

WHAT'S

59 UP

DEC 2022

GROSSE INTERVIEW

LIONEL NACCACHE :
"DE LA SCIENCE, MAIS
PAS SANS CONSCIENCE"
P.38

L'INNOVATION

EAU RAGE,
EAU DÉSESPOIR !
P.28

L'EXERCICE

JE FORME DONG JE SUIS
P.36

Le magazine
des jeunes
médecins

DOC?

À LA RECHERCHE DU TEMPS PERDU

www.whatsupdoc-lemag.fr    

What's Up/Doc? (Quoi de neuf Docteur?) est édité par Plange Média. Exemple gratuit. Ne peut être vendu.

À LA RECHERCHE DU TEMPS PERDU



14 Tic tac tic tac...

S'écoule le temps d'une journée de médecin

16 Temps médical : de quoi parle-t-on ?

20 Le "quiet quitting" sauce carabine

22 3 idées pour retrouver du temps

1 LE MANAGEMENT EST ESSENTIEL

2 LE NUMÉRIQUE EST À OPTIMISER

3 LA FORMATION EST À RÉVOLUTIONNER

ROCHE

En pleine tension du système de santé, la question du temps médical se pose tous les jours : son optimisation, ses débordements. On court après, on le perd, on le gagne, on ne le voit pas filer...

Beaucoup d'entre nous se plaignent du gâchis. Les 219 médecins répondants à notre sondage sur le temps médical nous ont dit perdre en moyenne 1h30 par jour ! Seuls 19% se plaignaient des lapins, les pertes sont donc à chercher ailleurs...

Le numérique semblait figurer autant dans ce qui peut faire perdre ou gagner du temps. La coordination avec les autres professionnels était essentiel avec, en particulier, un plébiscite pour les secrétariats/accueils en chair et en os !

Mais peut-être faut-il commencer par s'accorder sur ce qu'est le temps médical : diffère-t-il du temps de travail des médecins ? Quelles tâches comprend-il ? Pas sûr que tous les médecins y mettent la même définition...

C'est pourquoi nous vous invitons à découvrir ce nouveau dossier pour vous faire votre idée et réfléchir à ce qui peut ou devrait évoluer !

Auteurs

Luc Angevert, Albane Cousin, Thomas Delaye, Alice Deschenau, Valérie Handweiler, Élodie Hervé, Corinne Nkondjock, Adrien Renaud.

TIC TAC TIC TAC...

Albane Cousin

POUR PARLER DE TEMPS MÉDICAL, PARLONS DE JOURNÉES DE MÉDECINS. ILS ONT ACCEPTÉ DE NOUS EN LIVRER LE DÉROULÉ.

7h

8h

9h

10h

11h

12h

13h

14h

SERGE

7 h. Pour **Serge**, lever rapide et départ en voiture, arrivée prévue à 8 h 15 à son cabinet.

Démarrage à 8 h 30. La matinée est consacrée aux rendez-vous non urgents (renouvellement d'ordos, certificats d'aptitude...). 14 patients défilent toutes les 15 min avec une pause tous les 4 patients, pour combler les retards. Aujourd'hui miracle, tous les rendez-vous s'enchaînent de façon fluide.

13 h 30.

Il démarre sa voiture et en route pour 4 VAD.

Il déjeune en traitant e-mails, résultats et courriers.

BRIEUC

Brieuc se lève : petit déjeuner, douche et scooter. 45 minutes le séparent de la clinique dans laquelle il opère.

Il débute à 8 h tout juste le temps de regarder les dossiers des patients et il est temps de se mettre en tenue pour opérer jusqu'à 13 h.

Une heure de pause !

ÉMILIE

7 h 15. Le réveil sonne pour **Émilie**. Petit déjeuner, douche, réveil des enfants et c'est parti, au cab', à pied !

À 8 h 30 elle arrive au cabinet. Elle fait un peu de ménage, répond aux messages urgents et donne les rendez-vous.

À 9 h, c'est parti pour les consult' jusqu'à 13 h 05 avec 3 rendez-vous ajoutés au dernier moment.

Émilie prend environ une heure afin de rappeler des patients pour leurs résultats, des confrères, scanner des documents, gérer les dossiers.

CÉLIA

Celia s'occupe d'elle puis des enfants, petit déjeuner ensemble puis direction l'école et enfin le boulot, à vélo !

8 h 45. **Celia** checke les e-mails puis elle poursuit à 9 h avec les consultations jusqu'à 13 h 15 (une douzaine de patients), le temps d'une dernière urgence. 2 interruptions de 10 et 15 minutes ponctuent la matinée, permettant de suivre les e-mails et de rappeler des patients ou l'administration.

Une heure de pause !

FLORE

7 h 30. Pour **Flore**, petit déjeuner, toilette et direction les transports en commun.

9 h. **Flore** débute une consult' toutes les 15 minutes et traite l'administratif en même temps. Elle doit aller en plus dans des services pour voir des patients et termine la matinée à 13 h 10.

Pour **Flore** c'est sandwich sur le pouce.

D'UNE JOURNÉE

S'ÉCOULE LE TEMPS

SERGE ET ÉMILIE, MÉDECINS GÉNÉRALISTES, **MAIS AUSSI BRIEUC**, ORL LIBÉRAL, **FLORE**, DERMATO À L'HOSTO ET **CELIA**, PSY, PH EXERÇANT EN CENTRE DE SOINS D'ADDICTOLOGIE.

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

15 H 30.

De retour au cabinet, **Serge** accueille les urgences qui s'enchaînent sans pause jusqu'à **18 H 30**, fin des consultations. On termine sur une petite demi-heure de lecture de résultats, de courriers, de messages.

Serge arrive à **20 H**.

