soins devait voir le jour [133] mais il n'avait pas été spécifiquement fait mention que seul le patient pourrait y accéder via des mots de passe sécurisés. De plus, certaines études anglo-saxonnes se sont penchées sur l'intérêt du dossier médical électronique et ont montré que les médecins manifestaient de manière assez globale des réticences à son utilisation pour diverses raisons (manque de connaissances informatiques, aspect juridique, inadéquation avec certaines facturations de l'offre de soin) [145, 146].

Les modalités organisationnelles soulevées par les participants sont multiples et parfois divergentes. Bien évidemment le focus group n'est pas un groupe nominal [147] et ne cherche pas à établir un consensus mais à recueillir les informations des acteurs. La question du modèle à appliquer dans un protocole de prévention reste entière.

Devons-nous établir une étude visant à aboutir à un consensus (par méthode Delphi ou technique du groupe nominal) [147] pour choisir quel modèle adopter? Appliquer des modèles déjà existants notamment dans le cas de partenariat avec des organismes extérieurs exerçant déjà de la prévention à grande échelle ? Ou bien encore établir une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire dont les critères restent encore à définir, à l'échelle de la région pour recueillir les avis des principaux intéressés, à savoir les soignants et établir un modèle d'organisation qui sera fonction des réponses recueillies dans cette étude ?

IV-2-3-2 Dépistage la sphère psychique et psycho-professionnelle : priorité de la prévention

IV-2-3-2-1 *Le burnout au cœur des préoccupations*

A l'image de nos recherches bibliographiques, l'importance du burnout et des pathologies psychiatriques chez les soignants n'ont pas laissé les participants de marbre. Bien au contraire, une grande partie des données recueillies concernait les sphères psychiatriques et psycho-professionnelles (cf. figure n°3). L'importance accordée par les soignants au dépistage du burnout, du risque suicidaire et des addictions a favorisé l'émergence d'une idée singulière :

dérouler la consultation en deux phases en commençant par la porte d'entrée somatique avant d'arriver progressivement à l'évaluation de la sphère psychique ; les avantages d'une alliance thérapeutique et mise en confiance du patient étant mises en avant. La nécessité d'une évaluation des pathologies psychiatriques et du burnout est retrouvée dans plusieurs travaux. Dans la thèse sur les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge, 93% des médecins estimaient intéressant ou indispensable de parler du burnout durant la consultation de prévention [133]. La moitié des médecins interrogés par M. Prod'Homme au sujet de leurs attentes sur l'ASSPC attendent du réseau qu'il prenne en charge les problèmes d'ordre psychiatrique, les addictions et le syndrome d'épuisement professionnel. Dans la thèse de L. Gillard, un tiers des médecins interrogés déclaraient avoir ressenti le besoin d'un soutien psychologique dans l'année écoulée ; cette fragilité psychologique étant d'ailleurs particulièrement répandue chez les jeunes médecins généralistes [22]

Près des deux tiers des soignants interrogés dans notre étude ont soulevé l'importance du dépistage du burnout car il représente selon eux un véritable problème de santé publique chez les soignants et qu'il peut entraîner de lourdes conséquences délétères à plus ou moins long terme (propos déjà énoncé par l'ensemble des données épidémiologiques que nous avons cités dans le 1^{er} chapitre de notre étude. Les participants ont donc évoqué la nécessité de réaliser un interrogatoire poussé, complet avec recherche de l'ensemble des facteurs pouvant influencer sur la survenue ou au contraire empêcher l'installation du burnout. Le désir d'un guide protocolaire systématisé contenant les items cliniques à rechercher au sujet du burnout a aussi été évoqué lors des focus group. Cette idée est à corréler à celle d'une formation spécifique des professionnels de santé dans la prise en charge des soignants-patients énoncée par nos enquêtés. Dans l'étude réalisée chez les médecins franciliens, 80% d'entre eux disaient vouloir bénéficier d'une formation au dépistage et à la prise en charge du burnout et des autres pathologies psychiatriques relevant ou témoignant d'une souffrance du soignant [32]. De plus en plus d'études en France notamment par le biais de thèses commencent à faire l'état des lieux sur l'impact épidémiologique du burnout chez les soignants [23, 26, 33, 35] mais peu de mesures sont pour l'instant mises en œuvre. Si l'on se réfère toujours au modèle catalan du PAIMM [120], parmi les multiples éléments mis en place pour venir en aide aux médecins en souffrance figure un programme de dépistage et de prise en charge du burnout (notamment par la formation des professionnels à la reconnaissance clinique de cette pathologie ainsi qu'aux techniques utilisées pour aborder les soignants en souffrances ; méthode d'ailleurs aussi utilisée au Canada [121].

La réalisation d'un test spécifique, le MBI test [25], a été citée par les soignants de l'enquête comme moyen de dépistage pouvant compléter la recherche par l'interrogatoire (ce

test est d'ailleurs considéré spontanément comme le plus connu par certains soignants de l'enquête : E, M, P). L'utilité de ce test semble avérée au regard de la littérature puisque de nombreuses thèses ayant eu pour sujet l'étude ou l'évaluation du burnout dans une population définie de soignants ont été réalisées à l'aide du MBI test [33, 38, 40, 98, 148]. Même si celui-ci est le plus répandu et le plus utilisé par la communauté des soignants pour le dépistage du Burnout, il existe cependant de nouveaux tests qui apparaissent tels que le CBI test (Copenhagen Burnout Inventory test) pour lequel de plus en plus d'études sont réalisées à travers le monde afin d'étudier sa validité. C'est notamment le cas en Espagne où l'étude a démontré que le CBI était un instrument fiable et faisable pour dépister le burnout [96] ; ce test se divise en 3 dimensions que sont la dimension personnelle, la dimension liée au travail et celle liée aux clients (aux patients dans notre cas).

Si la quasi-totalité des participants de notre enquête était d'accord pour appliquer ce test lors d'un dépistage, des divergences sont apparues quant aux modalités de réalisation. Certains étaient plutôt pour sa réalisation à domicile avant consultation (L, U, W, X), avançant l'argument d'un gain de temps et d'autres pour sa réalisation pendant la consultation (M, O, P, V) avançant l'argument d'une plus grande récolte d'informations verbales et non verbales autour de son effectuation. Les deux parties ont cependant soulevé le fait que dans tous les cas sa réalisation nécessiterait une certaine honnêteté du patient dans ses réponses. Le test étant validé en auto-réalisation, les deux méthodes sont possibles. On note cependant au travers de la littérature et des habitudes que les tests de dépistages sont généralement réalisés en autotest dans les pays anglo-saxons notamment [99, 100, 149], les Anglais étant d'ailleurs de bons élèves en ce domaine puisque des structures sont mises en place notamment à Londres pour évaluer régulièrement l'état de souffrance des médecins [149]. Il en va de même pour les catalans toujours par le biais du PAIMM [120].

Il serait peut-être intéressant dans le cadre du réseau de soin et dans l'établissement d'un protocole de prévention, d'évaluer par une enquête le désir réel des soignants quant aux modalités de réalisation de ce test. En effet les études, notamment celle de M. Prod'Homme [117] ou celle d'A. Gombert [133], s'accordent à dire que les médecins désirent un dépistage et une prise en charge de leur souffrance et du burnout mais on ne retrouve pas de détail précis sur les modalités de dépistage. Doit-on se contenter de l'interrogatoire (et du flair intuitif comme certains des soignants de notre enquête l'ont évoqué)?

Recourir systématiquement au test spécifique de dépistage comme cela semble être le cas à l'étranger? Et si oui faut-il le faire avant ou pendant une consultation avec les avantages et inconvénients que chacune des deux solutions impliquent ?

Et enfin tout comme nous avons évoqué l'intérêt de mettre en place dès les études de médecine un enseignement concernant la prise en charge du soignant-patient, ne serait-il pas judicieux d'en faire autant pour le burnout ? Certains participants pendant les focus group avouaient d'ailleurs avoir des lacunes de connaissances en la matière (F, S).

IV-2-3-2-2 Dépistages des addictions et du risque suicidaire : une priorité aussi élevée que leurs difficultés de réalisation

Le dépistage du risque suicidaire a été évoqué comme fondamental par près des deux tiers des participants. Cela semble aller dans le sens de l'importance en termes de santé publique que représente cette pathologie dans le monde des soignants puisque l'on retrouve un risque relatif de suicide et un taux de suicide nettement plus élevé chez les soignants que dans la population générale [19, 42, 66, 67], l'étude de Lindeman et Al [66] ayant montré notamment un risque relatif allant de 1,5 à 4,5 par rapport à la population générale (selon qu'il s'agisse d'homme ou de femme). Les participants de l'enquête se sont surtout exprimés sur la nécessité de ne pas hésiter à poser des questions même si cela pouvait paraître complexe à aborder comme sujet. Contrairement à d'autres pathologies, les soignants de l'enquête ont d'ailleurs lourdement insisté sur la nécessité d'une relation de confiance, d'empathie et d'écoute dans la relation entre les soignants et remis en avant la notion des qualités spécifiques nécessaires que devrait posséder le soignant de soignant pour dépister cette pathologie chez d'autres soignants. Un participant a d'ailleurs soulevé l'idée d'avoir une formation spécifique par un psychiatre si nécessaire (X).

Ces données rejoignent celles déjà soulevées dans des thèses où les médecins interrogés estimaient important le dépistage et la prise en charge des troubles psychiatriques de ce genre malgré la difficulté d'approche [21, 117]. D'ailleurs dans la thèse d'A. Gombert, 84% des médecins interrogés estimaient intéressant ou important d'avoir des psychologues et des psychiatres dans une structure de soins dédiée aux soignants [133]. Cependant nos enquêtés ont avancé à plusieurs reprises la difficulté pour aborder le risque suicidaire. Cette complexité est détaillée par le docteur F. Dumel qui évoque pourtant toute la nécessité de rechercher ce risque [150]. Il explique notamment qu'une proportion importante de suicidant et suicidés ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédent le geste et il y explique les réticences que peut éprouver un soignant à rechercher ce risque suicidaire, telles que la peur d'induire le geste en posant la question ou quelle attitude adopter si le risque suicidaire est confirmé. Si les acteurs de notre enquête ont évoqué le fait de rechercher les facteurs de risques, un participant (K) a aussi soulevé le fait de rechercher les facteurs protecteurs (au même titre que pour le dépistage

d'un burnout). Ces faits sont relayés par les propos tenus toujours par le docteur Dumel concernant l'importance de rechercher ces facteurs de risques et protecteurs. Dans son ouvrage « guide de l'entretien avec un patient suicidaire » [151], le Dr M. Debout explique les attitudes que doit avoir le médecin, les gestes à adopter, comment savoir reconnaître les facteurs de risques et les urgences suicidaires. Le diagnostic peut s'avérer complexe en particulier face au soignant qui grâce à ses connaissances théoriques peut plus facilement dissimuler ses émotions et maquiller ses réponses dans un souci de paraître en bonne santé psychique. Aux Etats-Unis, une conférence de consensus réunissant des experts en 2002 à Philadelphie a abouti à la conclusion (au terme de plusieurs sessions plénières) qu'il fallait modifier les politiques institutionnelles et les attitudes professionnelles (notamment au travers de formations spécifiques) afin d'encourager les médecins à demander de l'aide et augmenter la prévention de la dépression et du risque suicidaire. Selon cette conférence, si les obstacles et tendances suicidaires des médecins étaient supprimés, leur prise en charge de patients souffrant de ce type de pathologies serait plus efficiente [152].

On voit donc ici aussi la nécessité d'une formation spécifique du soignant de soignant comme nous l'avons déjà discuté à plusieurs reprises jusqu'ici sur le versant de la prise en charge du risque suicidaire cette fois. Et les données bibliographiques semblent montrer que le dépistage du risque suicidaire chez le soignant ne doit absolument pas être négligé ou sous-évalué.

Un point mérite d'être soulevé, à savoir que les soignants de notre enquête ne se sont pas attardés sur la nécessité de réaliser des tests spécifiques d'évaluation du risque suicidaire contrairement au test de dépistage du burnout ou même aux tests rapides et élusifs de recherche d'une dépression. Peut-être cela va-t-il dans le sens d'une gêne ressentie pour aborder cette question. Il existe pourtant des tests rapides d'utilisation comme l'échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher ou l'échelle de désespoir de Beck [150].

