

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	
A.	Modélisation d'ASRA	2
B.	Evaluation du modèle ASRA, question de recherche, objectif principal, objectif secondaire, méthodologie	3
II.	LE MODELE ASRA	
A.	Organigramme au 1^{er} octobre 2016	4
B.	Objet statutaire, charte éthique, convention de partenariat avec le CNOM ..	4
C.	Procédures de fonctionnement	5
III.	METHODES D'EVALUATION	
A.	État des lieux de la veille confraternelle des confrères de soutien, au bout de 4 ans : résultats, analyse, points forts, problématiques soulevées	6
	1. Bilan statistique concernant les confrères de soutien.....	7
	2. Bilan statistique concernant les médecins appelants.....	12
B.	Audit des confrères de soutien : résultats, analyse, points forts, propositions d'avenir à valider	14
	1. Conditions d'engagement initial dans ASRA.....	15
	2. Avis général sur les procédures d'ASRA.....	16
	3. Vécu général d'ASRA au bout de 4 ans.....	22
	4. Auto évaluation personnelle.....	23
	5. Qualité générale de vie professionnelle et vie personnelle.....	23
IV.	SYNTHESE SUR L'EXPERIENCE PILOTE DU MODELE ASRA	
A.	Points forts pour le médecin appelant et pour le dispositif	24
B.	Prospective	25
V.	CONCLUSION	25
VI.	BIBLIOGRAPHIE, ANNEXES.....	26, 27 & 28

I. INTRODUCTION

Le CROM-RA, Conseil Régional de Rhône-Alpes de l'Ordre des Médecins et l'URPS-AURA médecins, Union Régionale des Professionnels de Santé d'Auvergne Rhône-Alpes, ont uni leurs expertises pour entreprendre, le 2 mai 2012, une expérience pilote d'utilisation d'un modèle de dispositif d'aide à des professionnels de santé en difficulté, le **modèle ASRA**, dit **ASRA**, Aide aux Soignants de Rhône-Alpes, dans cette région qui comporte 27 500 médecins.

A. Modélisation d'ASRA

Période de réflexion

Le besoin s'est exprimé à partir de 2010 après un audit des commissions d'entraide des huit Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, (CDOM), sous l'égide du CROM-RA : cette enquête révélait une prise en charge satisfaisante des problèmes financiers de certains confrères, mais des difficultés pour la prévention, la reconnaissance, la prise en charge de troubles psychologiques associés, ou de syndrome d'épuisement professionnel. Il manquait, surtout pour les « petits » départements, des personnes ressources comme des psychiatres, des addictologues, des médecins de santé au travail.

L'objectif s'est précisé pendant des colloques nationaux sur la santé des médecins qui révélaient des chiffres alarmants qu'il était de notre responsabilité collective de diminuer : 40 % de médecins sont touchés par l'épuisement professionnel, 14 % de décès de médecins actifs seraient liés à des suicides, 5 à 10 % de médecins frappés d'addictions, dont 70 % par alcoolisme : « Vulnérabilité et souffrance des soignants » (Paris, décembre 2008), « Souffrance du médecin : savoir se protéger » (Lyon, mars 2010), « Mieux-être pour mieux soigner » (Toulouse, octobre 2010).

Les moyens ont été choisis après étude des autres dispositifs d'entraide :

en France, l'AAPML, Association d'Aide aux Professionnels de Santé & Médecins Libéraux, système d'écoute par des psychologues libéraux ; l'APSS, Association pour les Soins aux Soignants, proposant des structures d'hospitalisation à des médecins malades sous contrat thérapeutique ; MOTS, Médecine Organisation Travail Santé, en Languedoc-Roussillon, avec écoute du médecin en difficulté, auto évaluation selon un guide pratique d'analyse ergonomique et psychosociale, accompagnement et réinsertion par un médecin de santé au travail, IMHOTEP, en Haute-Normandie, avec des centres de santé pour la prévention de la santé des médecins libéraux.

A l'étranger, le PAMQ, Programme des Médecins du Québec, avec caring téléphonique et programmes d'enseignement théoriques très ciblés ; le PAIMM, Programmes d'Aide aux Médecins Malades en Catalogne, avec « signalement » déontologique, écoute, hospitalisation en clinique ; REMEDI, en Suisse, avec coaching, mentorat, écoute téléphonique, dont s'est largement inspiré ASRA. La Fédération des Médecins Suisses avait mené une étude d'échelle,

très utile en termes d'offre et de demande, dans un contexte démographique médical voisin de la région Rhône-Alpes.

Le montage final a pu bénéficier d'un transfert de compétence organisationnelle entre le CROM-RA, l'URPS-RA et RESTIM, agence de communication spécialisée en élaboration de projets de gestion et en addictologie chez des salariés : ont pu être mis en place Copil, groupes de travail permettant un langage commun sur la forme juridique, les statuts, les procédures, le « back office » d'ASRA, constitué de confrères de soutien et de personnes ressources.

Le lancement d'ASRA a eu lieu le 2 mars 2012, suivi de **4 années de fonctionnement**.

Période prospective actuelle :

Promotion du modèle : ASRA se fait connaître dans des staffs ou réunions locorégionales (CDOM, Formation Médicale Continue (FMC), Commissions Médicales d'Etablissement (CME)), et des colloques nationaux sur l'Entraide (commission nationale d'Entraide du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), Fonds d'Action Sociale (FAS) de la CARMF, Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France, ou de l'Association Générale des médecins de France (AGMF)).

Expansion : ASRA a exporté un modèle similaire en régions Poitou-Charentes et en Alsace, a inspiré l'Ordre des Pharmaciens et a intégré le CDOM de Saône-et-Loire en juillet 2016.