Brieuc change de ville pour y faire ses consultations de **14 H 45** à **20 H**. Il voit un patient toutes les **15 MINUTES** sans pause. 4 patients ont pris plus de temps que prévu, **30 MINUTES** s'ajoutent... Le dernier patient vient de sortir, il est **20 H**. 30 minutes pour répondre aux e-mails et **Brieuc** pourra rentrer chez lui.

Brieuc rentre vers **21 H**. Les enfants ont été couchés par sa femme et son dîner l'attend.

Émilie reprend les consult' à **15 H**, avec une session paperasses vers **17 H**.

Émilie arrive à **19 H 30** pour le dîner et s'occuper des enfants.

Puis consulte jusqu'au soir, envoie toutes les feuilles de soin pour finir et ferme le cab' vers **19 H**.

À **22 H 30**, extinction des feux ! En l'absence de son conjoint et par flemme, elle renonce à se rendre à une réunion sur l'accès aux soins dans le département.

Celia aterne consultations (11 patients, dont téléconsultations), e-mails, appels de patients, et avis cliniques pour l'interne qui consulte aussi cet après-m.

À **18 H 30**, **Celia** fait un point avec l'équipe et l'interne, rappelle un dernier patient puis prépare les ordonnances hebdomadaires pour la pharmacie de l'hôpital.

Celia rentre à **20H**. Ses enfants ont dîné, il ne reste plus qu'à les coucher... ce sera ensuite lessive, repas, et un peu de boulot sur l'ordi. Pour finir : **15 MINUTES** de lecture et dodo ! Il est **23 H 30**

Flore reprend et consulte non stop jusqu'à **18 H**.

Flore arrive à **18 H 30** chez elle, pile le temps d'attraper son sac de piscine pour **19 H**. Retour à **20 H** à la maison pour préparer le dîner, finir son livre et se coucher à **22 H**.

DE MÉDECIN



Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais ; mais si on me le demande et que je veuille

l'expliquer, je ne le sais plus. » La perplexité de saint Augustin face au problème du temps est souvent citée pour illustrer l'Everest philosophique que représente cette question. Alors imaginez la tête que l'auteur des *Confessions* aurait faite si on lui avait proposé de définir le temps médical, lui qui suait déjà à grosses gouttes quand on lui parlait du temps tout court ! Car il faut bien se rendre à l'évidence : si la nécessité de « redonner du temps médical » aux médecins fait consensus, le contenu exact de cette notion peut, lui, faire l'objet de débats infinis.

Commençons par le plus simple. Une première approche, volontairement caricaturale, considère que le temps médical est le temps passé par le médecin face à son patient. « *Quand je dis qu'il faut libérer du temps médical, je parle du temps de soin, précise le Dr Franck Devulder, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). Il faut tout simplement que le médecin ait du temps pour soigner ses patients.* » Mais le patron du principal syndicat de libéraux ajoute tout de suite que le temps professionnel des médecins est loin de se limiter au temps de soin, et qu'il faut lui ajouter « *toute la partie qui concerne la gestion de leur entreprise médicale* », ainsi que la partie qui concerne la formation, ou encore « *l'organisation de l'écosystème : réunions avec les ARS, les CPTS [Communautés professionnelles territoriales de santé, NDLR], etc.* » Bref, il n'y aurait donc pas un temps médical, mais des temps médicaux.

Le temps de travail des médecins est-il le temps médical ?

Face à cette interrogation, Franck Devulder affiche ouvertement son credo : il faut simplifier autant que possible tout ce qui n'est pas du temps de soin, afin de maximiser le temps passé sur ce que le patron de la CSMF estime être le cœur du métier : le soin. Le vrai temps médical serait donc celui que les docteurs passent stéthoscope au cou et blouse sur le dos. Et l'accélération généralisée que subit le secteur de la santé (voir encadré) semble lui donner raison : puisque le temps est une denrée de plus en plus rare, autant employer celui des médecins à ce qu'eux seuls savent faire.

Mais est-ce aussi simple ? D'autres experts ont une approche plus holistique, qui valorise chacun des éléments qui compose le temps de travail des médecins. « *Pour nous, le temps médical est la somme du temps clinique et non clinique, car pour prendre en charge d'un travail d'analyse, sur dossier ou sur article, par exemple* », explique Monique Abad, experte à l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), qui sait de quoi elle parle : elle a copiloté en 2020 l'élaboration d'un guide sur l'évaluation du temps médical¹ issu d'un travail collectif au long cours auprès d'une vingtaine d'équipes hospitalières.

LA SITUATION DE TENSION EXTRÊME QUE CONNAÎT ACTUELLEMENT LE SYSTÈME DE SANTÉ MET LA QUESTION DE LA PÉNURIE DE TEMPS MÉDICAL SUR LE DEVANT DE LA SCÈNE. RESTE À SAVOIR CE QU'EST EXACTEMENT CETTE ESPÈCE PARTICULIÈRE DE TEMPS APRÈS LAQUELLE TOUT LE MONDE COURT.

Adrien Renaud

TEMPS MÉDICAL, DE QUOI PARLE-T-ON ?