Toujours dans le dépistage des pathologies psychiatriques, la question des toxicomanies et addictions a été fortement abordée par de nombreux participants et à chaque focus group de surcroît. A l'instar du dépistage du burnout, la nécessité d'une recherche d'addiction chez les soignants a été évoquée par près d'un tiers des participants, quelle que soit la substance addictive d'ailleurs (cigarette, alcool, substances psychoactives illicites ou pas, opioïde). Tout comme pour le burnout, des arguments épidémiologiques avec une prévalence élevée de l'addiction chez les soignants ont été avancés par les soignants pour justifier de ce dépistage. Ces arguments épidémiologiques sont aussi retrouvés dans la littérature médicale telle que nous l'avons abordée au chapitre I [39, 52, 53, 57, 93]. Selon les soignants interrogés, cette prévention doit d'une part passer par un interrogatoire (surtout si une pathologie psychiatrique et/ou un burnout sous-jacent sont suspectés) et par la réalisation systématique dès la 1^{ère}

consultation de prévention d'un bilan biologique de dépistage (toxiques urinaires et sanguins, bilan hépatique avec ALAT, Gamma Glutamyl Transférase et CDT si alcoolisme suspecté). Il convient d'ailleurs de noter que la CDT (carbohydre déficient transferrin) présente selon certaines études médicales anglo-saxonnes réalisées ces dernières années un intérêt important dans le dépistage et la surveillance de l'alcoolisme chronique notamment grâce à sa spécificité et sensibilité élevée [153]. Le refus de ce bilan biologique doit être considéré comme un signe d'appel ou de suspicion selon les participants de l'enquête. Un dépistage des substances opioïdes a aussi été mis en avant notamment en raison de la facilité d'accès à la morphine évoquée par les participants. Des médecins du Poitou-Charentes interrogés en 2013 sur leurs attentes en matière de prises en charges vis-à-vis du réseau avaient déjà évoqué spontanément le fait que la population médicale souffrait d'addiction et qu'il fallait prendre en charge cela sans pour autant rentrer dans les détails des modalités de dépistage [117].

Une étude américaine sur l'usage d'alcool et autres drogues chez les professionnels de santé (dentistes, infirmiers, pharmaciens et médecins) a montré qu'il était nécessaire d'assurer une politique de prévention au niveau des institutions du fait de la présence de facteurs de risques à la consommation de ces substances (ces facteurs pouvant aller d'une pathologie psychiatrique sous-jacente à un sentiment d'invincibilité face aux substances psychoactives, dans le cas des pharmaciens notamment) ; il convient tout de même de noter que l'étude admettait que la prévalence des soignants usagers de substances n'était pas supérieure à celle de la population générale [154].

Ces éléments nous font donc à nouveau soulever l'intérêt d'une formation spécifique pour aborder ce genre de thème avec les soignants puisqu'on est en droit de penser que les difficultés attendues devant l'évocation des toxicomanies seront similaires à celle du risque suicidaire évoqué plus haut alors que dans le même temps sa recherche et prise en charge semblent nécessaire au regard des différentes données de la littérature médicale. Introduire le dépistage des toxicomanies semble être un point important de nos focus group et les données de la littérature vont dans ce sens-là. Mais les soignants sont-ils prêts à ce genre d'examens ? Est-ce à eux de décider ou bien à des autorités extérieures compte tenu du fait que les soignants ont des patients en charge. La réponse se trouve peut-être dans l'application d'un système similaire à celui du PAIMM : assurer un suivi psychiatrique du soignant en souffrance sous forme d'un contrat thérapeutique ; contrat permettant au médecin de se faire suivre et traiter pour pouvoir ensuite exercer dans la pleine mesure de ses moyens. Nous employons le terme de contrat mais la frontière avec la notion d'obligation est très mince et cela entraînerait peut-être un bouleversement du code de déontologie tel que le nous le connaissons.

Certains soignants ont aussi évoqué au cours des focus group (en particulier les deux premiers) l'intérêt d'évaluer par un interrogatoire et des tests rapides (et si possibles élusifs de façon à limiter les biais de sélection de réponses) la présence de troubles de la personnalité, troubles anxieux et dépression. Cela s'accorde avec les propos retrouvés dans les enquêtes réalisées en Poitou-Charentes [117], dans le Maine et Loire [133] et en Isère [126] où les soignants évoquaient de manière assez générale le désir d'un dépistage de ce type de trouble psychiatrique. Selon les dernières recommandations de l'USPSTF en matière de dépistage de pathologie dépressive, il n'est recommandé d'assurer un dépistage de la dépression que lorsque les services de soins de la dépression dispensés par le personnel sont en place. L'organisme avance d'ailleurs que la dépression (et ses complications) est l'une des principales causes d'invalidité des adultes et est fréquemment rencontrée lors des soins primaires ; donnée que l'on peut corréler aux chiffres de la CARMF qui avancent que 40% des invalidités sont d'origine psychiatrique [47]. L'USPSTF avance aussi que malgré la multiplicité des outils de dépistages de la dépression (les tests spécifiques notamment), poser deux questions simples sur l'humeur et l'anhédonie peuvent être aussi efficace que les outils et tests plus formels dans le cadre d'un dépistage (et non d'un diagnostic psychiatrique approfondi) [155]. Cela semble aller dans le sens des désirs évoqués par les soignants de notre enquête. Les méthodes de dépistage et de diagnostic plus approfondies sont laissées au libre choix du clinicien selon ses préférences personnelles et habitudes [155].

IV-2-3-3 La prévention de la sphère somatique : suivi des recommandations actuelles, débats et éléments surprenants

Le bilan de prévention concernant la sphère somatique a été jugé moins important par certains soignants de notre enquête en comparaison de la sphère psychique et du burnout, en s'appuyant notamment sur des arguments épidémiologiques tels que le fait que la population des soignants est en meilleure santé physique et organique que la population générale. Un soignant (E) cite par exemple « *ouais donc ce n'est pas la peine d'aller chercher de l'organique puisqu'il y en a moins* ». Cependant plusieurs participants ont soulevé le fait que si la prévalence des pathologies somatiques était plus faible que celles des pathologies psychiatriques et psychop professionnelles, il fallait malgré tout moduler cette impression selon plusieurs critères. Tout d'abord les atteintes organiques sont moins fréquentes mais souvent plus graves (du fait d'un dépistage souvent trop tardif notamment). De plus les altérations somatiques peuvent être différentes en termes de qualité et de prévalence d'une profession de santé à une autre. Certaines atteintes organiques peuvent être des complications d'une pathologie psychiatrique (l'exemple de la cirrhose secondaire à l'alcoolisme a par exemple été cité par O) et enfin l'examen de la sphère organique peut constituer un bon moyen de débiter la consultation de prévention et

instaurer une relation empathique avant d'aborder la sphère psychique considérée comme plus délicate. Divers éléments et propositions ont été soulevés concernant les éléments attendus et bien évidemment il ne s'agit pas ici encore une fois d'analyser ces données en leur accordant un aspect pouvant faire suspecter un consensus ; l'objectif des focus groups étant plutôt de faire émerger ce qui pourrait sembler important et pertinent aux yeux des enquêtés et pourquoi pas par la suite créer une enquête qualitative sur un mode consensuel (méthode Delphi ou technique du groupe nominal) [147] avec pour objectif d'aboutir un protocole de prévention faisant consensus dans le Poitou-Charentes.

L'examen clinique a été peu abordé, la plupart des soignants considérant que c'était un élément classique et indissociable de la consultation. Il est à noter cependant que des points particuliers ont été soulevés comme l'étude de la vision, point qui nous a quelque peu surpris car revenu régulièrement au cours des focus group, et l'examen buccodentaire, proposition avancée par un dentiste (U) mais aussi par un médecin (G).

De même certains soignants ont spontanément évoqué l'idée d'un dépistage de l'audition par audiogramme en particulier à partir d'un certain âge pour ne pas alourdir le bilan de prévention, idée qui nous a quelque peu surpris. L'étude de la vision et de l'audition était notamment justifiée par les soignants en tant qu'éléments intervenant dans la qualité des soins délivrés : une baisse d'audition ou une altération de la vision pouvant avoir des conséquences néfastes sur la prise en charge des patients (éléments soulevés par M et P notamment). Une étude américaine s'est intéressée à l'impact de la perte d'audition chez les médecins et il a été montré que cette perte augmentant avec l'âge pouvait avoir des conséquences sur l'examen clinique notamment sur l'auscultation ainsi que sur la relation avec les patients. L'étude recommande aussi aux jeunes médecins de se protéger vis-à-vis de la pollution sonore (protection estimée insuffisante actuellement) dans le but de prévenir cette baisse d'audition [156]. Il peut être intéressant de noter aussi qu'une autre étude américaine semble avoir démontré en 2009 un lien entre la baisse d'audition sur les basses fréquences et l'augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral, maladies artérielles périphériques et infarctus du myocarde par atteinte coronarienne [157].

Cela peut-il constituer un argument supplémentaire à la réalisation d'un audiogramme ? Le bénéfice deviendrait alors multiple (prévention de la baisse d'audition, amélioration de l'efficacité des soins délivrés et facteur prédictif du risque cardiovasculaire).

L'un des points majeurs soulevés par les participants de l'enquête concernant les examens à réaliser reposait sur le fait de suivre **les recommandations actuelles de la science et de la médecine fondée sur les preuves**. Plusieurs sources concernant les recommandations

ont été citées comme l'HAS [158], les recommandations américaines (USPSTF) [160] ou encore les sociétés savantes françaises de médecine. On notera aussi qu'un soignant (S) a émis l'idée qu'il fallait parfois mieux suivre les recommandations des sociétés françaises de médecine plutôt que celle de l'HAS (l'exemple du dosage de la prostate faisant polémique entre les recommandations de l'HAS et celle de la société française d'urologie [159] ayant été avancé à ce sujet).

Quelques examens en particulier ont été évoqués comme la réalisation d'un bilan lipidique, un ECG, un dosage du PSA ou encore une radiographie thoracique. Des débats ont eu lieu autour de ces examens que ce soit sur leur fréquence de réalisation, leur utilité ou encore leur indication. Certains soignants étaient pour leurs réalisations, sur la base d'expériences personnelles, d'habitudes de prescription, d'habitudes acquises à l'entrée à l'hôpital (nous citerons l'exemple de la radiographie thoracique réalisée comme radio de référence par les service de médecine préventive et du travail à l'hôpital) ou bien encore en se calquant sur le modèle des centres d'examens périodiques de l'assurance-maladie avec l'idée répandue parmi certains enquêtés d'une réalisation tous les 5 ans de ces examens à titre systématique. Il faut aussi noter que les participants ont évoqué le fait qu'il ne fallait pas que les examens soient trop nombreux de façon à ne pas surcharger le bilan de prévention. D'autres participants ont cependant été plus sereins vis-à-vis du risque d'excès d'examens complémentaires compte-tenu du fait que si l'on suivait les recommandations officielles, il ne devrait pas y avoir de surcharge d'examens (S, W).

Les acteurs ont aussi insisté sur le fait de pouvoir adapter et moduler les examens de prévention en fonction du patient (terrain, antécédents, données relevées à l'examen clinique) et ne pas se contenter de réaliser des examens de prévention strictement uniformes pour tous les patients.

Ce désir d'adaptabilité des examens en fonction des patients est d'ailleurs retrouvé dans d'autres études réalisées auprès de soignants notamment dans la région du Maine et Loire où près de 80% des médecins interrogés évoquaient cet aspect de vérification et modulation du dépistage (en termes de contenu et de fréquence) [133]. De même les soignants du Poitou-Charentes interrogés en 2013 étaient dans l'ensemble favorables à la création d'un service de médecine du travail pour les libéraux et qui pourrait assurer une consultation flexible et adaptable selon les soignants [117]. Cette idée de modulation des examens complémentaires dans une structure ainsi que de la volonté d'un service de médecine du travail dédié aux médecins sont aussi apparus dans les travaux de thèse réalisés par A-L Verjus [126].

Un point a été soulevé et qui nous a un peu surpris, c'est l'importance accordée par certains participants (B, H, N, T) de notre enquête à l'évaluation de la couverture vaccinale.