Perfectionnement du modèle : ASRA sait qu'il faut un contact étroit avec d'autres structures d'entraide, de fonctionnement et de philosophie différente comme MOTS, qui produit un travail de recherche épidémiologique élaborée du burnout. Le DIU des « soins aux soignants » est aussi privilégié comme prétexte d'échange d'expériences, d'auto-évaluation et de tutorat universitaire concernant tout confrère intéressé par l'entraide.

Evaluation : enfin « pour évoluer il faut s'évaluer », et ASRA a choisi de le faire à travers ses confrères de soutien, dans le cadre d'un mémoire présenté au DIU, par un de ses confrères de soutien . Dans cette même optique, Kristell PELTIER, interne en médecine générale, soutient en novembre 2016 à Grenoble une thèse universitaire sur ASRA.

B. Evaluation du modèle ASRA

Question de recherche : l'aide offerte aux professionnels de santé en difficulté, demandeurs de conseils ou d'aides, offerte par le modèle ASRA, est-elle suffisamment pertinente en termes de qualité de service public rendu à la profession médicale ?

Objectif principal : évaluer, au bout de 4 années de veille confraternelle les acteurs et les procédures du modèle expérimental à travers l'activité et le ressenti de ses premiers acteurs, les confrères de soutien, et dégager des propositions d'avenir pour évoluer.

Objectif second : positionner le modèle ASRA, après cette expérience pilote de 4 ans, dans la mise en place d'un écosystème national d'entraide pour tous les médecins et leur famille, dont le CNOM a mission, et l'inscrire dans la perspective du Congrès de l'EAPH d'avril 2017 à Paris (European Association for Physician Health).

Méthodologie : 1^{ère} étape : bilan de la veille confraternelle des confrères de soutien au bout de 4 ans : reprise des statistiques administratives d'ASRA concernant les confrères de soutien puis les médecins appelants, résultats, analyse, points forts, problématiques soulevées.

2^{ème} étape : audit des confrères de soutien actuels par envoi d'un questionnaire anonyme, confidentiel, ouvert puis orienté sur les problématiques soulevées précédemment. Il s'agit de recueillir les conditions de leur engagement initial dans ASRA, leur avis général sur ces procédures soigneusement rappelées, leur vécu au bout de 4 ans, le bilan actuel de leur auto évaluation personnelle en tant que personne, professionnel, soignant : résultats, analyse, propositions d'avenir à valider.

II. LE MODELE EXPERIMENTAL ASRA

A. Organigramme au 1^{er} octobre 2016

ASRA est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont l'objet est de « *mettre en place et gérer un dispositif d'aide et d'accompagnement aux professionnels de santé en difficulté* ». Elle est composée de membres fondateurs (CROM-RA, 9 CDOM, URPS-RA Médecins), de membres cooptés pour leur compétence ou leur engagement (Président des CME des CHU et des CHR, médecin de santé au travail du CHU) et de membres adhérents, qui sont 43 confrères de soutien, volontaires et bénévoles, et 55 personnes ressources, dont des psychiatres, psychologues, addictologues, conseillers juridiques et fiscaux, avocats, médecins de santé au travail, avec des structures institutionnelles comme les commissions d'entraide des 9 CDOM, la CARMF, l'AGMF, l'AFEM (Aide aux familles et Entraide Médicale).

Des lieux d'hospitalisation dédiés aux confrères en difficulté sont prévus (APSS).

Le Bureau d'ASRA, élu par le Conseil d'Administration, est constitué des Dr Michel EVREUX, Président, Dr George GRANET, Secrétaire, Dr Charles Henri GUEZ et Dr Pierre Jean TERNAMIAN (URPS-RA), Vice-présidents, et Dr Jean-Michel NAVETTE, Trésorier.

Mme BOUVEAU, assistante de direction, est en charge de l'organisation et du fonctionnement du Réseau ASRA, à raison de 5 heures par semaine.

B. Objet statutaire, charte éthique, convention de partenariat avec le CNOM

Les statuts, d'une portée générale large et ambitieuse, mentionnent notamment « *le repérage, l'orientation, et la participation à la prise en charge de confrères victimes d'épuisement professionnel, d'addictions et de tout autre souffrance liée à l'exercice professionnel, la participation au maintien ou à la restauration de leur capacité professionnelle et à leur réinsertion. ASRA prévoit d'organiser toute action de formation ou de promotion sur ces thèmes, toute recherche en santé publique et toute action éducative destinée au corps médical, promouvoir la publication de tous travaux scientifiques* ».

Un **règlement intérieur** et une **charte éthique**, signée par chaque confrère de soutien, stipulent clairement qu'il doit « *observer une totale confidentialité vis-à-vis de la personne appelante, dans le respect du secret médical, agir en toute indépendance vis-à-vis de toute structure professionnelle, n'assurer aucun soin médical au-delà de l'écoute, et, si besoin,*

orienter la personne appelante vers le réseau des personnes ressources du Réseau ASRA, puis s'assurer de la réalité du suivi avec l'accord de la personne appelante ».

Une convention de partenariat lie ASRA à la commission nationale d'Entraide du CNOM, avec un engagement d'échange d'informations sur sa gestion. Elle vaut **charte d'entraide** avec l'obligation faite au confrère de soutien, d'inviter le médecin appelant à faire, en cas de problème financier, par exemple, des démarches ou des remises de documents, directement ou avec l'aide du confrère de soutien, auprès de l'Entraide ordinale départementale ou nationale. Il y a aussi mention explicite de l'article R. 4127-56 du code de la santé publique révisité, avec le devoir éthique d'ingérence et d'assistance d'un confrère en difficulté. L'article 12 de la convention stipule : « *Le réseau ASRA devra obtenir des médecins qui concourent à son action, confrères de soutien comme médecins ressources, leur engagement à s'efforcer de convaincre les médecins appelants, dont le comportement leur semble susceptible de mettre en danger leurs patients ou lui-même, de suspendre leurs activités professionnelles et d'avoir recours au CDOM dont ils dépendent. Dans ce cas, ASRA, également prévenu, pourra prendre contact avec le Président de la commission départementale d'Entraide ou, à défaut, avec le Président du CDOM, afin d'envisager une démarche d'entraide globale dans l'intérêt du confrère. Cette démarche s'effectue dans le respect des dispositions de l'article R.4127-4 du code de la santé publique* ».