**TEMPS POUR SOIGNER
SES PATIENTS**

**TEMPS PASSÉ
PAR LE MÉDECIN
FACE À SON PATIENT**

**QUESTIONS
ADMINISTRATIVES**

**SOMME DU TEMPS
CLINIQUE ET
NON CLINIQUE**

SOIN

FORMATION

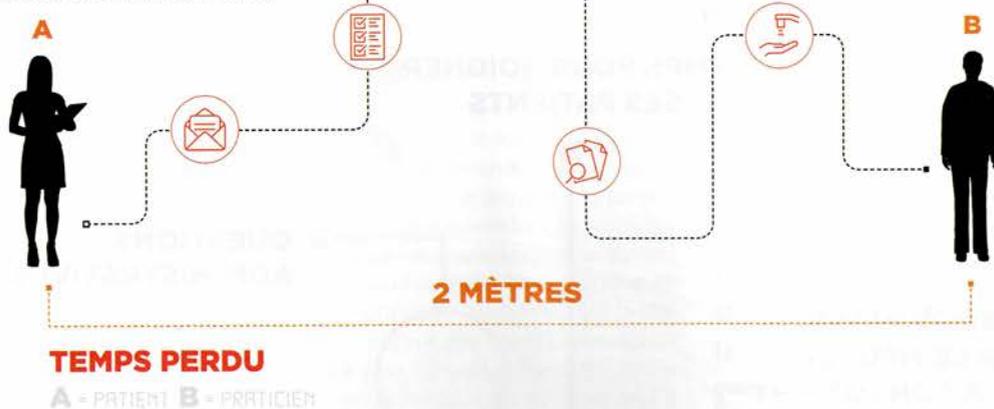
**GESTION
D'ENTREPRISE
MÉDICALE**

**ACTIVITÉS
DE COORDINATION**

**RÉUNION
AVEC LARS**

**SE POSER SUR UNE
CHAISE DANS UNE SALLE
DE RÉUNION**

**MANAGEMENT
HOSPITALIER**



Une question de culture professionnelle

Mais Monique Abad le reconnaît : cette idée d'une égale valeur du temps clinique et non clinique est loin d'être majoritaire dans la profession médicale. En forçant à peine le trait, on peut dire que bien des praticiens considèrent le temps passé à plus de 2 mètres d'un patient comme du temps perdu. « C'est en partie lié à la formation des médecins, qui est très centrée sur l'activité de soin, sur l'apprentissage médical, et très peu sur les aspects d'organisation », remarque Frédéric Kletz, enseignant-chercheur à Mines Paris-PSL et spécialiste du management hospitalier. Un constat partagé par Monique Abad. « On apprend au médecin à s'inscrire dans un dialogue bilatéral avec son patient, le collectif ne vient qu'après, constate-t-elle. Cela se voit bien chez certaines équipes qui sont organisées sous forme d'empilement d'agendas individuels au détriment de l'organisation d'ensemble. »

Frédéric Kletz ajoute que le système de financement n'aide pas vraiment les médecins à accorder une valeur importante à leur activité non clinique.

"LE TEMPS PASSÉ À PLUS DE 2 M. D'UN PATIENT EST COMME DU TEMPS PERDU."

« À l'hôpital, par exemple, on est dans un espace où l'activité est valorisée notamment via la T2A [Tarification à l'activité, NDLR], remarque-t-il. Or parfois, ils passent énormément de temps à des activités de coordination, par exemple, qui sont essentielles pour les patients, mais qui ne sont pas valorisées. Ils ont donc l'impression que ces activités sont transparentes. » En plus d'être perçu comme dépourvu de valeur économique, le temps non clinique est par ailleurs souvent vu comme inintéressant : les médecins ont en effet tendance à diagnostiquer une forte prévalence de la réunionite chez les non-médecins. « Si vous êtes dans un projet de CPTS, vous allez passer beaucoup de temps en réunion avec l'ARS, avertit Franck Devulder. Les réunions auront lieu de préférence le jeudi à 14 h, et il n'y en aura pas qu'une. »

Jusqu'où médicaliser le temps ?

Et pourtant, la profession gagnerait à porter un autre regard sur le temps non clinique. « Bien sûr, compte tenu de la rareté de la ressource médicale, l'enjeu est de recentrer les médecins sur leur activité médicale, et d'évacuer les activités périphériques, qui pour certains prennent beaucoup de place, concède Frédéric Kletz. Je comprends cette logique, mais il faut se demander jusqu'où on peut aller. » L'enseignant estime en effet que le temps souvent considéré comme inutile ne l'est pas

"IL FAUT SE DEMANDER JUSQU'OU ON PEUT ALLER."

toujours : c'est par exemple souvent au détour des longues minutes passées à régler des questions administratives avec un patient qu'un médecin va recueillir des informations importantes pour sa prise en charge.

En poussant le curseur trop loin, ne risque-t-on pas, par ailleurs, de réduire le rôle des médecins à celui de simple exécutant, qu'ils réprouvent le plus souvent ? Il existe en effet une certaine tension entre la volonté unanime de recentrer le temps médical sur le temps soignant d'une part, et d'autre part l'aspiration largement partagée au sein de la profession à participer davantage à l'organisation de l'environnement de travail. « Il se trouve qu'à Mines Paris-PSL, nous accompagnons des médecins dans la formation au management hospitalier, sourit Frédéric Kletz. Je sais bien qu'ils ne veulent pas seulement passer un moment sympa avec nous : ils veulent plus de repères pour peser sur les décisions. » Or pour peser sur les décisions, il faut bien, de temps en temps, sortir le nez de son cabinet ou de son bloc opératoire, et se poser sur une chaise dans une salle de réunion.