Cette idée est ressortie à chaque focus group que ce soit par des soignants salariés et donc habitués à une surveillance de la vaccination (via le service de médecine préventive et du travail) mais aussi par des soignants libéraux. Cette notion se retrouve dans l'étude M. Prod'Homme [117] où les soignants de la région insistaient déjà sur cette évaluation. Dans la thèse d'A. Gombert sur les attentes des médecins généraliste, 93% des interrogés estimaient intéressant ou nécessaire d'évaluer la couverture vaccinale [133]. Les soignants semblent donc attacher une grande importance à cela sachant que la couverture vaccinale des soignants est globalement bonne, en tout cas meilleure que celle de la population générale [62, 63].

Tous ces éléments ne doivent cependant pas nous faire oublier une limite soulevée par les soignants durant les réunions : le temps. En effet la diversité des propositions et l'importance accordée à certains éléments doivent nous faire poser la question de la chronophagie de cette consultation. Et comme l'avait soulevé un soignant (W) durant l'enquête, il faudra peut-être et même probablement faire des choix.

IV-3 LE SYSTEME DE PREVENTION DANS L'ASSPC

IV-3-1 Un espoir tangible mais une réalité encore non palpable

Le réseau de soignants de soignant au sein de la région Poitou-Charentes se met en place lentement mais sûrement. Destiné à être accessible à l'ensemble des soignants de la région, il n'est pour l'instant ouvert qu'aux médecins et uniquement sur la base d'aide et d'entretien téléphoniques avec délivrance de conseils et orientations vers des structures ou du moins des professionnels de santé adaptés en fonction de la pathologie ou souffrance suspectée; nous pouvons prendre l'exemple d'une réorientation vers un psychologue ou un psychiatre si l'on suspecte une souffrance morale, une addiction un burnout etc... Cela semble être un bon début et tend à se rapprocher du système qui s'est mis en place en Rhône-Alpes avec le réseau ASRA [142]. Cependant nous sommes encore loin des objectifs annoncés de l'ASSPC en particulier les trois priorités que sont la mise en place d'un système de soins et de suivi, la promotion d'un système de prévention et l'instauration d'un service de médecine du travail pour les soignants libéraux notamment (service de médecine du travail qui s'inscrirait dans la suite logique de la promotion de la prévention) [166]. Les raisons sont probablement multiples et nous ne pouvons que faire des spéculations dans notre travail de thèse quant aux raisons de cette lenteur : manque d'intérêt des soignants eux-mêmes, manque d'intérêts et/ou de moyens financiers et matériels des institutions publiques et ordinales ? Ce phénomène n'est bien évidemment pas spécifique à la région Poitou-Charentes puisque l'on sait que la structure IMHOTEP [141] qui est probablement le centre de soins dédié aux soignants actuellement le plus avancé et efficient en

France a aussi connu une lenteur de démarrage. Les enjeux sont pourtant de taille. La nécessité de prendre en charge les soignants au moins sur le plan de la prévention devient chaque jour plus pressante (en témoignent les données épidémiologiques multiples que nous avons relevées tout au long de nos recherches bibliographiques à propos des souffrances dont peuvent être victimes les soignants) ; nécessité à la fois pour eux mais aussi pour les patients qu'ils ont en charge (comme le soulignaient plusieurs soignants de notre enquête). De plus il semblerait au travers des enquêtes réalisées y compris la nôtre que les professionnels de santé soient demandeurs d'une prise en charge. La complexité réside essentiellement dans les modalités de cette prise en charge préventive. La riche diversité des informations que nous avons recueillies lors de ces focus group témoignent d'ailleurs de la difficulté de mettre en place un protocole de prévention.

En effet les exigences des soignants sont multiples et le plus souvent légitimes mais plus elles sont nombreuses et plus elles sont difficiles à satisfaire. Concernant le réseau, les attentes sont nombreuses, les soignants désirent un système de prévention efficace, surtout en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique et psycho-professionnelle mais ils désirent aussi un bilan de prévention somatique (ce qui est légitime dans le principe même de la prévention à tous les échelons primaire, secondaire, tertiaire...). Le réseau a la lourde tâche de devoir d'une part élaborer un protocole de prévention qui se doit d'être efficient, spécifique et adapté aux soignants tout en assurant une adhésion et une compliance de ces même soignants. Pour cela le centre devra apporter des garanties pour contrer les craintes des soignants que nous avons vues dans les résultats de notre enquête (anonymat, difficultés relationnelles entre soignants, manque de temps craintes des sanctions, ingérences des structures extérieures, craintes des conséquences financières et professionnelles...).

IV-3-2 Le protocole de prévention dans le réseau : hypothèse de modèle et perspectives

Comme nous l'avons déjà cité précédemment, la recherche qualitative par focus group n'a pas pour vocation d'établir un protocole de prévention scientifique et systématique d'un point de vue consensuel. Notre objectif était d'identifier les éléments pertinents pour aider à la mise en place d'un système de prévention. Cela dit, au vu des résultats recueillis durant nos enquêtes, confrontés aux données épidémiologiques relevées dans la dernière décennie ainsi que des résultats d'autres enquêtes qualitatives, on peut émettre une piste quant à l'élaboration d'un bilan de prévention dans l'ASSPC ; ce protocole ayant pour objectif de tenir compte des attentes des soignants mais aussi des limites tels que les facteurs temporels évoqués. On pourrait ainsi très bien imaginer une sorte de *modèle C* (pour reprendre l'analogie avec les modèles évoqués dans discussion) et qui comporterait 3 phases chronologiquement distinctes :

Phase 1 (réalisée en amont de la consultation médicale) : élaboration d'un questionnaire de santé portant sur l'anamnèse, la couverture vaccinale et que le soignant-patient remplirait à domicile. Réalisation d'un test d'évaluation du burnout en autotest à domicile. Le questionnaire de santé tout comme le test burnout pourraient être réalisés sur papier et ramenés le jour de la consultation médicale ou par voie informatique (gain de temps et financier si l'on se fie à la littérature médicale) ; mais les soignants seront-ils prêts à l'usage exclusivement informatique ?

Phase 2 : la consultation médicale : elle commencerait d'abord par une entrevue avec un infirmier pour les mesures hémodynamiques, les mensurations biométriques, le tout dans un cadre de mise en confiance du soignant (le principe d'une formation spécifique avec technique d'écoute et d'empathie pouvant être à nouveau cité) ; et pourquoi pas une entrevue avec un dentiste aussi pour évaluation de l'état buccodentaire. Ce principe de consultation paramédicale étant ressorti dans nos focus group et existe déjà dans les pays anglo-saxons comme nous l'avons vu dans la discussion. Le soignant serait alors ensuite examiné par le médecin qui posséderait déjà à ce moment quelques données d'ordre médical. Il pourrait alors consacrer le temps de la consultation à une évaluation de la sphère somatique (notamment orientée par les données du questionnaire de santé) puis à une évaluation de la sphère psychiatrique (toxicomanies, Burnout, risque suicidaire). L'idée d'une formation spécifique dans l'approche de cette relation complexe étant à nouveau mise en avant ; à noter que l'interrogatoire à la recherche d'un burnout pourrait être ainsi confronté aux réponses du test spécifique réalisé en amont ; de même, la recherche de troubles dépressifs pourrait reposer sur l'usage de deux simples questions sur l'humeur et l'anhédonie telle qu'évoquée par les recommandations de l'USPSTF [155] permettant ainsi un gain de temps par rapport aux outils et tests plus formels.

Phase 3 : enfin dans un 3^{ème} temps la réalisation d'examens complémentaires. Les caractéristiques de ces derniers étant fixées d'une part par les recommandations officielles des autorités de préventions mais aussi une possibilité d'adaptation des examens en fonction de l'examen clinique de la phase 2 et du soignant-patient avec l'idée d'une modulation des examens en fonction du travail effectué à l'image d'un service de médecine du travail. Cette phase comporterait aussi le bilan biologique de dépistage des addictions (qui aurait été au préalable discuté avec le patient lors de la consultation de la phase 2). Si l'on considère le taux élevé d'addictions retrouvé dans les données épidémiologiques chez les soignants, on peut se demander si ce bilan ne relève pas d'un aspect de prévention de médecine du travail (comme si la profession de soignant exposait de manière plus accrue aux conduites addictives pour de multiples raisons telles que la prévalence du burnout, la facilité d'accès aux psychotropes et opioïdes pour certains soignants etc...)

La fréquence d'application de ce modèle d'application de prévention resterait encore à définir : faudra-t-il le calquer sur les modèles classiques utilisés par l'assurance-maladie ? Définir une fréquence de consultation qui serait fonction des recommandations en matière de dépistage ? Et surtout faire en sorte d'adapter cette fréquence en fonction des soignants ; ce désir étant régulièrement ressorti dans les différentes études qualitatives concernant les médecins et leurs désirs de prises en charge [21, 117, 126, 133] y compris la nôtre.

Un soignant (P) a d'ailleurs évoqué la possibilité de mettre en place un comité d'expert qui pourrait établir un protocole de recommandations de prévention spécifiquement destiné aux professionnels de santé. Cette proposition pourrait être le point de départ d'une enquête qualitative de type consensuel (par méthode Delphi ou technique du groupe nominal par exemple) [147] à partir d'éléments issus des résultats de notre étude. Cela pourrait permettre d'aboutir à un protocole systématisé de prévention spécifique et applicable à l'ensemble des soignants du Poitou-Charentes (depuis la création du questionnaire de santé jusqu'aux examens complémentaires de prévention à pratiquer). D'ailleurs on peut pousser la réflexion en imaginant que ces méthodes qualitatives consensuelles associées aux recommandations officielles reposant sur l'EBM (que ce soit par le biais de l'HAS, l'USPSTF, des sociétés savantes françaises) pourraient peut-être permettre la mise en place du protocole que nous avons proposé mais reposant sur une méthodologie adaptée pour sa validation scientifique et médicale ; ce protocole réunirait alors par une symbiose intéressante, les critères de validation scientifique propre à la prévention et la réalité des pratiques cliniques et comportements des soignants (en termes de motivations, appréhensions, craintes telles que nous les avons évoquées dans nos résultats); comportements et représentations des pratiques qui peuvent parfois s'opposer aux résultats théoriques attendus en matière de prévention. Pour étayer ceci, nous pouvons par exemple citer le fait que les acteurs de notre enquête étaient dans l'ensemble d'accord pour suivre les recommandations officielles en matière de prévention organique mais voulaient mettre l'accent sur la priorité du dépistage du burnout or cette pathologie de même que le risque suicidaire et les addictions ne sont pas encore réellement intégrés dans l'esprit des pratiques de prévention en France (comme en témoignent les bilans réalisés dans les centres d'examens périodiques, les assurances-maladies etc...).

V- CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude qualitative par focus group, une méthode encore peu utilisée en France en recherche médicale, contrairement à nos voisins des pays anglo-saxons, afin de rechercher les éléments pertinents du point de vue des soignants concernant l'élaboration d'un protocole de prévention dans le cadre de l'ASSPC. Les propos recueillis étaient riches, diversifiés, parfois opposables, contradictoires et témoignant de la dynamique de groupe présente durant les entretiens.

Nous avons mis en évidence, à partir de l'analyse thématique transversale des focus group, les attentes, les craintes, le vécu et les représentations des soignants (en termes de concepts et de pratique) concernant leur prévention et dans une certaine mesure leur santé. Les analyses ont permis de dégager de nombreux points importants. Tout d'abord l'étude qualitative a confirmé une de nos hypothèses de départ qui était de considérer que les soignants formaient une population singulière, nécessitant donc une prise en charge préventive particulière. Leurs représentations de la maladie, de la santé et de la prévention peuvent aller du déni à une vision irrationnelle de la gravité de la pathologie. Ils reconnaissent la nécessité de prévention mais dans le même temps se négligent eux-mêmes (en particulier les médecins). Les soignants constituent aussi une contradiction en termes d'épidémiologie puisque d'un côté ils présentent une meilleure santé sur bien des aspects notamment en termes de prévention primaire mais d'un autre côté on retrouve des atteintes psychiques importantes tant en termes de prévalence que de gravité (burnout, risque suicidaire, addictions).