C. Procédures de fonctionnement

Elles seront très précisément rappelées puisque servant de référence à toute l'évaluation.

1. Appel téléphonique ou mail et complétude du tableau d'astreinte

« *Le médecin en difficulté appelle gratuitement au 0 805 62 01 33 un serveur vocal AXIALYS 7Jsur7, 24h sur 24, 365J sur 365, qui transfère l'appel sur le téléphone mobile du confrère de soutien qui répond directement et accorde une écoute immédiate. Sinon il peut prendre connaissance d'un message vocal que peut laisser le médecin appelant, transmis via AXIALYS sur son PC ou son téléphone mobile avec affichage du numéro appelant, s'il n'est pas caché. Il peut aussi bien joindre l'assistante de direction qui interrogera AXIALYS. Le médecin appelant peut aussi saisir ASRA sur sa boîte aux lettres : contact@reseau-asra.fr* ».

« *L'assistante de direction complète mensuellement le tableau d'astreinte en 8 jours de relances par mail. Les astreintes sont bénévoles, mais rétribuées 70 € par astreinte ayant comporté la gestion d'un à plusieurs appels* ».

2. Modalités de l'écoute active et de la consultation ressource

« *L'écoute active du confrère de soutien est, par principe, libre et spontanée, sans grille ou canevas d'écoute. Elle peut donner lieu, selon la complexité de l'appel, à des entretiens prolongés en tant que de besoin. Un rappel ultérieur du médecin appelant est laissé à sa libre appréciation, dès lors qu'il n'entre pas dans un processus de soins ou d'accompagnement formel, ou de réinsertion. Le transfert à la personne ou structure ressource est alors nécessaire, le médecin appelant restant libre de lui faire appel. La ressource s'engage en pratique à se rendre disponible dans les 72h. Sa première consultation est réglée par ASRA à hauteur de 70 €, et elle reste absolument confidentielle comme dans tout processus de soins soumis au secret professionnel.*

3. Contenu et diffusion du rapport général d'écoutes et du compte rendu statistique

« Le confrère de soutien rédige et envoie dans les 8 jours à l'assistante de direction un compte-rendu circonstancié d'écoute anonymisé décrivant exhaustivement la problématique soulevée et les solutions apportées. L'assistante de direction l'inclut dans un rapport général d'écoutes de tous les confrères de soutien, confidentiel au Bureau, consultable annuellement, en pratique pendant les Assemblées Générales ». Elle élabore également, en temps réel, un compte-rendu statistique d'activité, fait d'items génériques, servant d'affichage de l'activité d'ASRA dans son flyer de présentation. Les comptes rendus circonstanciés concernant l'accompagnement et le processus de réinsertion du médecin appelant, venant de la personne ressource, sont trop rares.

4. Indépendance et confidentialité

ASRA est réputé indépendant de toute institution, notamment de ses membres fondateurs, Ordre ou unions syndicales, et de tout financeur. L'appel reste par essence confidentiel au niveau du confrère de soutien, libre par contre de s'identifier, et le secret s'oppose à tout autre tiers y compris le Bureau d'ASRA. Le médecin appelant peut à tout moment revendiquer un niveau de confidentialité particulier. Procédure identique pour la personne ressource.

5. Formation des confrères de soutien

Des formations annuelles touchant au domaine de l'entraide sont délivrées aux confrères de soutien : l'écoute active, le repérage des signes de surmenage professionnel, l'approche comportementale et cognitive de la relation d'aide (institut OXYLIEM), la gestion de crise suicidaire (Pr TERRA), le repérage des addictions, les plaintes d'ordre sexuel, le burnout des femmes, les risques psychosociaux des hospitaliers. Une indemnité de 250 € par journée de formation est versée aux participants.

III. METHODES D'EVALUATION

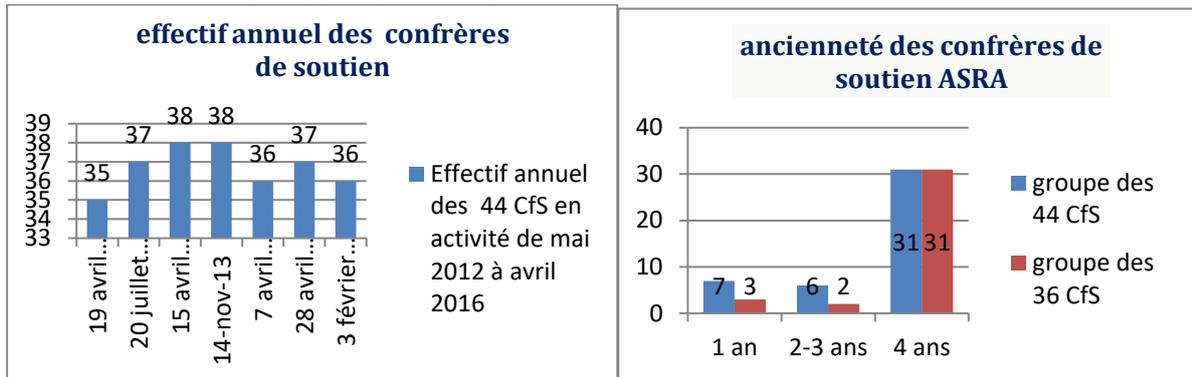
A. État des lieux de la veille confraternelle des confrères de soutien au bout de 4 ans : résultats, analyse, points forts, problématiques soulevées