Vers un équilibre temporel

Cette volonté soulignée par Frédéric Kletz de peser sur les décisions est bien le signe que les choses ne sont pas figées, et qu'il est possible d'envisager l'avenir du temps médical de manière plus équilibrée que par le passé. C'est en tout cas ce que Monique Abad a constaté lors du travail avec les équipes qui a conduit à l'élaboration du guide sur l'évaluation du temps médical mentionné plus haut. « *Au cours de ce travail, les équipes ont décrit minutieusement leurs activités, ont dû argumenter leur contenu, et ce travail d'objectivation a permis à beaucoup de se rendre compte de la valeur des réunions institutionnelles, de la démarche qualité, qui sont du temps de travail, qui consomment des demi-journées entières, mais qu'elles n'avaient pas l'habitude de valoriser, se souvient-elle. Cela leur a donc en quelque sorte donné bonne conscience de constater qu'il y avait des temps hors soins qui étaient nécessaires.* »

Il est par ailleurs possible de gérer au mieux le temps non clinique, pour en tirer la quintessence. Tel est du moins le constat fait par Delphine Demaison, cofondatrice du cabinet de coaching Catalyse, destiné aux professionnels de santé. Celle-ci a notamment eu la possibilité d'accompagner le groupe de cabinets de soins primaires Ipso Santé, et en a retiré quelques conclusions intéressantes. « *Ils sont organisés de manière à mutualiser le temps non clinique, et donc à le réduire, mais ils font en sorte que ce temps soit utile, concentré sur le projet médical, explique-t-elle. On passe donc d'un temps administratif, peu intéressant, à un temps de projet que les médecins valorisent beaucoup.* » La preuve que le médecin n'est pas forcément l'esclave du temps, et qu'il peut devenir le maître des horloges.

Sources

1 Mieux évaluer les besoins en temps médical, ANAP, mai 2020

"IL EXISTE UNE TENSION ENTRE LA VOLONTÉ DE RECENTRER LE TEMPS MÉDICAL SUR LE TEMPS SOIGNANT, ET L'ASPIRATION À PARTICIPER DAVANTAGE À L'ORGANISATION DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL."



TOUT S'ACCÉLÈRE

Il y a quelques années déjà, dans *Soigner (l')humain*, livre collectif dirigé par Claire Georges-Tarragano¹ paru en 2015, le Pr Jacques Barrier et ses coauteurs notaient dans le chapitre consacré au temps que « *l'impact temporel du soin, tel une boîte de Pandore, semble être à la fois une problématique majeure (compte épargne temps, 35 heures, délais d'attente, délais de passage aux urgences, durée moyenne de séjour, etc.) et la planche de salut de nombreux problèmes organisationnels (chirurgie ambulatoire, récupération rapide après chirurgie, etc.)* ». Ils s'alarmaient de l'accélération irrésistible du temps du soin. « *Il est devenu courant d'entendre de la part des soignants qu'ils n'ont "plus le temps" minimal nécessaire pour répondre à la multiplicité des charges* », écrivaient-ils, relevant que cette vitesse imposée « *se heurte à une réalité incontournable : l'humain est complexe et le soin prend donc du temps* ».

Un constat qui, bien que vieux de 7 ans, entre en résonance avec l'avis émis à l'automne dernier par le Conseil consultatif national d'éthique (CCNE) sur le système de santé². « *Le temps des soignants croise de moins en moins celui des malades, écrivaient les sages éthiciens dans leur rapport. Le temps technique prend le dessus sur le temps de l'écoute de la souffrance, de l'information de la personne malade pour l'aider à comprendre, consentir ou refuser, sur le temps relationnel et sur le temps réflexif, qui interroge le sens des soins et des traitements possibles.* » Autant de facteurs, avertissaient-ils, qui peuvent générer une « *souffrance éthique* », et qui alimentent donc la crise de sens que connaît aujourd'hui l'ensemble du système de santé.

Sources

1 *Soigner (l')humain* – Manifeste pour un juste soin au juste coût, sous la direction de Claire Georges-Tarragano, en collaboration avec Harold Astre, Frédéric Pierru, Presses de l'EHESP, 2015

2 Repenser le système de soins sur un fondement éthique, Avis n° 140 du CCNE, octobre 2022



QUITTER TÔT SON TRAVAIL, AVEC SÉRÉNITÉ, UNE FOIS LE NOMBRE DE SES HEURES RÉGLEMENTAIRES STRICTEMENT ACCOMPLI ? PAS À L'HÔPITAL, OÙ LE « QUIET QUITTING » N'A PAS SA PLACE. CONTEXTE TENDU. MANQUE DE PERSONNELS ET FILES ACTIVES QUI GONFLENT. LES QUELQUES VELLÉITÉS DE RESPECT DES HORAIRES DES INTERNES SONT DÉVORÉES PAR LA FORCE DE L'HABITUDE ET LA HIÉRARCHIE PATRIARCALE REPREND LE DESSUS. LE « IL FAUT FAIRE BEAUCOUP D'HEURES POUR ÊTRE UN BON MÉDECIN » RESTE D'ACTUALITÉ.

58 heures en moyenne, au lieu des 48 légales

K *Ce n'est pas qu'on ne le souhaite pas. Mais la situation ne le permet pas. On est tout le temps à flux tendus »,* explique Pascal Demoly, chef du service Allergologie au CHU de Montpellier. Dans beaucoup de services, les internes restent malheureusement encore la variable d'ajustement, et pourtant l'administration a fabriqué pour eux des grilles de présence à remplir « *Montpellier-Nîmes a joué le jeu* » reconnaît Olivia Fraigneau, présidente de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI). « *En retard, mais avec une réponse complète, argumentée, un suivi tous les 3 mois.* » La loi impose depuis 2015 un temps de travail de 48 heures par semaine pour les internes¹. Or ils travaillent en moyenne 58,4 heures et 10 % d'entre eux jusqu'à 79 heures². À l'appui des résultats de cette enquête publiés en mai 2020, l'ISNI a adressé cet été une mise en demeure à l'ensemble des CHU. Seulement 6 ont répondu. Pour les 28 retardataires, ce sera un recours au tribunal administratif. Il s'agit ici, pour l'instant, de mettre en place un dispositif fiable, objectif et accessible de décompte des horaires³. « *C'est triste mais la France est un des rares pays où le temps de travail en hôpital n'est pas suivi.* »

LE "QUIET QUITTING"

UN MODÈLE QUI NE FAIT PAS BON MÉNAGE AVEC ÉQUILIBRE PERSONNEL, NI EFFICACITÉ D'AILLEURS.