Parmi les différents éléments soulevés par les soignants de notre enquête, beaucoup concernaient leurs attentes à propos du système de prévention au sein du réseau. Ils veulent des garanties d'anonymat, une prise en charge adaptée, complète et rigoureuse. Cela doit notamment passer par la mise en place d'une structure fonctionnelle, spécifique et dédiée mais aussi par la garantie d'une relation entre soignants répondant à des critères de qualités bien définis. Ces critères vont de la capacité d'écoute et d'empathie à la connaissance des besoins des soignants et aux techniques d'approche concernant des sujets délicats tels que le risque suicidaire, les addictions ou le burnout. La relation thérapeutique entre un soignant malade et un confrère est délicate. Le soignant malade demande à être traité comme « un malade classique », mais cela est loin d'être aussi simple, surtout dans le cas du médecin. Un médecin malade est par définition très ambivalent et va ainsi rendre, inconsciemment, la démarche de soins difficile par le biais d'une représentation autogène et iatrogène simultanée de la maladie. De ce fait l'idée d'une formation spécifique et d'une exclusivité de ces soignants dans le réseau est souvent revenue durant les entretiens et paraissait d'autant plus légitime. Le principe de mesures incitatives économiques et de bénéfices personnels recherchés étaient aussi présents au cœur des discussions pour inciter à l'adhésion.

Si les soignants ont évoqué de nombreuses attentes, les craintes et appréhensions l'ont été aussi. Parmi ces craintes, beaucoup étaient implicitement liées aux risques et aux conséquences d'une adhésion à un système de prévention dans le réseau comme la crainte de sanctions et de jugements (notamment en cas de découvertes de maladies et de troubles psychiatriques), la peur d'un retentissement financier et professionnel délétère, mais aussi un ressenti négatif et complexe des relations entre soignants iso-corporatistes (idée justifiant d'autant plus leurs attentes d'une formation spécifique pour améliorer l'efficacité de cette relation). D'ailleurs ces craintes sont surtout présentes chez les soignants considérés comme « réfractaires » à ce genre de mesures préventives proposées par le réseau et les diverses méthodes évoquées pour inciter ou intégrer ces réfractaires dans le réseau (mesures coercitives, dénonciation, sensibilisation) ont fait l'objet de vifs débats en termes de légitimité, de considérations éthiques, morales, déontologiques et sociologiques. Les soignants interrogés ont mis la prévention des pathologies psychiatriques comme les addictions et les toxicomanies ainsi que le burnout au cœur de leurs préoccupations et devant nécessiter un intérêt particulier dans le protocole de prévention. Mais ils ont aussi rappelé que la prévention de la sphère somatique ne devait cependant pas être oubliée car même si elle est considérée comme moins fréquente, par les enquêtés, elle est aussi jugée plus grave. De multiples éléments à rechercher ont été proposés et ce que nous retiendrons surtout c'est la volonté de suivre les recommandations d'experts concernant les examens de dépistage, mais de pouvoir cependant adapter le bilan à réaliser en fonction de différents facteurs dépendants du patient mais aussi de l'examineur.

Nous entrons dans une nouvelle ère qui voit se modifier les fondements même de l'exercice médical. Notre responsabilité en tant que soignant va certes vers les patients qui ont un droit fondamental à une médecine de qualité, d'autant plus que nous glissons progressivement du modèle paternaliste vers le modèle autonome. Mais cette responsabilité va aussi vers les soignants d'aujourd'hui et de demain qui veulent être heureux dans leur métier et dans leur vie et nous pensons que cela peut en partie passer par un protocole de prévention qui permettrait d'assurer une meilleure qualité de vie. La prévention, qui pendant plusieurs décennies a été le parent pauvre de la santé en France, semble reprendre une place de plus en plus importante dans le champ de la santé publique au sein de la population générale. Il paraît donc légitime que ce principe prophylactique acquiert aussi une place importante dans le monde des soignants et cela d'autant plus que leurs demandes, en matière de préventions et de soins, sont de plus en plus nombreuses et marquées.

Comme cela avait été soulevé par la Commission Nationale Permanente de l'ordre des médecins, il est nécessaire d'apporter des garanties en ce sens afin de favoriser la prévention chez les soignants, ce qui n'en serait que plus bénéfique pour les patients soignés par ces

professionnels de santé. D'ailleurs on peut noter que les modèles de prise en charge des soignants se multiplient dans les pays étrangers comme la Catalogne ou le Canada et il semblerait que cela porte ses fruits.

La multitude de propositions et critères jugés pertinents, soulevés par les participants de l'étude, concernant les éléments de réalisation de prévention dans l'ASSPC pourraient servir de départ pour une éventuelle étude quantitative régionale sur les besoins et les attentes des soignants pour leur prévention. De même que l'on peut aussi imaginer la réunion d'un comité d'experts qui pourrait, en tenant compte des données épidémiologiques, des éléments soulevés par l'analyse qualitative de notre étude et de nos propositions, établir un consensus sur l'établissement d'un protocole de prévention. Ainsi une efficacité en termes de santé publique chez les soignants pourrait être réalisée, puisque le réseau serait alors en mesure de mettre en place un système de prévention, qui à défaut de satisfaire tout le monde, pourra au moins prendre en charge un nombre important de soignants (tout ordre confondu). Nous sommes conscients que des objectifs de prévention efficace chez les soignants seront difficiles à atteindre. Mais une réflexion réaliste, une persévérance et une adaptation permanente de tous les acteurs de santé ne peuvent qu'augmenter les chances de réaliser ces objectifs. Nous pouvons résumer ces pensées par cette citation de William Arthur Ward :

« Le pessimiste se plaint du vent, l'optimiste espère qu'il va tourner, le réaliste ajuste les voiles »

VI- BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE

1. U.S. Preventive Service Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. Williams&Wilkins, 1996.
2. Cherniss C. Staff burnout: job stress in the human services. Sage Publications; 1980
3. Begon-Bellet, Aurélie, Cathébras, Pascal, Université Jean Monnet (Saint-Étienne), et Faculté de médecine Jacques Lisfranc. « Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire ». U.E.R. de médecine, 2003.
4. Vittorio Gradoli, Etrusca Medicina, Dei, miti, rimedi nell'etruria antica, éditeur Scipioni, avril 2007.
5. Maciocia, Foundations of chinese medicine 2nd edition, Churchill Livingstone 2005
6. Michel Angot, Caraka-Samhita - Traité d'Ayurveda : Volume 1 : Le Livre des Principes (Sutrasthana) & Le Livre du corps (Sarirasthana), vol. 1, belles lettres 2011, 768 p
7. Suzanne Jacques-Marin, L'esprit des médecines anciennes, Editions Cheminements, 2000
8. Weiner DB. The citizen-patient in Revolutionnary and Imperial Paris. Baltimore, The Johns Hopkins University Press 1993.
9. Bourdelais P. Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques, Paris, Berlin, 2001
10. Vallat B. Histoire de la sécurité sociale (1945-1967). Paris, Economica 2001
11. Jamoulle M, Roland M. Quaternary prevention. Wonca Classification Committee, HongKong, 1995
12. Jamoulle M. De la prévention chronologique à la prévention relationnelle; la prévention quaternaire comme tâche du médecin de famille, Poster présenté aux Rencontres Prescrire de Bruxelles, 28 et 29 mai 2010
13. Wonca International Classification Committee. Wonca International Dictionary for General/Family Practice. Copenhagen : Bentsen N, 2003
14. Black, D. « When Physicians Commit Suicide ». Iowa Medicine: Journal of the Iowa Medical Society 82, no 2 (février 1992): 58 61.
15. Boxer P-A, Burnett C, Swanson N. « Suicide and Occupation: A Review of the Literature ». Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine 37, no 4 (avril 1995): 442 452
16. Center Claudia, Miriam Davis, Thomas Detre, Daniel E Ford, Wendy Hansbrough, Herbert Hendin, John Laszlo, et al. « Confronting Depression and Suicide in Physicians: A Consensus Statement ». JAMA: The Journal of the American Medical Association 289, no 23 (18 Juin 2003): 3161 3166.
17. <http://ansm.sante.fr/>

18. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. Thèse Méd. Nancy, 2006.
19. Hem E., N T GrLnvold, O G Aasland, O Ekeberg. « The Prevalence of Suicidal Ideation and Suicidal Attempts among Norwegian Physicians. Results from a Cross-Sectional Survey of a Nationwide Sample ». *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 15, no 3 (Mai 2000): 183 189
20. Illiceto, Paolo, Maurizio Pompili, Sally Spencer-Thomas, Stefano Ferracuti, Denise Erbuto, David Lester, Gabriella Candilera, et Paolo Girardi. « Occupational Stress and Psychopathology in Health Professionals: An Explorative Study with the Multiple Indicators Multiple Causes (MIMIC) Model Approach ». *Stress (Amsterdam, Netherlands)* 16, no 2 (mars 2013): 143 152.
21. Gay-Portalier D. Les médecins : des patients comme les autres ? Attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients : étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône Alpes. Thèse méd. Lyon, 2008
22. Gillard L. La santé des médecins généralistes. Thèse Méd. Ile de France, 2006
23. Canoui P. Le Syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burnout aux réponses. 2e éd. Paris: Masson; 2001
24. Freudenberger HJ, Richelson G. Burn-out: the high cost of high achievement. Garden City, N.Y.: Anchor Press; 1980
25. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.*1981;2(2):99-113.
26. Truchot. L'épuisement professionnel : Concepts, modèles, interventions. Dunod; 2004.
27. Spickard Jr A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA* 2002; 288:1447-50
28. Le Tourneur Antoine, et Valérie Komly. « Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine », 6 décembre 2011.
29. Colombat, P., A. Altmeyer, F. Barruel, C. Bauchetet, P. Blanchard, P. Colombat, L. Copel, G. Ganem, M. Rodrigues, et M. Ruzniewski. « Syndrome d'épuisement professionnel des soignants ». *Oncologie* 13, no 12 (2011): 845-863.
30. Haack Mr. Stress and impairment among nursing students. *Research in nursing and health* 1988; 11:125-34.
31. Loevenich A, Schmidt R, Schifferdecker M. « [Physicians as patients--on the problem of the mentally ill physician] ». *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 64, no 9 (septembre 1996): 344 352.
32. Galam E, Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. Paris: URML Ile-de-France; 2007 juin p. 47p

33. Vaquin C. Prévalence du burnout en médecine générale: Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Th D Méd, Paris V; 2007.
34. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. 2004:99.
35. Brigden N. La gestion personnelle immédiate des consultations à motifs multiples est-elle en lien avec le risque de burnout des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice France]: université de Poitiers; 2012
36. Hildingsson, Ingegerd, Kajsa Westlund, and Ingela Wiklund. "Burnout in Swedish Midwives." *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives* 4, no. 3 (October 2013): 87–91.
37. Canouï P, Mauranges A. Le burnout à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson 2008 : 240 p
38. Gal D. Le syndrome de l'épuisement professionnel chez le chirurgien-dentiste en Ile-de-France. Thèse d'exercice Chir. Dent.: Paris VII: 2008: 089.
39. Bernard-Catinat M. Le stress des médecins, l'automédication, l'addiction, le Burnout. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des Médecins 2004 19 juin.
40. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Thèse de médecine générale
41. Allemand H, Teitelbaum J, Levy D, Ha Doan B. Les médecins franciliens et leur activité professionnelle. URML enquête. 2003 Avril
42. Schernhammer, E. S. « Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis) ». *American Journal of Psychiatry* 161, no 12 (1 décembre 2004): 2295 2302.
43. McKnight JD, Gass DC. Perceptions of Control, Burnout, and Depressive Symptomatology: A Replication and Extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63:490–4
44. Prins JT, van der Heijden Fmma, Hoekstra-Weebers Jehm, Bakker AB, van de Wiel Hbm, Jacobs B, et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med*. 2009; 14(6):654-666
45. Combot A. Conséquences du stress chronique chez les médecins généralistes. Brest;2004.
46. Cebrià, J, J Sobrequés, C Rodríguez, et J Segura. « [Influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians] ». *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S* 17, no 6 (décembre 2003): 483 489.
47. Informations de la CARMF n°60 - décembre 2012

48. Soyka, Michael. « [Substance use and suicide in physicians] ». *MMW Fortschritte der Medizin* 152, no 24 (17 juin 2010): 27 29
49. Dyrbye, Liselotte N, Matthew R Thomas, F Stanford Massie, David V Power, Anne Eacker, William Harper, Steven Durning, et al. « Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students ». *Annals of Internal Medicine* 149, no 5 (2 septembre 2008): 34 341.
50. Püschel, Klaus, Sarah Schalinski. « [Not enough help for themselves--the risk of physicians to commit suicide] ». *Archiv für Kriminologie* 218, no 3 4 (octobre 2006): 89 99.
51. Balinska MA, Baudier F, Bourdessol H et al. Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003. www.inpes.sante.fr
52. Coquel G. Comportements personnels de santé et de prévention des médecins. Thèse Méd. Rouen, 2007
53. Fréour P, Tessier JF. Vingt-cinq ans de tabagisme en France (1966-1991) chez les médecins praticiens et la population générale masculine. *Bull Acad Natl Med* 1993; 177; 2134.
54. <http://docnum.univ-lorraine.fr/public/Bupha Td 2012 Camelot Frédéric.pdf>
55. Nougier F. Les médecins et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ? » Enquêtes sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Th Méd Poitiers 2004; 103 8.
56. Travers, Vincent, Antoine Watrelot, and Henri Cuhe. "[Evaluation of the level of stress and his indicators in physicians working in operating room]." *Presse médicale (Paris, France: 1983)* 41, no. 12 Pt 1 (December 2012): e577–585.
57. Beaujouan L., S. Czernichow, J-L. Pourriat, et F. Bonnet. « Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale ». *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 24, no 5 (mai 2005): 471 479.
58. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1123
59. Estryn-Behar Madeleine, Olivier le Nezet, Nicole Bonnet, and Patrick Gardeur. "[Health behavior of healthcare personnel: The European Presst-Next Study]." *Presse médicale (Paris, France: 1983)* 35, no. 10 Pt 1 (October 2006): 1435–46.
60. Mion, G, N Libert, and D Journois. "[Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care]." *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* 32, no. 3 (March 2013): 175–88.
61. Wagenheim, Cédric, Paolo Di Patrizio, and Christian Rabaud. "[Assessment of liberal physician's occupational risks management on the exposure to biological fluids]." *Presse médicale (Paris, France: 1983)* 42, no. 11 (November 2013): e385–392.