Cette première étape de l'évaluation présente les données chiffrées concernant 2 échantillons de **44** confrères de soutien de la région Rhône-Alpes, en activité de mai 2012 à avril 2016, avec une file active de **303** médecins appelants au 29 avril 2016, et des **36** confrères de soutien actuels en 2016, avec une file active de **274** médecins appelants. 6 nouveaux confrères de soutien de Saône-et-Loire et 1 nouvelle consœur de soutien de Rhône-Alpes, qui portent à 43 l'effectif des confrères de soutien au 1^{er} octobre 2016, en sont exclus.

Les résultats sont ensuite l'objet d'une analyse qui dégage des points forts et soulève une éventuelle problématique.

1. Bilan statistique concernant les confrères de soutien

a) Effectif annuel, ancienneté



Il existe une permanence annuelle de 36 confrères de soutien avec 70 % des confrères de soutien ayant au moins 4 ans d'ancienneté pour les 2 échantillons. Depuis 2012, le turnover a été de 7 adhésions pour 8 départs, essentiellement pour des raisons de convenances personnelles (départ en retraite, indisponibilité).

Analyse : pour une échelle de 27 500 médecins, il n'y a pas de problème de recrutement en confrères de soutien avec un effectif permanent de 36 médecins, suffisant pour une complétude mensuelle du tableau d'astreintes en 8 jours. Le turnover est resté réduit et n'a pas affecté sensiblement leur expérience à l'ancienneté.

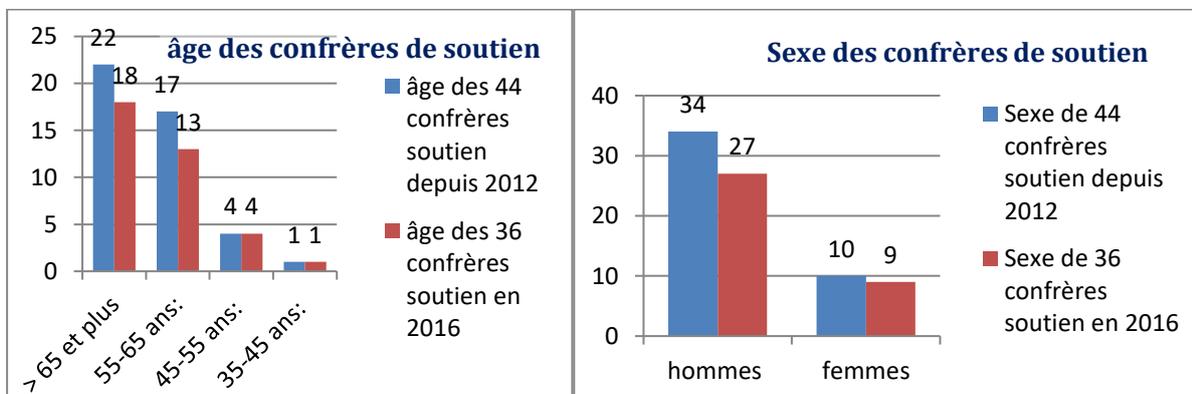
Point fort : stabilité de l'effectif et de l'ancienneté des confrères de soutien.

Problématiques : motivations à l'adhésion, niveau d'appropriation des procédures, ressenti général pendant ces 4 ans d'activité qui pourraient conditionner cette stabilité.

b) Age, sexe

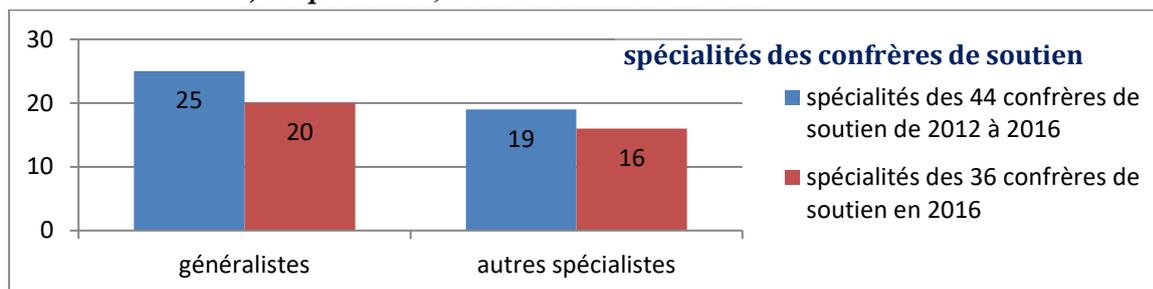
Age moyen des confrères de soutien : 64 ans

Chez les 44 confrères de soutien, il y a une proportion de 50 % de médecins de plus de 65 ans, 35 % entre 55 et 65 ans, les femmes étant les plus jeunes avec une moyenne de 57 ans. La plus jeune consœur a 41 ans. Il y a une prédominance masculine. Le turnover n'a pas sensiblement modifié ces paramètres :