Valérie Handweiler

Des enfants à récupérer à la crèche ou une heure de squash planifiée, il ou elle quitte le taf, quoi qu'en dise son chef. Pourtant, cette même personne est très investie au travail. Vous ne rêvez pas, cela existe dans beaucoup de métiers : cela s'appelle le « quiet quitting » et c'est une pratique qui se répand. Un phénomène à mille lieues de devenir une réalité du travail en milieu hospitalier. D'ailleurs, aucune des personnes interrogées pour cet article (chef de service, internes, médecin du travail) ne connaissait cette expression.

Le statut, l'image, les autostéréotypes subsistent

K *Même si certains chefs de service sont conciliants et veillent à respecter les règles, certains jeunes patrons mettent la pression.* » Pascal Demoly reconnaît que rien n'a vraiment changé : « *J'ai eu tous mes accidents de voiture quand j'étais interne. Jamais quelque chose de grave. Mais je m'endormais partout, même debout !* » Le stakhanovisme sévit. Des internes se projettent dans cette idée de sacrifice. « *Tu t'occupes de tes patients et de toi ensuite.* » Une étude publiée en 2022 montre un risque élevé de workaholisme chez les étudiants en santé de Montpellier-Nîmes : 32,7 % sur un échantillon de 487 étudiants interrogés⁴. « *Un médecin qui dirait : "Je fais mes 9 h-17 h" serait encore mal perçu. La désaffection pour les carrières hospitalières tient aussi de cela* », analyse François-Xavier Lesage, MCU-PH en santé au travail. Il reçoit chaque année 300 internes en consultation. « *Ceux qui ne se projettent pas dans cette abnégation jouent la montre et quitteront l'hôpital ensuite.* » Pas question dans ces conditions de poser un arrêt maladie. Plus de 2 mois d'absence entraîne la non-validation d'un stage et repousse d'autant plus la sortie. Et se déclarer malade ou fatigué est encore perçu comme une faiblesse.

Trouver un équilibre en faisant le grand écart

Faire des heures pour être un bon médecin. Aller chercher ses enfants à l'école pour être un bon parent. Les jeunes sont tiraillés entre deux modèles contradictoires. Alors même que l'OMS signale que travailler trop nuit à la santé et montre en 2021 que faire plus de 55 heures par semaine augmente de 35 % le risque d'AVC³.

Alors à quand le « quiet quitting » assumé à l'hôpital ?

Doucement, les habitudes évoluent. Certaines « s'accordent le droit » de tomber enceintes pendant l'internat, bénéficiant du stage en surnombre. Evangeline s'est arrangée au mieux : « *Je n'ai pas vraiment eu de congés maternité mais c'était un choix. J'étais en master 2, donc j'ai pu télétravailler pour mon stage de recherche.* » Les romans du docteur Marc Zaffran, signés sous le pseudonyme Martin Winckler, où il raconte à travers les lignes la pression du système, la rémanence de la hiérarchie ancrée dans les habitudes, peut inspirer les réfractaires. Dans *Le Choeur des femmes* (2009), une jeune interne aux dents aiguisées – car c'est comme cela qu'elle s'est forgé l'image

qu'elle pensait que l'on attendait d'elle – passe du médecin formaté au médecin humain. « *Avec plus de 65 % de femmes reçues aux ECN cette année, il faudra bien que les choses changent* » défend Olivia Fraigneau. « *Les livres, les enquêtes, plus de femmes, tout cela contribue à faire évoluer la culture carabine.* » Mais la vraie avancée passera par l'application de la loi. « *Sur le temps de travail, j'ai bon espoir. Et cela permettra d'améliorer la santé mentale des internes !* »

Sources

- 1 Mon temps de travail / internes et droits du travail www.sihp.fr.
- 2 Enquête de l'INSI sur le temps de travail www.isni.fr
- 3 Conseil d'État www.conseil-etat.fr/actualites
- 4 Risque de workaholisme chez les étudiants en santé de Montpellier-Nîmes <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35738925/>
- 3 OMS : travailler trop augmente le risque d'AVC www.who.int/fr/

"TU T'OCCUPES DE TES PATIENTS ET DE TOI ENSUITE."



RISQUES PSYCHOSOCIAUX : SUJET TABOU, MAINTENANT POINTÉ DU DOIGT

Ranxiété, dépression, idées suicidaires avec une prévalence supérieure à la population générale. L'enquête menée en 2017 par l'ISNI, l'ISNAR-IMG, l'ISNCCA et l'ANEMF sur presque 22 000 jeunes médecins révélait des chiffres alarmants. Deux tiers déclarent souffrir d'anxiété (66,2 % contre 26,1 % en population générale), le quart reconnaît avoir des idées suicidaires (23,7 %), et 27,7 % sont en dépression¹. Une donnée qui rejoint une méta-analyse qui positionne le curseur à 27,2 % chez les étudiants en médecine².