62. rapport mesure couverture vaccinale France.pdf
63. Guthmann, Jean-Paul, Laure Fonteneau, Céline Ciotti, Elisabeth Bouvet, Gérard Pellissier, Daniel Lévy-Bruhl, and Dominique Abiteboul. "Vaccination Coverage of Health Care Personnel Working in Health Care Facilities in France: Results of a National Survey, 2009." *Vaccine* 30, no. 31 (June 29, 2012): 4648–54.
64. INSEE. La France en faits et chiffres. Thème Santé/Maladies - Accidents - Drogues. www.insee.fr
65. Shanafelt TD, Balch C, Dyrbye LN, Bechamps G, Russell T, Stale D et al. Suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* 2011; 146:62-3.
66. S Lindeman, E. Laara. "A Systematic Review on Gender-Specific Suicide Mortality in Medical Doctors." *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science* 168, no. 3 (1996): 274–79.
67. Léopold Yves. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins ; Octobre 2003.
68. http://www.invs.sante.fr/beh/2013/31/2013_31_1.html
69. Carton R. Le médecin, un malade difficile. L'automédication bien comprise. *Le Quotidien du médecin* 19 janvier 2006;7880: 1 1.
70. Leriche, Bertrand, M. Biencourt, P. Bouet, M. Carton, P. Cressard, et J. M. Faroudja. *lemedecinmalade.pdf*.
<http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>.
71. Rédaction d'impact médecine Comment les docteurs se soignent ? *Impact Médecine* (29) mars 2003 : 26-33
72. Levasseur G. Les médecins bretons et leur santé. Rapport d'étude de l'URMLB. Juillet 2003.
73. Alami S, Desjeux D. Les méthodes qualitatives. Paris: Presses universitaires de France;2009
74. L'enquête et ses méthodes. L'entretien 2e édition - Alain Blanchet, Anne Gotman
75. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *Exerc Rev Française Médecine Générale* 2009;(88):106-112
76. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. [Mémoire]. [Faculté Lyon Nord]; 2004.
77. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Med Gen.* 2004; 18(465): 382-4.
78. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris, France : A. Colin ; 2009

79. Aubin-Auger, Isabelle, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, P. Imbert, et L. Letrilliart. « Introduction à la recherche qualitative ». *Exercer* 84, no 19 (2008): 142–5
80. Black, N. « Why we need qualitative research. » *Journal of Epidemiology and Community Health* 48, no 5 (octobre 1994): 425 426
81. Green, Judith, Nicky Britten. « Qualitative research and evidence based medicine ». *BMJ: British Medical Journal* 316, no 7139 (1998): 1230.
82. Popay J, Williams G. « Qualitative research and evidence-based healthcare» *Journal of the Royal Society of Medicine* 91, no Suppl 35 (1998): 32 37.
83. Simard, G. (1989). *Animer, planifier et évaluer l'action : la méthode du « focus group»*. Laval: Mondia.
84. K. Krippendorff 1980, *Content Analysis; An Introduction to its Methodology*, Beverly Hills, CA: Sage, 188 pp.
85. Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
86. Berelson (1952) in Ghiglione R., Matalon B., (1978) *Les Enquêtes Sociologiques*, A. Colin, Paris, p. 155
87. Gorter, R. C., Eijkman, M. A. & Hoogstraten, J. 2000. Burnout and health among Dutch dentists. *European journal of oral sciences*, 108, 261-7
88. Myers, H. L. & Myers, L. B. 2004. It's difficult being a dentist: stress and health in the general dental practitioner. *British dental journal*, 197, 89-93; discussion 83; quiz 1001.
89. Maslach C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. 2001. Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422
90. Gueritault-Chalvin V. & Cooper, C. L. 2004. Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention : un compte-rendu de la littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 14, 59-70.
91. Schaufeli W., Maslach, C. & Marek, T. 1993. *Professional burnout: recent developments in theory and research*, Washington, DC, Taylor & Francis.
92. Théry-Hugly, M.-C. 2008. Le burnout n'est pas une fatalité. *L'information dentaire*, 38.
93. Maier, Christoph, Judith Iwunna, Jens Soukup, and Norbert Scherbaum. “[Addicted anaesthetists].” *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*.
94. Aloulou, Jihen, Rahma Damak, Fatma Masmoudi, Oussama Sidhom, and Othman Amami. “[Burn out in health care providers: a Tunisian study about 142 nurses].” *La Tunisie médicale* 91, no. 1 (January 2013): 44–49.

95. Thommasen, H V, M Lavanchy, I Connelly, J Berkowitz, and S Grzybowski. "Mental Health, Job Satisfaction, and Intention to Relocate. Opinions of Physicians in Rural British Columbia." *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien* 47 (April 2001): 737-44.
96. Molinero Ruiz, Emilia, Helena Basart Gómez-Quintero, and Salvador Moncada Lluís. "[Validation of the Copenhagen Burnout Inventory to assess professional burnout in Spain]." *Revista española de salud pública* 87, no. 2 (April 2013): 165–79.
97. Sintès, J.-R. 2007. *Le stress: une réalité qui demande d'agir*. *Réalités Cliniques*, 18, 83-96.
98. Romero Vidal E. *L'épuisement professionnel : l'évaluer et le comprendre par une étude épidémiologique auprès des médecins généralistes héraultais*. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. [Montpellier. FRA]: Université de Montpellier 1; 2010
99. Orton P, Orton C, Gray DP. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ Open*. 1janv 2012
100. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asanova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. Août 2008; 25(4):245-265
101. Kenna, George A, and Mark D Wood. "Prevalence of Substance Use by Pharmacists and Other Health Professionals." *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA* 44, no. 6 (December 2004): 684–93.
102. Kenna, George A, and Mark D Wood. "Alcohol Use by Healthcare Professionals." *Drug and Alcohol Dependence* 75, no. 1 (July 15, 2004): 107–16.
103. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*. 2006; 132(3):327–53
104. Fitzpatrick, R, and M Boulton. "Qualitative Methods for Assessing Health Care." *Quality in Health Care* 3, no. 2 (June 1994): 107–13.
105. Sofaer, Shoshanna. "Qualitative Research Methods." *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua* 14, no. 4 (August 2002): 329–36.
106. Morgan D, Krueger R. When to use focus groups and why. In: Morgan D, ed. *Successful focus group*. London: Sage, 1993:3-19.
107. Morgan D. Future directions for focus groups. In: Morgan D, ed. *Successful focus group*. London: Sage, 1993:225-44.
108. De Vries H, Weijts W, Dijkstra M, Kok G. The utilisation of qualitative and quantitative data for health education program planning, implementation and evaluation, a spiral approach. *Health Educ Q* 1992; 19:101-15.

109. Murray SA, Tapson J, Turnbull L, McCallum J, Little A. Listening to local voices: adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice. *BMJ*. 1994 Mar 12; 308(6930):698–700.
110. http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
111. Les médecins : des patients pas comme les autres. Bulletin du Conseil national de l'ordre des médecins; sept–oct 2008.
112. Barrier, Guy (2010). La communication non verbale. Issy-les-Moulineaux : ESF. ch.5 L'expression émotionnelle et les gestes d'auto-contact et ch. 6 Les gestes référentiels et rythmiques pp.77-108
113. <http://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-La-communication-non-verbale2.pdf>
114. Thibault M. Le médecin malade. Traité d'anthropologie ; 1985.
115. These-Bonneaudeau-05juil11.pdf
116. Ridd, Matthew, Alison Shaw, Glyn Lewis, and Chris Salisbury. "The Patient-Doctor Relationship: A Synthesis of the Qualitative Literature on Patients' Perspectives.
117. Prod'homme M. : Attentes et avis des médecins du Poitou-Charentes concernant la mise place d'un réseau de soins destiné aux soignants : enquête par entretiens individuels auprès de 11 médecins du Poitou-Charentes 2013
118. Hammel P. Guérir et mieux soigner : Un médecin à l'école de sa maladie. Fayard ; 2008
119. Kuntz A. La santé des médecins libéraux en Haute-Normandie : analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive. Thèse d'exercice ; université de Rouen 2011.
120. Programme d'Aide aux Médecins Malades en Catalogne (PAIMM). <http://www.fgalatea.org/pdf/> Le Contrat Thérapeutique en Catalogne.
121. Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). <http://www.pamq.org/>
122. <http://www.cmq.org>: programme de suivi administratif du collège des médecins.
123. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie, Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins, Résultats décembre 2008.
124. hcspr20090325 ConsultPrev.pdf
125. Vega A. Perceptions du travail et identité professionnelle: médecins salariés-médecins libéraux, même combat? Dossier Solidarité et Santé, La documentation Française, Hors-série. 2007
126. Verjus A-L Médecins libéraux de Savoie et d'Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur santé. Thèse Médecine Grenoble; 2012.

127. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Periodic health examination Methodology
128. Kay M et al. Doctors as patients: a systematic review of doctor's health access and the barriers they experience. *Br J gen Pract*, 2008; 58 (552): 501-8
129. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot ; 1996.
130. Moreau A, Dedienne MC, Bornet-sarrassat L, Hauzanneau P, Labarère J. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. *Rev Prat Med Gen* 2004 ; 18 (674/675) : 1495-8.
131. Moreau A. Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin-malade? *Rev Prat Med. Gen.* 1999; 13 (477) : 1835-8.
132. Lhotte M. *Soigner un médecin malade : quelles spécificités ?* Thèse Médecine Paris Diderot-Paris 7 ; 2011
133. A. Gombert *Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge sont-elles en adéquation avec les interventions proposées ?* Thèse Angers 2012
134. Deloche A. *Dites-moi la vérité Docteur. Hôpital : un grand chirurgien brise le silence*. Laffont, 2011, 263.
135. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19:413.
136. Corpel M. *La santé du médecin libéral Marnais : enquête descriptive des médecins libéraux de la Marne*. Thèse Méd. Mention méd gén. Reims, 2007.
137. Mavriplis, Cleo, et Guylene Theriault. « L'examen médical périodique ». *Canadian Family Physician* 52, no 1 (10 janvier 2006): 58 63.
138. http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-indre/nos-actions-de-prevention/centre-d-examens-de-sante_indre.php
139. La prévention par l'examen périodique de santé <http://www.ipc.asso.fr/fr/f-a-q,6.html>
140. Mavriplis, Cleo A. "Réfutation: Devrions-Nous Abandonner L'examen Médical Périodique?" *Canadian Family Physician* 57, no. 2 (February 2011)
141. Imhotep Haute-Normandie [En ligne] <http://imhotepn.blogspot.fr>
142. <http://www.reseau-asra.fr/>
143. Shekelle, Paul G, Sally C Morton, and Emmett B Keeler. "Costs and Benefits of Health Information Technology." *Evidence Report/technology Assessment*, no. 132 (April 2006):171.