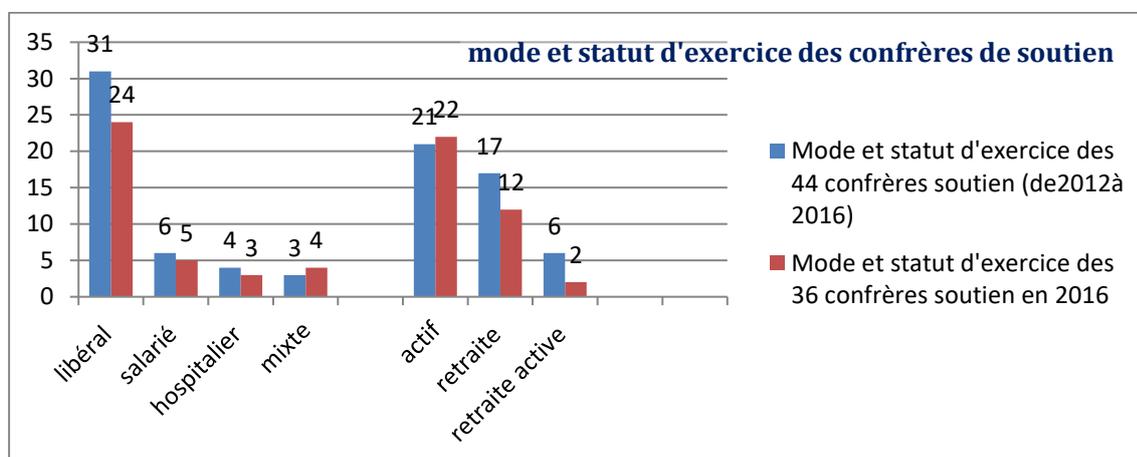


Analyse : le profil des confrères de soutien est donc plutôt celui d'un senior avec sans doute disponibilité accrue. La « touche » féminine, bien qu'en deçà de la parité, est significative.

c) Spécialités, mode et statut d'exercice



Dans les 2 échantillons : 55 % sont généralistes. On note aussi 2 anesthésistes, 1 chirurgien vasculaire, 2 spécialistes médicochirurgicaux (gynéco obstétricien, ORL), 10 spécialistes médicaux (anatomo-pathologiste, cardiologue, santé publique, médecine interne endocrinologue, gastro-entérologue, psychiatre, rhumatologue, ophtalmologiste, radiologue) et 1 pharmacien.



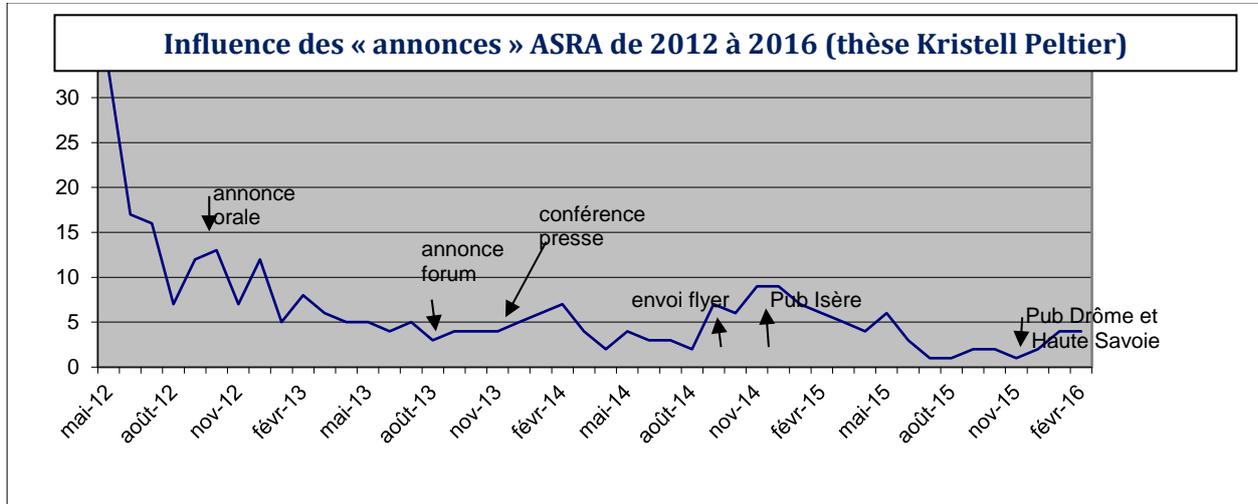
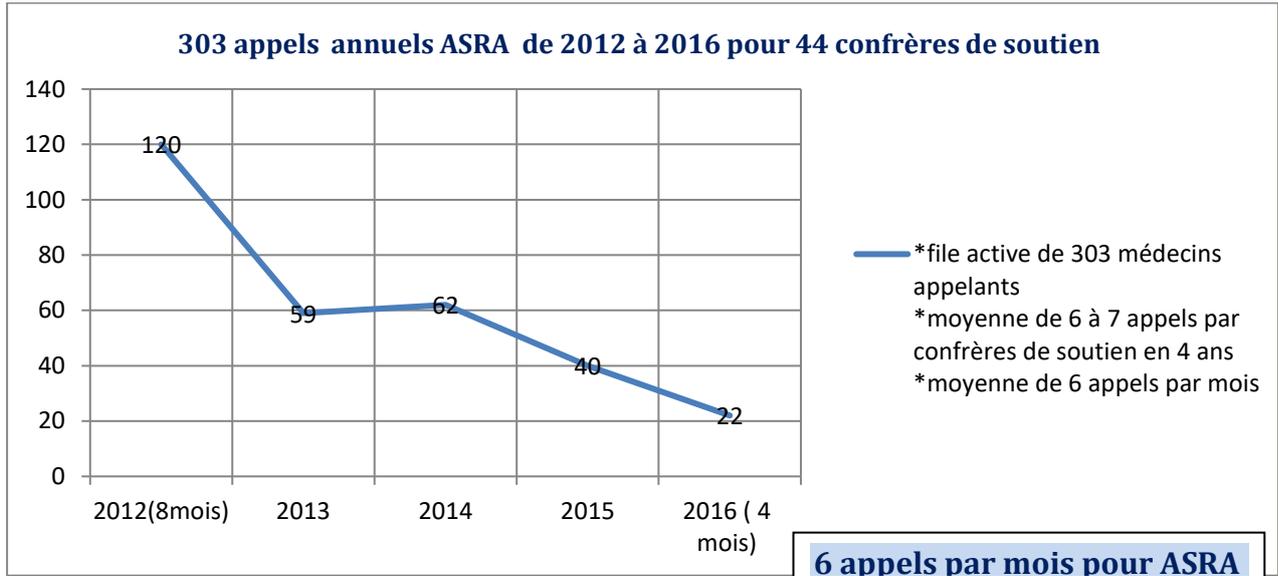
Dans les 2 échantillons : 70 %, puis 67% après turnover, exercent ou ont exercé en libéral, 14 % sont salariés, 9 % puis 8 % sont hospitaliers, 7 % puis 11 % sont en exercice mixte. Le statut d'actif passe de 48 % à 61 %, de retraités de 39 % à 33 %, de retraités actifs de 14 % à 2 %