La santé mentale des médecins est observée de près. La consultation BEAT (Bien-être au travail) créée en 2015 a reçu 160 praticiens de tout grade à Montpellier³. « *C'est peu, mais la structure a le mérite d'exister. C'est une porte d'entrée* », souligne François-Xavier Lesage, MCU-PH en santé au travail. Il suit depuis 3 ans l'ensemble des internes, quel que soit le lieu de leur stage. Pour beaucoup, l'automédication reste la solution. Avec tous les dangers que cela comporte. Depuis cette année, il suit aussi les PH ; en pratique, infiniment peu

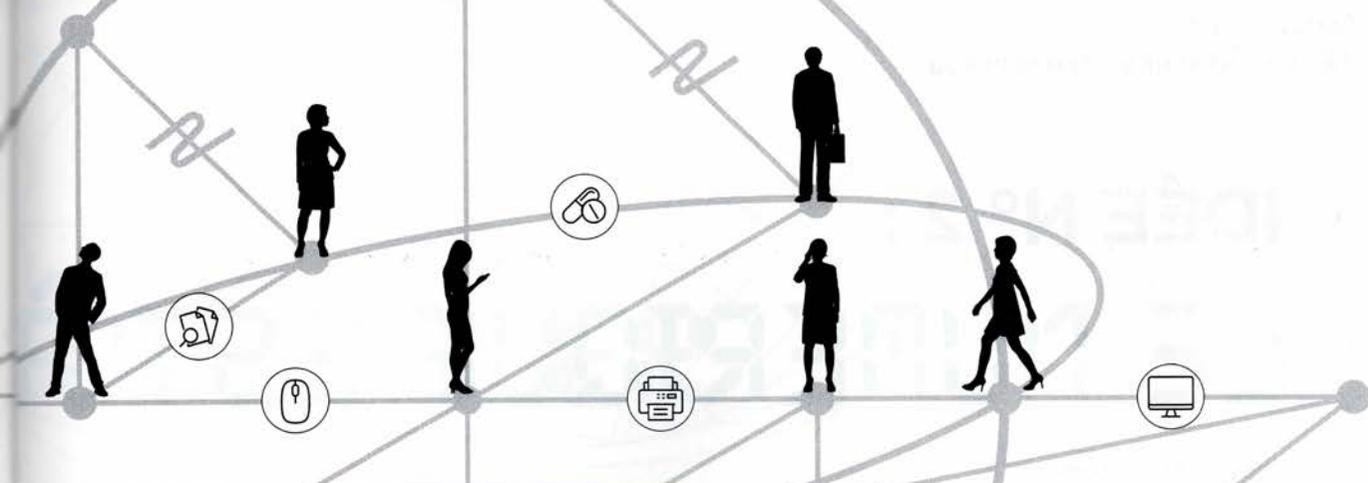
de visites. Ce n'est pas dans les mœurs. L'étude ISNI en écho chiffre à 45,3 % le nombre de jeunes et futurs médecins qui ont déjà vu un médecin du travail.

!! WARNING RPS !!

Faire ses heures et en faire plus pour bien faire n'est pas une solution durable. Avant de courir au burn-out, autant éviter que des troubles anxiodépressifs ne s'installent durablement. Alors on se surveille mutuellement : fatigue, troubles du sommeil, irritabilité, crises de larmes, repli sur soi, problèmes de concentration, démotivation. Et on tire la sonnette d'alarme !

Sources

- 1 Santé mentale, étude de 2017 www.isni.fr
- 2 Méta-analyse publiée dans le Jama (2016) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27923088/>
- 3 Bien-être au travail : BEAT à Montpellier. <https://www.sihp.fr/help/le-groupe-beat/>



Avoir une communication fluide

Pour donner envie à celles et ceux qui travaillent à Ipsos de rester, les médecins associés ont également mis en place des temps de parole, pour discuter des patients mais aussi avancer sur certains problèmes. « *Toute l'idée à Ipsos c'est de chercher ensemble des solutions à des erreurs plutôt que de désigner des coupables*, continue Marie Benque. *Nous n'avons pas eu de formation à la gestion d'équipe ; donc en plus de celle-ci, nous avons mis en place un système de compagnonnage. Les médecins les plus anciens vont former et suivre les plus jeunes pour nous permettre d'avancer ensemble.* » Cette communication fluide et bienveillante va permettre de faire remonter les irritants du quotidien et d'éviter que des personnes partent. « *Le dialogue est comme le système sanguin d'une équipe* », lâche Laetitia Laude, professeure et chercheuse en organisations de santé. Mettre en place des temps de paroles, des suivis psy et une gestion horizontale permettent, in fine, de gagner du temps. « *Garder des liens avec des personnes qui comprennent ce que l'on vit est essentiel pour éviter l'isolement* », reconnaît Aude Selly.

QUID DU PARTAGE DE TÂCHES ?

Dans le système de santé français, certains médecins éprouvent des difficultés à déléguer et à partager les tâches. En cause : une organisation pyramidale et des études de médecine très compétitives. « *Dans le diplôme d'établissement (DE) de médecin manager que nous avons mis en place, la première chose qu'on leur apprend c'est de travailler ensemble sur des projets communs* », souligne Laetitia Laude, professeure et chercheuse en organisations de santé. Une évolution nécessaire qui permet de gagner du temps et d'éviter l'épuisement professionnel. D'autant plus que le monde de la santé déplore ce manque de partage des tâches et souhaiterait prendre part plus activement à la prise en charge des patients.