144. Coons, Stephen Joel, Chad J Gwaltney, Ron D Hays, J Jason Lundy, Jeff A Sloan, Dennis A Revicki, William R Lenderking, David Cella, Ethan Basch, and ISPOR ePRO Task Force. "Recommendations on Evidence Needed to Support Measurement Equivalence between Electronic and Paper-Based Patient-Reported Outcome (PRO) Measures: ISPOR ePRO Good Research Practices Task Force Report
145. Yan, Helen, Rebekah Gardner, and Rosa Baier. "Beyond the Focus Group: Understanding Physicians' Barriers to Electronic Medical Records." *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources* 38, no. 4 (April 2012): 184–91.
146. O'Malley, Ann S, Joy M Grossman, Genna R Cohen, Nicole M Kemper, and Hoangmai H Pham. "Are Electronic Medical Records Helpful for Care Coordination? Experiences of Physician Practices." *Journal of General Internal Medicine* 25, no. 3 (March 2010): 177–85.
147. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer* 2011;99:170-7.
148. Chan lin– Chanteau S. Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse Med. Paris V 2006
149. Garelick, Antony I, Samantha R Gross, Irene Richardson, Matthias von der Tann, Julia Bland, and Rob Hale. "Which Doctors and with What Problems Contact a Specialist Service for Doctors? A Cross Sectional Investigation." *BMC Medicine* 5 (2007): 26.
150. Le risque suicidaire en médecine générale »
http://www.esculape.com/psychiatrie/suicide_risque.html
151. Debout M. Guide de l'entretien avec un patient suicidaire. Ed. Lundbeck
152. Center, Claudia, Miriam Davis, Thomas Detre, Daniel E Ford, Wendy Hansbrough, Herbert Hendin, John Laszlo, et al. "Confronting Depression and Suicide in Physicians: A Consensus Statement." *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 289, no. 23 (June 18, 2003): 3161–66.
153. Hock, B, M Schwarz, I Domke, V P Grunert, M Wuertemberger, U Schiemann, S Horster, C Limmer, G Stecker, et M Soyka. « Validity of Carbohydrate-Deficient Transferrin (%CDT), Gamma-Glutamyltransferase (gamma-GT) and Mean Corpuscular Erythrocyte Volume (MCV) as Biomarkers for Chronic Alcohol Abuse. *Addiction (Abingdon, England)* 100, no 10 (octobre 2005): 1477 1486.
154. Kenna, George A, and David C Lewis. "Risk Factors for Alcohol and Other Drug Use by Healthcare Professionals." *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3 (2008)
155. «Screening for Depression in Adults: Recommendation Statement». <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/adultdepression>

156. Rabinowitz, Peter, Oyebode Taiwo, Kanta Sircar, Oluremi Aliyu, and Martin Slade. "Physician Hearing Loss." *American Journal of Otolaryngology*
157. Friedland, David R, Christopher Cederberg, and Sergey Tarima. "Audiometric Pattern as a Predictor of Cardiovascular Status: Development of a Model for Assessment of Risk." *The Laryngoscope* 119, no. 3 (March 2009): 473–86. doi:10.1002/lary.20130.
158. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fe_1249601/fr/evaluation-recommandation
159. <http://www.urofrance.org/publications-livres/publications-scientifiques/resultats-de-la-recherche/html/depistage-du-cancer-de-la-prostate.html>
160. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/adultrec.htm>
161. <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/alcool/consommation-alcool-france.asp>
162. Legeron P., Chaperon A.-F., Cariou A.-M. & Marie-Claire, T.-U. 2008. Bien gérer son stress pour éviter le "burnout". Quintessence, vie professionnelle.
163. Estryn-Béhar M. Risques professionnels et santé des médecins. Paris: Masson; 2002, 178 p.
164. Estryn-Béhar M, Van der Heijden BIJM, Oginska H, Camerino D, Le NéoConway PM, et al. The impact of social work environment, teamwork characteristics. Burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care* 2007; 45:939–50.
165. <http://www.aapml.fr/>
166. <http://associationsantedessoignantspc.jimdo.com/statuts-de-l-asspc/>
167. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/index.html>
168. Hauvespre B. [http://theseimg.fr/1/sites/default/files/these version finale-1.pdf](http://theseimg.fr/1/sites/default/files/these%20version%20finale-1.pdf)
169. <http://www.balint-smb-france.org/>
170. <http://www.uvmt.org/Multimedia/Poly20052006.pdf>
171. <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS>
172. Esquivel-Molina, Carlos Gerardo, Fernando Buendía-Cano, Omar Martínez-García, Jesús Alfonso Martínez-Mendoza, Verónica Araceli Martínez-Ordaz, and Víctor Manuel Velasco-Rodríguez. "[Burnout syndrome in medical staff affiliated to a tertiary care hospital]." *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 45, no. 5 (October 2007): 427–36.

VII- ANNEXES

VII-1 Annexe n°1 : le mail de recrutement des participants

Monsieur, Madame, docteur

Bonjour, je me présente: je m'appelle IHSANI Fouad et je suis actuellement en cours de préparation de ma thèse de doctorat de médecine générale sous l'égide du Dr BIRAULT François.

Je me permets de vous solliciter afin d'avoir recours à votre connaissance et votre expérience pour étudier et valider mon projet de recherche qui se veut original et innovant.

Je vais tâcher de vous l'expliquer de manière concise et si vous êtes intéressé, j'espère avoir l'honneur de bénéficier de votre participation à ce projet.

Mon sujet concerne la création d'un modèle de consultation préventive spécifiquement destiné aux professionnels de santé.

Actuellement l'ASSPC (association de santé des soignants du Poitou-Charentes) a pour objectif de mettre en place un protocole de prévention afin de dépister chez les professionnels de santé des 6 ordres nationaux, les pathologies organiques dites "classiques" rencontrées dans la population générale mais aussi les pathologies plus spécifiques aux soignants telle que le burnout, pathologie encore peu connue en France se caractérisant par un épuisement professionnel pouvant altérer le bien-être des soignants et mener à un état de fragilité psychologique sévère.

Pour en revenir au sujet de ma thèse, je me propose de recueillir l'ensemble des éléments pertinents pour la mise en place d'un système de prévention selon le point de vue des soignants.

Mais pour étudier la faisabilité et l'acceptabilité de ce système dans le but de l'incorporer au réseau soignant de soignant il me semble nécessaire d'analyser les données qualitatives issues de l'expérience personnelle et des connaissances propres des divers professionnels de santé.

Or pour réaliser cela, on peut avoir actuellement recours à la méthode des **focus group** (ou entretien semi-dirigés collectifs) et qui consiste à réunir environ 6 à 10 professionnels de santé durant 1 à 2h environ; réunion au cours de laquelle j'enregistrerais la totalité des informations qui vous semblent importantes au sujet de la prévention chez les professionnels de santé. **Bien évidemment toutes les propositions relevées durant cette séance seront retranscrites de manière strictement anonyme.**

Pour insister sur l'importance de certaines pathologies tel que le burnout et ses complications, je ne citerai qu'une seule donnée: le taux de suicide chez les médecins et infirmières est environ deux fois plus élevé que le taux dans la population générale.

J'espère avoir réussi à vous intéresser à ce sujet et je serais honoré de votre présence à une réunion de focus group. Je reste bien évidemment entièrement à votre disposition pour de plus amples informations ou pour tout autre renseignement complémentaire. Vous trouverez mes coordonnées ci-dessous, si vous désirez toute autre information.

Veillez croire en l'assurance de mes salutations les plus sincères

VII-2 Annexe n°2 : le guide d'entretien

Bonjour. Je vous souhaite la bienvenue et vous remercie chaleureusement d'avoir bien voulu me faire l'honneur de participer à cet entretien qui se veut semi-dirigé. L'objectif de la réunion est comme je vous l'avais spécifié par e-mail de recueillir vos propos, commentaires et idées sur la prévention chez les soignants en général et sur l'élaboration d'un protocole de prévention spécifique aux soignants dans le cadre de l'ASSPC. Je rappelle (comme cité dans mon e-mail) que l'ensemble des propos recueillis seront entièrement enregistrés et retranscrits par la suite sous forme de verbatim mais que l'anonymat concernant les intervenants des diverses réunions sera strictement respecté. De même que vous pourrez à tout moment me contacter pour me demander de retirer tout ou partie de vos propos si vous le désirez (mes coordonnées téléphoniques et électroniques étant présentes dans les mails que vous avez reçu). Sachez aussi que j'interviendrai le moins possible afin de ne pas influencer vos réponses ; j'interviendrai essentiellement pour résumer régulièrement l'ensemble de vos propos et marquer ainsi des paliers avant de passer à un autre point de notre étude ce soir. Bien évidemment la prise de parole est libre pour chacun d'entre vous à tout moment mais je vous demanderais seulement de toujours respecter les propos des autres participants en évitant les remarques déplacées ou jugements ; essayez aussi d'intervenir que lorsqu'un autre participant a fini de s'exprimer pour assurer le bon déroulement de la réunion et de l'enregistrement audio.

Bien pour commencer si vous n'avez pas de questions, je vous propose de vous présenter brièvement à l'ensemble du groupe afin que vous fassiez plus ample connaissance et de raconter, si vous le désirez, une histoire, anecdote ou fait marquant qui vous serait arrivé durant votre exercice ou dans votre vie privée; histoire qui peut être drôle ou marquante émotionnellement.

Présentation des différents participants à chaque focus group.

1^{er} Thème : aborder la prévention de manière générale

Idées de question : *selon vous, qu'est-ce que la prévention ? Que vous évoque-t-elle ?*

2^{ème} Thème : aborder la prévention et la santé chez les soignants plus spécifiquement

Idées de question : *qu'est-ce que la prévention et la santé chez les soignants vous évoquent ?*

3^{ème} Thème : aborder les éléments pertinents concernant l'adhésion des soignants dans le protocole de prévention, leurs attentes, leurs craintes

Idées de question : *en tant que soignants, qu'attendez-vous d'un protocole de prévention ?
Qu'est-ce qui vous semble important et pertinent pour y adhérer ?*

4^{ème} Thème : aborder les modalités de recrutement des soignants

Idées de question : *que pouvez-me dire sur le recrutement des soignants ?*

5^{ème} Thème : aborder les attentes des soignants concernant le contenu médical d'une consultation de prévention et les modalités d'organisation éventuelles

Idées de question : *Qu'est-ce qui vous semble important à rechercher ou organiser dans un bilan de prévention ?*