Analyse : le profil des confrères de soutien se précise : il est plutôt généraliste, libéral, en activité, ce qui est une opportunité intéressante dans la mesure où les études des URPS constatent l'incidence de l'épuisement professionnel chez les généralistes libéraux. Il y a aussi beaucoup de retraités témoignant d'une solidarité intergénérationnelle, une pluralité enrichissante de spécialistes, une certaine féminisation .

Point fort : profil des confrères de soutien : senior, généraliste, libéral en activité, mais aussi retraités et consœurs.

Problématique : recherche de confrères hospitaliers et salariés.

d) *File active générale ASRA de mai 2012 à avril 2016*



Il faut signaler que la file active est passée à 317 médecins appelants en octobre 2016, soit 14 appels en 6 mois.

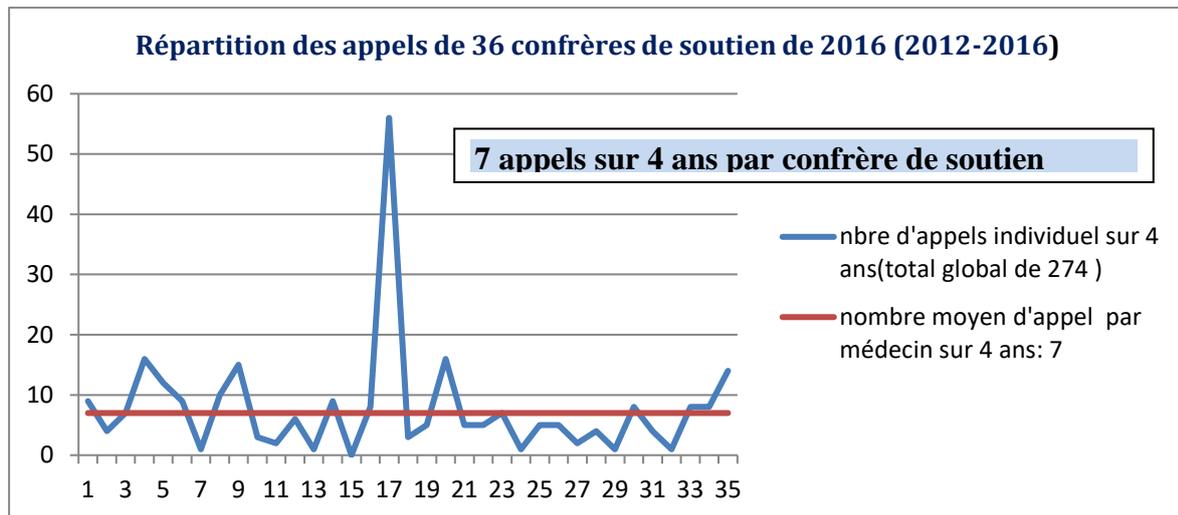
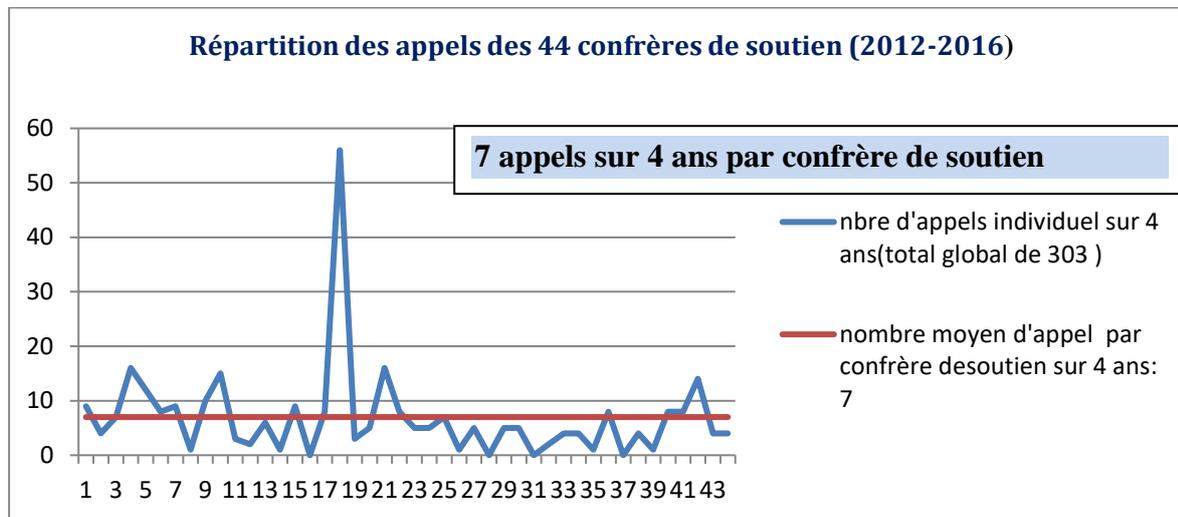
Analyse : il existe un déficit progressif d'audience après l'effet d'annonce du lancement d'ASRA. Les campagnes d'informations ne sont pas suivies de pics d'appels, et beaucoup de confrères ignorent encore son existence. Le Bureau fait un lobbying intensif en réunions diverses, conférences de presse, délivrance systématiques de bistrots . L'envoi annuel du flyer d'ASRA avec celui de l'AFEM, à l'occasion des appels des cotisations des CDOM, est une aide précieuse.