Pour aller plus loin :

Voir What's up Doc 54 (septembre 2021) sur le soin en partage.
www.delegation-taches.whatsupdoc-lemag.fr

Apprendre à gérer un désaccord

De fait, dans un cabinet médical où recruter est de plus en plus compliqué, gagner du temps passe donc aussi par donner envie à son équipe de rester. « *La hiérarchie est importante parce qu'elle permet de mener le groupe*, souligne Clara Rousselin, spécialisée en innovation managériale à Sqorus. *Pour autant, il ne lui est plus possible de rester sourde et d'imposer des choses sans prise en compte des demandes des personnes concernées. Le management n'est pas là pour dévaloriser ou éduquer une personne mais pour l'accompagner à participer aux décisions, et développer ainsi un sentiment d'appartenance.* »

Pour tenter d'apporter une solution, en 2015 Laetitia Laude a mis en place un diplôme d'établissement (DE) de médecin manager. Aujourd'hui, il comprend 4 formations, dont une à destination des libéraux. « *L'écoute active va permettre de mieux appréhender le stress et de ne pas se laisser déborder par l'émotion. C'est tout un travail sur soi à faire car les conditions de vie professionnelle constituent un point essentiel pour garder son équipe. Par exemple, apprendre qu'un désaccord n'est pas forcément un conflit est une première étape. Après, il convient d'apprendre à éviter de vivre personnellement un désaccord et de créer des tensions au sein de l'équipe.* »

Pour une gestion optimale, le dernier point à ne pas négliger est l'équipement du cabinet. De l'ergonomie des sièges à la qualité de la connexion internet, le bien-être au travail passe par un aménagement des locaux. En moyenne, nos compatriotes perdraient 120 heures par an à cause de la lenteur de leurs ordinateurs. Ainsi, sur internet aussi, il est important de rendre la communication plus fluide.

IDÉE N° 2 :

LE NUMÉRIQUE EST À

Corinne Nkondjock

SI ON VOIT TOUS LES AVANTAGES POSSIBLES DE LA DÉMATÉRIALISATION ET DE L'AUTOMATISATION DES TÂCHES, POUR AUTANT UN CERTAIN NOMBRE D'INCONVÉNIENTS LEUR SONT LIÉS. NOUS AVONS RENCONTRÉ SYLVAIN, CHEF DE PROJET DE TÉLÉMÉDECINE AU SEIN D'UN GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC, ET JUAN SEBASTIÁN, MÉDECIN RECONVERTI EN GEEK.

Le retour d'expérience d'un tekos

Répondre aux besoins informatiques de la clinique, c'est très grossièrement le métier de Sylvain. Pas simple au quotidien : recensement des besoins, de l'interopérabilité, et d'autres bricoles qui peuvent impacter le nombre de clics et, par ricochet, le temps médical.

Pour un projet de télémédecine, les médecins travaillent main dans la main avec les tekos ?

Sylvain. Concrètement dans un projet de télémédecine, on a plusieurs équipes qui interviennent. L'équipe dédiée aux usages va nous remonter tous les besoins des parties prenantes. À partir de ces données, on crée une fiche de qualification qui permet de décrire le projet. Ce dernier est soumis à validation à l'ARS. Quand tous les signaux sont au vert, on commence le déploiement du projet de télémédecine. Pour certains établissements, cela démarre par l'installation du serveur au sein de la structure, ensuite on crée les comptes utilisateurs, on les accompagne puis on les forme aux usages.

Rares sont les médecins qui n'utilisent pas plusieurs logiciels dans leur pratique quotidienne. L'interopérabilité, c'est le nerf de la guerre ?

S. L'interopérabilité consiste à ce que certaines données puissent être échangées entre plusieurs logiciels afin de faciliter le travail des médecins et des soignants. C'est par exemple arriver à faire que le compte rendu médical généré sur la plateforme de télémédecine puisse être automatiquement intégré dans le dossier patient informatisé (DPI) des différentes parties prenantes aussi bien du médecin requérant que du médecin requis. C'est assez lourd et compliqué par rapport à l'identification du patient. Et donc la difficulté c'est qu'un médecin expert, par exemple, peut travailler avec x plateformes différentes.

C'est donc « l'identité nationale de santé » (INS), le point bloquant à l'interopérabilité ?

S. Oui, principalement. Les discussions en cours concernant l'INS permettront sans doute aux éditeurs de solutions d'avancer sur ces chantiers d'interopérabilité. Aujourd'hui, tant que l'INS n'est pas complètement déployée, c'est un frein. L'INS est indispensable pour enregistrer le compte rendu d'un patient qui a fait l'objet d'une télé-expertise sur une plateforme donnée sur le DPI du médecin expert ou de l'établissement requis, alors que celui-ci n'est pas connu au sein de l'établissement. Si le patient n'a jamais été pris en charge dans l'établissement, il n'existe nulle part. Il faudrait donc pouvoir automatiquement créer un nouveau patient dans le système d'information.

Quels sont les reproches les plus récurrents des médecins utilisateurs ?

S. On peut souvent nous reprocher le manque d'ergonomie pour le patient. L'authentification depuis un téléphone portable par exemple n'est pas hyper intuitive. Sinon, on nous remonte aussi parfois, l'impossibilité de signer des ordonnances directement sur la plateforme. Et on en a déjà parlé, le plus récurrent c'est le sujet de l'interopérabilité. On travaille sur ces points pour que les professionnels puissent continuer à travailler en transparence sur leurs outils métiers sans avoir à changer de logiciel pour lancer une visioconférence par exemple, ou échanger des documents entre confrères ou avec les patients.

OPTIMISER

Le témoignage d'un médecin reconverti

Ancien médecin, Juan Sebastián Suárez Valencia est passé du côté des éditeurs en proposant une solution d'automatisation des tâches administratives. Il nous explique la réalité hospitalière sur les usages du numérique.



Vous êtes passé de médecin à startuper, que vous est-il arrivé ?

Juan Sebastián Suárez Valencia. Comme on peut le voir dans le contexte sanitaire actuel, travailler à l'hôpital c'est tout simplement l'angoisse.

Quand vous étiez utilisateur de solutions numériques à l'hôpital, qu'est-ce qui vous dérangeait le plus ?