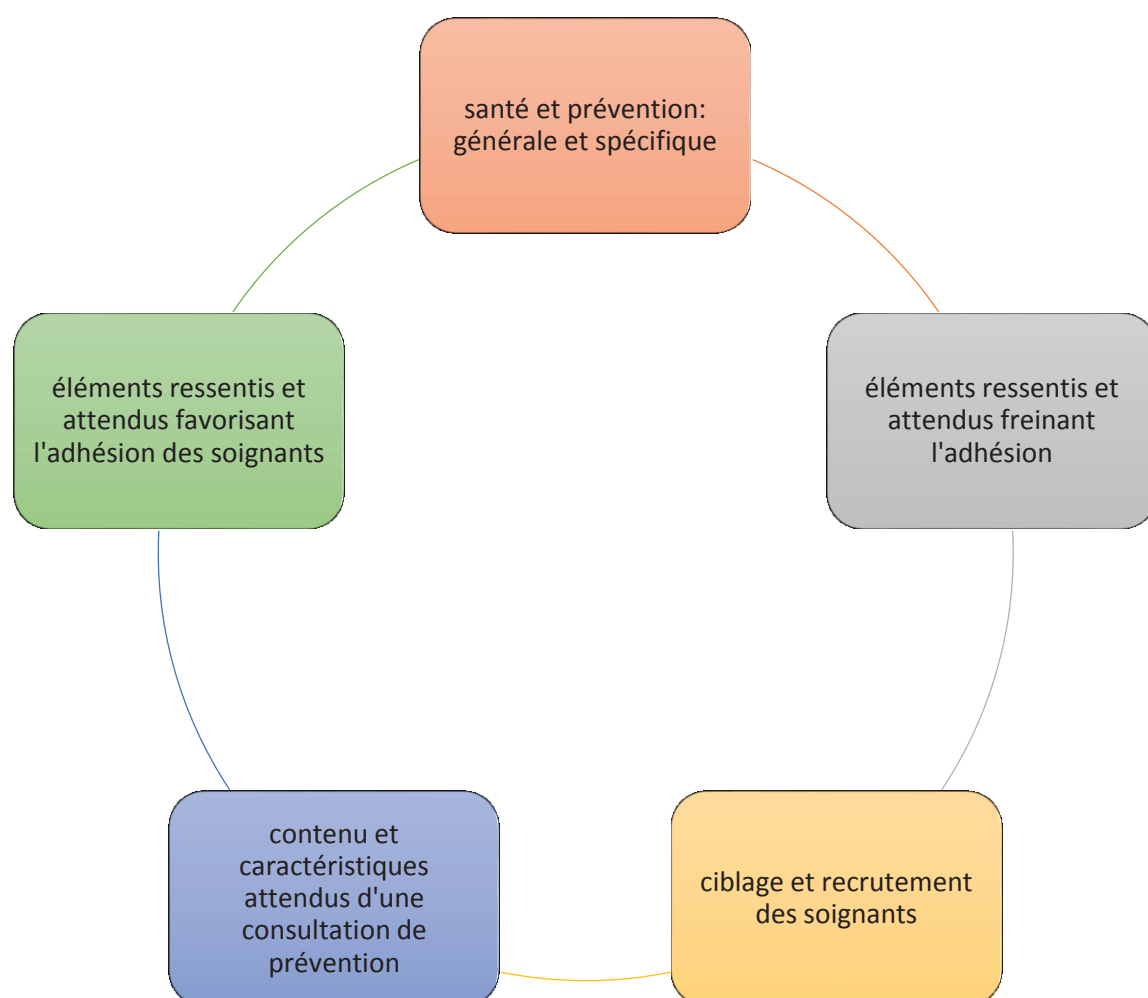
6^{ème} Thème : aborder le burnout, les pathologies psychiatriques (en particulier les conduites addictives et le risque suicidaire)

Idées de question : *le dépistage du burnout chez les soignants : qu'en pensez-vous ou que pouvez m'en dire ? Et concernant les addictions, le suicide, qu'en pensez-vous ?*

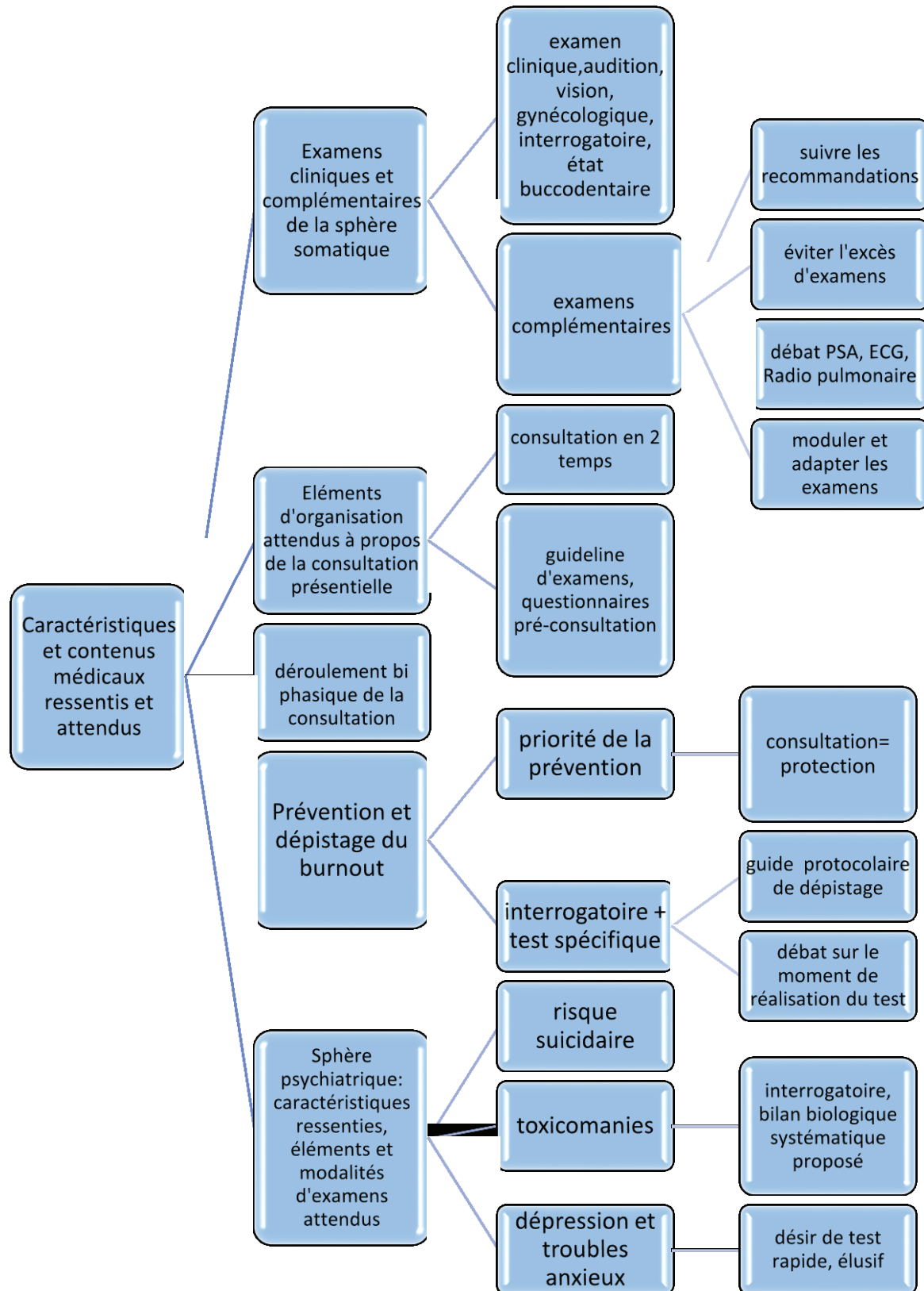
VII-3 Annexe n°3 : construction des arbres thématiques

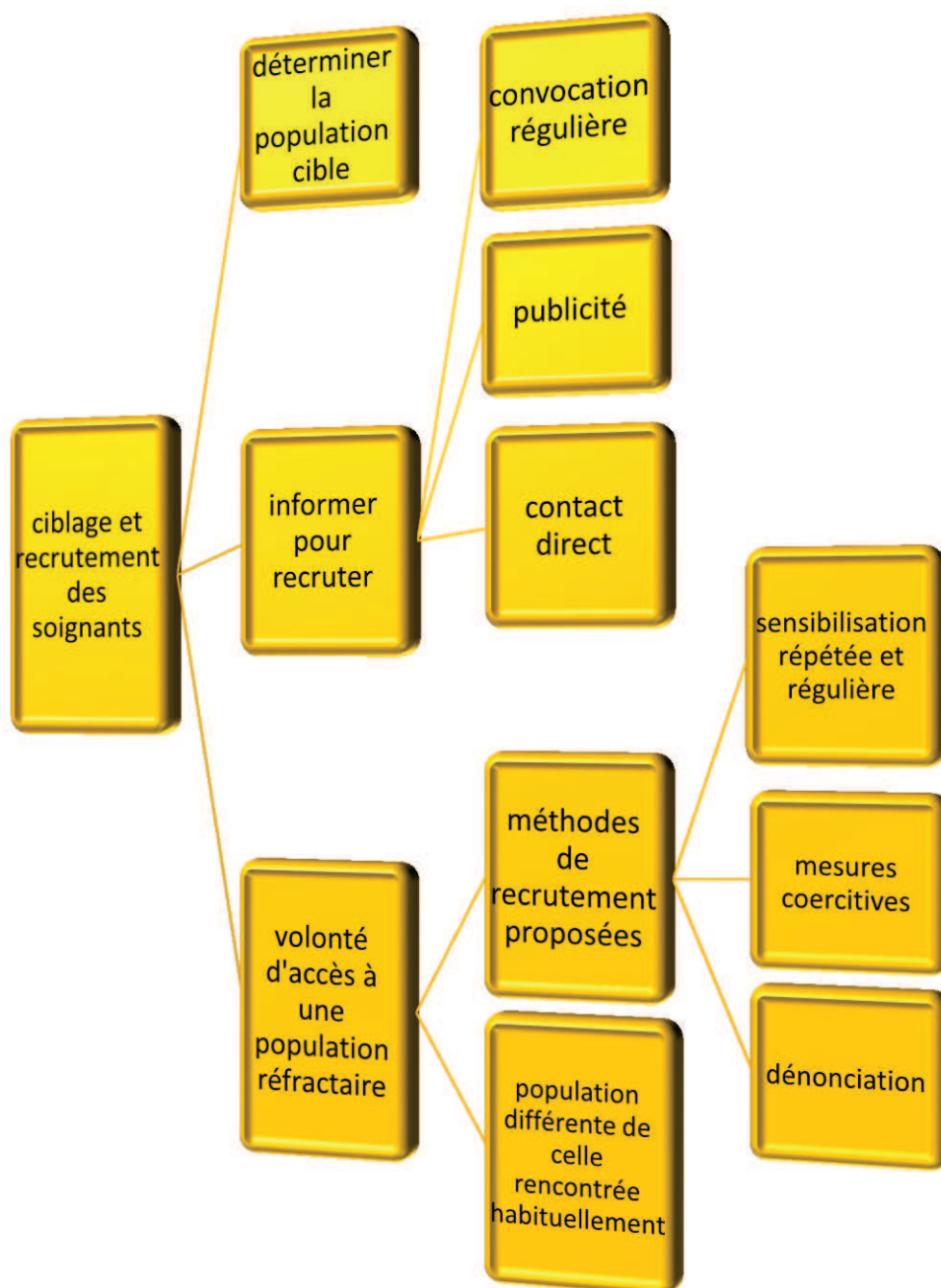
Par souci de clarté et de lisibilité, nous avons détaillé les 5 arborescences thématiques principales (dimensions majeures) séparément. La première grille montre ces cinq dimensions non détaillées.