Problématique : **nouvelle politique de communication** à adopter, ciblée sur les jeunes générations, avec entrisme universitaire. Sillage médiatique de l'Ordre à solliciter.

e) *File active individuelle de mai 2012 à avril 2016*

303 appels correspondant aux 44 confrères de soutien successifs.

274 appels correspondant aux 36 confrères de soutien actuels.

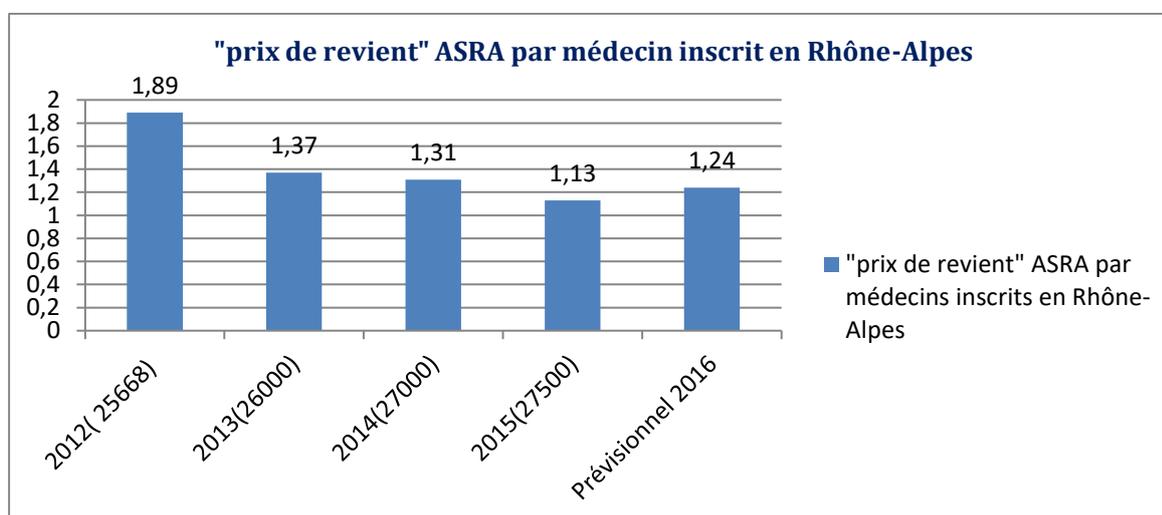
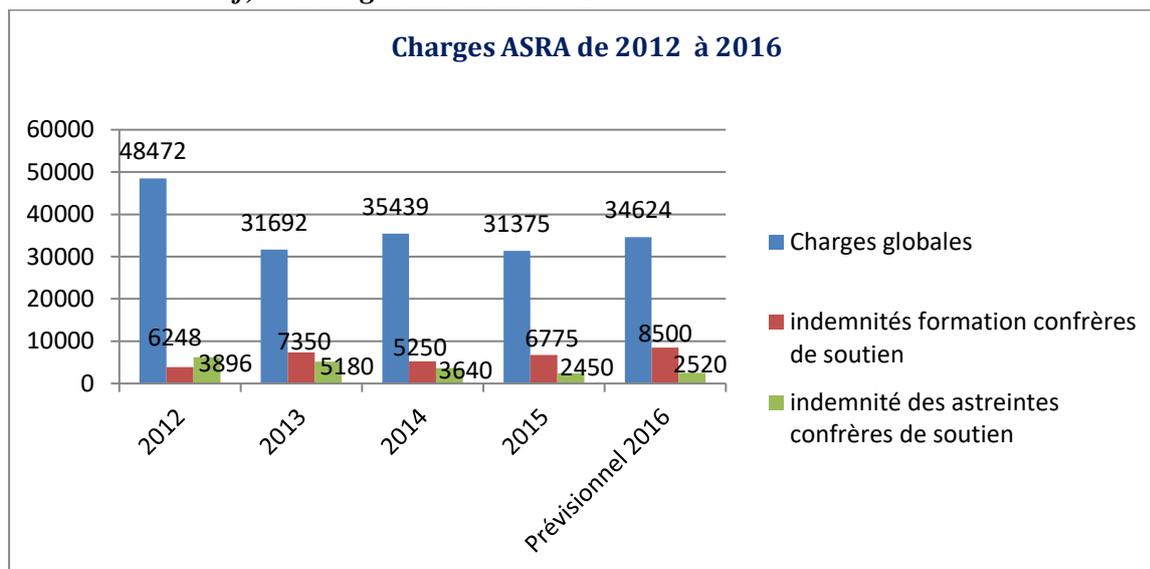


Le turnover a peu d'impact. On constate quelques confrères de soutien avec 16 à 19 appels sur les 4 ans. Un biais statistique a été généré par 1 confrère de soutien qui a reçu le « stock » d'appels au lancement d'ASRA, confrère toujours très disponible, qui traite également un certain nombre de mails. 3 confrères n'ont pas pris d'astreinte respectivement depuis décembre 2014, juin 2015 et novembre 2015, et 1 confrère s'est mis en indisponibilité de janvier à mai 2016.