JS. Honnêtement ? tout ! Quand j'essayais de faire les observations sur le logiciel de l'hôpital, mes chefs de clinique m'ordonnaient de ne pas le faire. Autre exemple, un jour j'ai tapé mes observations en ligne puis je les ai imprimées et mises dans le dossier patient. La cadre de santé est venue me voir le lendemain, pour me dire que l'infirmière n'avait pas tenu compte de mes observations : elles n'étaient pas imprimées sur la bonne couleur de papier. J'ai donc réimprimé les observations et je les ai collées sur la feuille verte. Voilà la réalité de terrain.

Au lieu de gagner du temps médical, vous en perdiez ?

JS. Oui. Si je veux prescrire un médicament, je dois faire 40 clics ou pire, l'imprimer pour le faxer si je dois l'envoyer à une autre unité ou un autre établissement. Vous voyez l'absurdité ? La moitié des logiciels hospitaliers plantent si on les utilise sur un autre navigateur. Bref, les usages au quotidien sont pénibles. Il m'est arrivé parfois, sur 10 heures de travail, de ne consacrer que 45 minutes aux patients.

Pourquoi l'innovation a-t-elle tant de mal à pénétrer le monde hospitalier ?

JS. La vraie raison, c'est que les hôpitaux n'ont ni l'intérêt ni les fonds pour faire des logiciels qui répondent aux besoins des médecins. Cela ne rapporte pas d'argent tandis que la plupart des hôpitaux sont déjà en déficit.

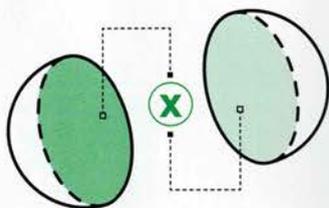
Du côté des médecins, ils ne sont pas technophiles pour la plupart et ils ont raison. Leur cœur de métier c'est prendre en charge les patients, plutôt que de passer plus de temps devant un écran. Quand j'ai commencé à commercialiser ma solution, je suis allé voir les hôpitaux et je leur ai dit que mon logiciel pourrait améliorer la vie des médecins. Cela n'intéressait personne.

Quelle approche avez-vous adoptée pour les convaincre ?

JS. J'ai changé mon discours en expliquant que ma solution pouvait optimiser certains coûts et notamment améliorer le remboursement de certains actes par exemple. Là, ma solution a commencé à intéresser les établissements de santé. On se focalise sur les tâches administratives, la logistique, les remboursements, les commandes, etc. On essaye ainsi d'aligner les intérêts des hôpitaux avec ceux des professionnels de santé. In fine, on va arriver à aider les médecins au quotidien.

Think outside the box

L'enseignement médical se cantonne malheureusement trop souvent à l'enseignement de la technique médicale. Intelligence artificielle, block-chain, macroéconomie, e t c . , sont des concepts qui restent nébuleux pour la majorité des médecins, alors qu'ils sont essentiels pour comprendre les évolutions de leur métiers, collaborer avec les autres sphères professionnelles et participer à la création de solutions d'avenir. Sans qu'ils fassent l'objet d'un traitement détaillé, il semblerait malgré tout fort profitable qu'une attention institutionnelle soit portée à l'extension du champ intellectuel des étudiants en médecine.



Compétences-clés

Devenus travailleurs informatiques en quelques années, puisqu'ils passent deux fois plus de temps devant un écran que devant leurs patients³, les médecins n'ont pourtant presque aucune formation à l'informatique et à l'ergonomie. Considérons par exemple le temps perdu par un interne qui écrit sa thèse sans connaître l'existence la fonction Ctrl+F ou de Zotero. Et celui qui sera pris par des troubles musculosquelettiques parfaitement évitables.

Autre situation, une diapositive avec 8 schémas et 30 lignes de texte, lues à la lettre, implacablement, devant une audience qui oscille entre réseaux sociaux et sommeil. Que de temps perdu !

En quelques heures on apprend à faire un PowerPoint potable, à s'exprimer devant un public et à employer des métaphores. Encore quelques minutes et vous saurez intégrer une vidéo Youtube et faire des infographies. L'internet regorge de pépites pédagogiques (Science étonnante, Kurzgesagt pour ne citer que ces chaînes) ; elles rappellent qu'une image vaut mille mots, et qu'il serait bien dommage de laisser une méconnaissance technique limiter leur utilisation.

Il serait donc nécessaire d'être spécifique en regard de certaines compétences-clés : informatique, ergonomie, pédagogie, en y consacrant quelques heures de plus dans le but d'en sauvegarder bien d'autres.

Du temps perdu, à la fac, il y en a beaucoup. À apprendre des choses pas très utiles, d'une manière pas très efficace, en passant à côté de choses essentielles. À nous d'en prendre conscience pour le reconquérir.

CONCLUSION

En résumé pour cette fin de dossier, la rédaction a donc retenu la place du numérique avec encore beaucoup d'attente sur l'interopérabilité des outils les plus adaptés possibles aux pratiques. Nous avons sûrement encore besoin de plus de liens et de ponts informaticiens - médecins !

Mais aussi notre culture du présentisme, notre difficulté à travailler le partage des tâches autrement que dans une vision de délégation gagneraient à évoluer encore... Cela commence peut-être dès le début par notre modèle de formation.

L'organisation du travail est un point clé aussi, dans lequel tous ces éléments s'intriquent. Seuls la moitié des 219 médecins ayant répondu à notre sondage sur le sujet étaient satisfaits de celle-ci. Pour 83% le problème relevait en premier lieu, donc, du système de santé dans son ensemble. De meilleurs outils numériques venaient ensuite (64%), avant une meilleure coordination avec les autres professionnels (49%) et une meilleure gestion de la hiérarchie (40%).

Bref, cela signifie qu'il y a de quoi faire, et que certaines cartes sont tout de même dans nos mains !