ARBRE THEMATIQUE GLOBAL

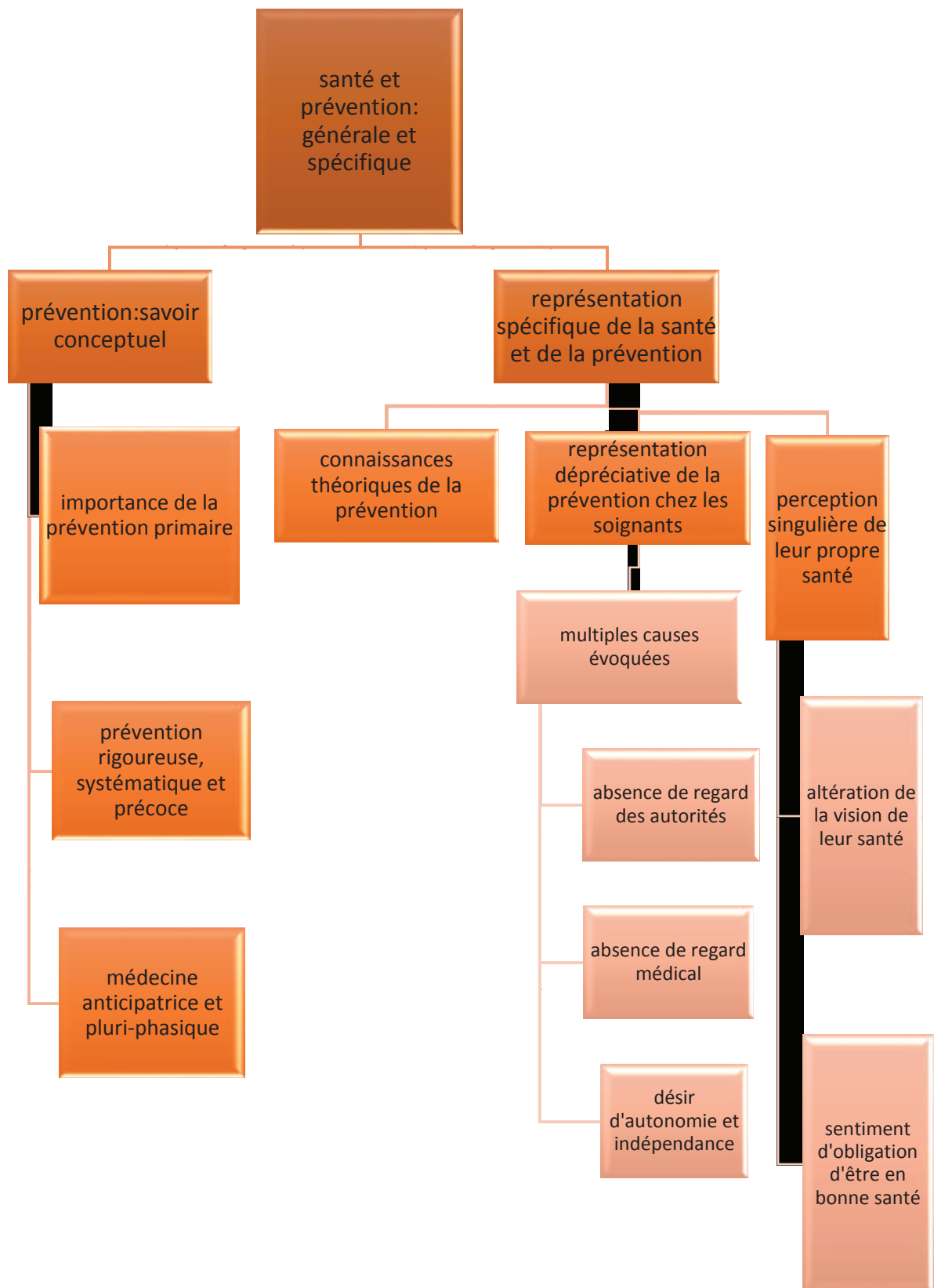


ARBORESCENCE THEMATIQUE N°1

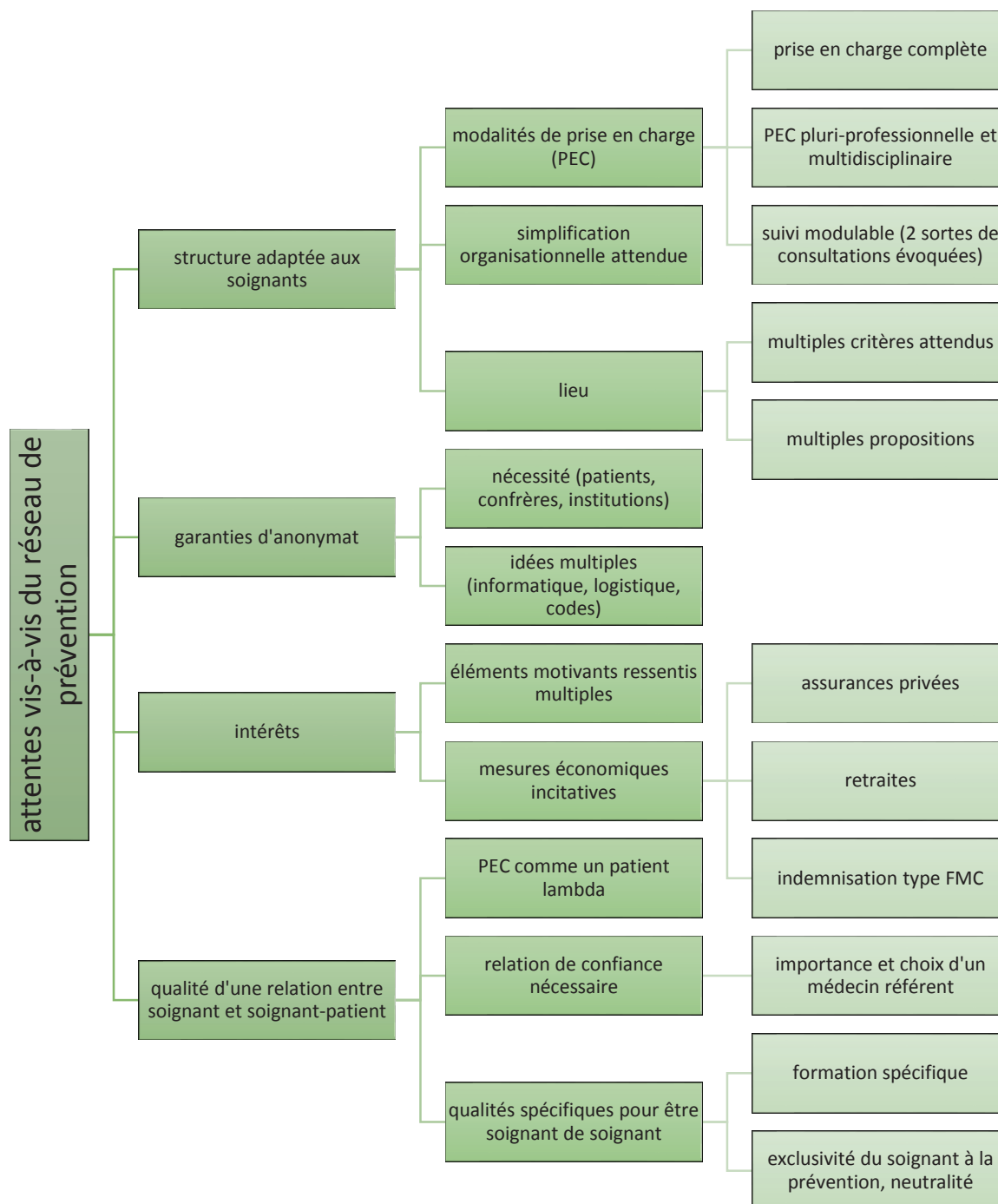


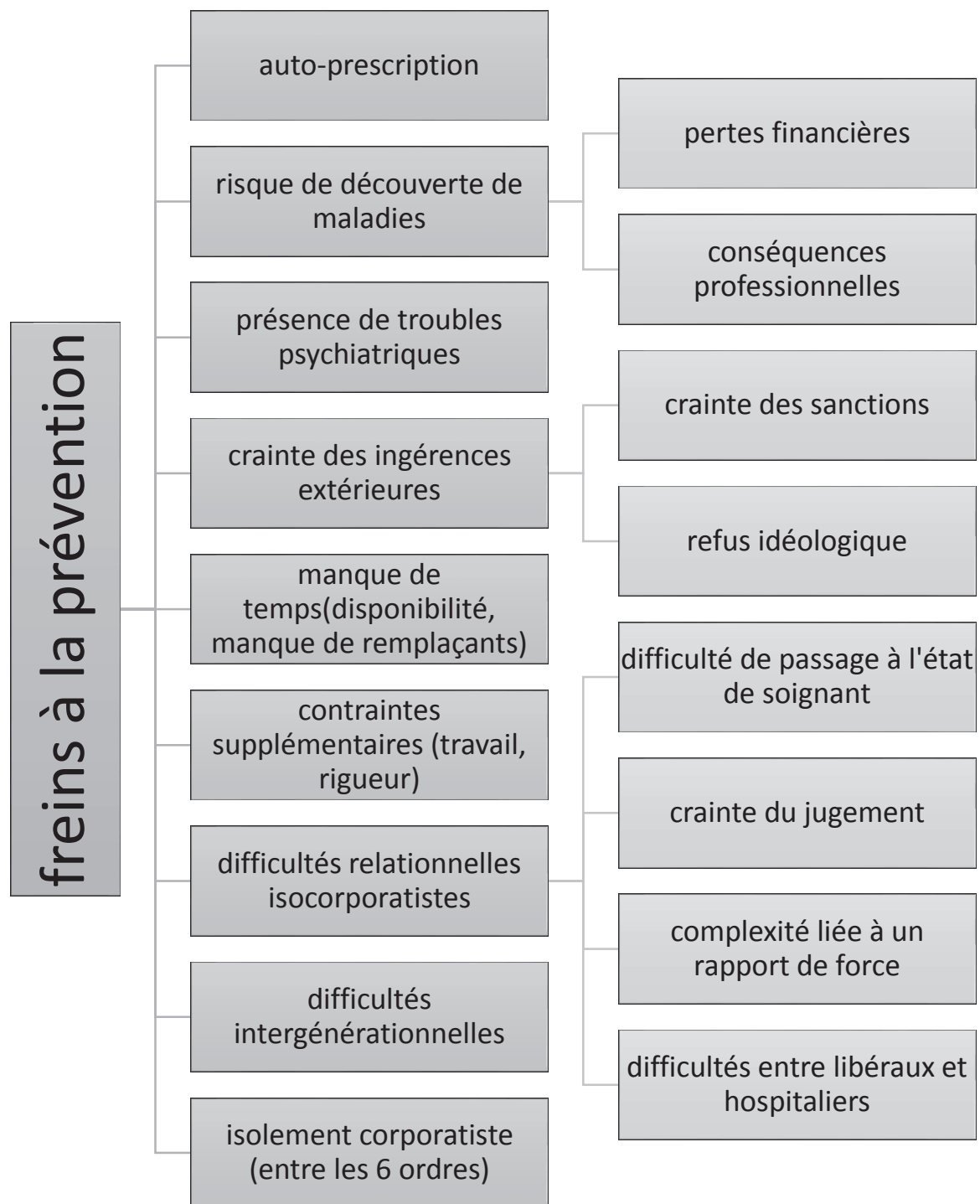


ARBORESCENCE THEMATIQUE N°3



ARBORESCENCE THEMATIQUE N°4





RESUME

Introduction : la survenue de crises sanitaires associée à un désir de maîtrise de l'économie de la santé a mis la prévention au cœur des préoccupations du système de soins français. Se préoccuper de ce système de prévention nécessite de s'intéresser à un des points névralgiques de cette architecture de soins, à savoir les soignants. Sur bien des points, ils présentent un état de santé globalement plus satisfaisant que celui de la population générale mais certains aspects spécifiques tels que les souffrances morales, épuisements professionnels et ses multiples conséquences (psychiatriques et somatiques) démontrent la nécessité de se pencher sur le système de prévention de cette population singulière.

Objectif : le but de ce travail est d'identifier du point de vue des professionnels de santé les éléments pertinents pour la mise en place d'un système de prévention au sein d'un réseau de soignants dans la région Poitou-Charentes (ASSPC).

Méthode : nous avons pour cela réalisé une étude qualitative par la technique des focus group. Ces groupes étaient constitués de soignants provenant des divers ordres et exerçant dans la région. Les thèmes abordés durant les réunions concernaient la prévention et la santé des soignants, leurs attentes et leurs craintes, leurs désirs concernant la prise en charge préventive somatique, psychiatrique et psycho-professionnelle. Une analyse thématique triangulée a été réalisée à partir des données recueillies et la saturation a été atteinte au terme du 3^{ème} focus group.

Résultats : un désir important de prise en charge préventive mais aussi curative a été mis en avant avec une importance majeure accordée à la prévention du burnout et de ses complications. De multiples attentes et garanties sont désirées par les soignants pour favoriser leur adhésion à un protocole de prévention (anonymat, mesures incitatives, désir de prise en charge rigoureuse par des soignants spécifiquement formés pour cela, souplesse de suivi et adaptabilité des consultations). Des appréhensions et des craintes sont aussi apparues telles que l'ingérence d'organismes extérieurs et la peur des sanctions, le manque de temps, les difficultés relationnelles entre soignants et soignants-patients pouvant être responsable d'un frein à la prévention dans le réseau et les difficultés ressenties pour cibler les soignants réfractaires. Le contenu médical était perçu comme devant suivre les recommandations officielles pour la prévention organique avec une possibilité de modulation au cas par cas. Une priorité au dépistage des troubles psychiatriques et psycho-professionnels chez le soignant a été mise en avant.

Conclusion : l'idée d'un protocole de prévention au sein de l'ASSPC est globalement perçue comme nécessaire et les attentes sont nombreuses mais les craintes et les appréhensions le sont tout autant. Un équilibre doit être trouvé entre la réponse aux exigences des soignants de façon à favoriser leur adhésion et l'élaboration d'un système de prévention qui se doit d'être scientifiquement valide et conforme aux recommandations tout en s'adaptant de manière spécifique aux professionnels de santé, notamment en assurant une prévention des pathologies les plus fréquemment rencontrées et sévères chez les soignants.

Mots clés

Prévention, santé, burnout, soignants, recommandations, santé publique, focus group



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