Analyse : il y a donc un faible nombre moyen d'appels en 4 ans, et des variations d'appels par confrères, en rapport évidemment avec des astreintes aléatoires. Il en résulte surtout une expérience de terrain inégale.

Problématique : harmonisation des pratiques par partage d'expérience entre pairs confrères de soutien.

f) Charges du modèle ASRA



Résultats et analyse : le budget d'ASRA réalisé montre des charges globales annuelles d'environ 33 000 € en moyenne sur les 3 dernières années avec un prix de revient très théorique de 1,37 à 1,13 € par médecin inscrit au Tableau, compte tenu d'une démographie régionale passant de 26 600 à 27 500 médecins. Ces charges sont couvertes par les cotisations des membres fondateurs (8 + 1 CDOM, CROM-RA, URPS-RA) qui sont appelées sous forme de dons, sur la base du prix de revient global par médecin représenté. Si l'on tient compte des représentations croisées au niveau ordinal régional et départemental, et au niveau syndical, ceci aboutit à un appel au montant de 0,50 € par médecin représenté pour chaque Institution. Il existe aussi des dons de l'ARS-AuRA et de GPM, Groupe Pasteur Mutualité.

Le budget prévisionnel 2016 prévoit 34624 € de charges globales. Les indemnités versées aux confrères de soutien (soit 70 euros pour une astreinte comportant un à plusieurs appels + 250 euros pour une journée de formation) sont encore prévues à 30 % des charges globales prévisionnelles, à 3 % les indemnités de la première consultation des personnes ressources à 70 euros qui « oublient » de les réclamer, à 9 % les frais supplémentaires de formation, à 35 % le poste d'assistante de direction. Pour être complet, le CROM-RA offre sa logistique matérielle et immobilière à ASRA.

Point fort : gestion économe du modèle ASRA.

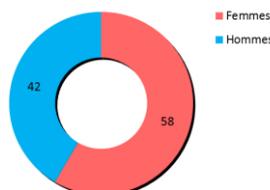
Problématique : avis des confrères de soutien sur le caractère semi bénévole des astreintes qui conditionne en partie cette économie d'échelle.

2. Bilan statistique concernant les médecins appelants

Ce bilan est régulièrement tenu par l'assistante de direction qui applique des consignes internes pour le choix d'items d'analyse : bilan du 15/04/2016 (file active de 299).

a) Age moyen, sexe

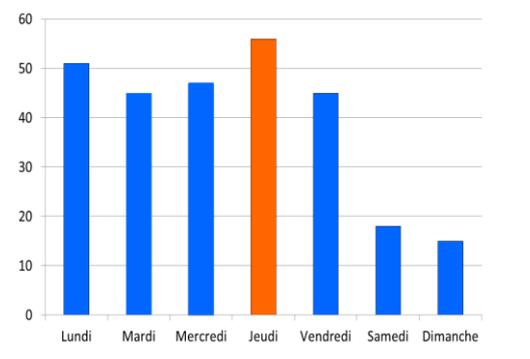
Age moyen des médecins appelants : 53 ans



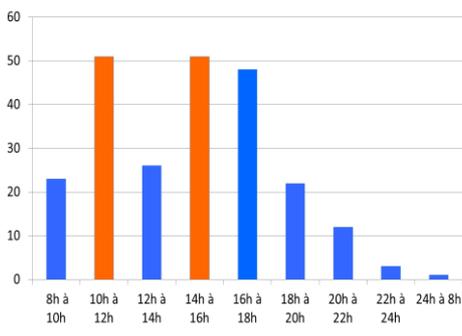
10 % de conjointes

Le plus jeune médecin, âgé de 25 ans, interne, appelait en fait par l'intermédiaire d'une amie, et le plus âgé, médecin retraité de 79 ans, appelait par l'intermédiaire de son épouse. Il y a une prédominance d'appels féminins dont 10 % sont en fait des conjointes. Certains appels proviennent aussi de tiers (ami, famille, enfant).

b) Forme des appels



Téléphone 91% / mail : 9%



Durée moyenne : 30 mn (137appels)

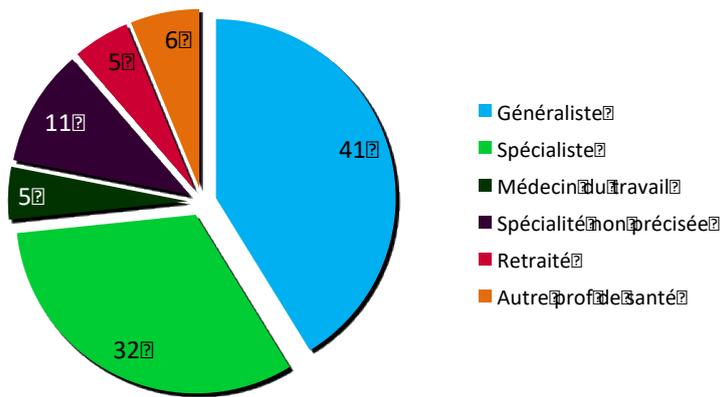
Le nombre d'appels est corrélé à la démographie par département : par exemple 78 % des appels proviennent du Rhône.

Leur durée est très variable, rarement très courte de quelques minutes, moyenne plus fréquemment de 10 à 15 minutes, mais parfois longues jusqu'à 60 à 90 minutes. Certains appels sont suivis d'entretiens ultérieurs, et d'échanges de mails, dont conviennent confrères de soutien et médecins appelants. Très souvent, le confrère de soutien prend le temps d'organiser la prise de contact avec la personne ressource.

Point fort : commodité de l'appel pour le médecin appelant : numéro unique, appel gratuit 7Jsur7, 24hsur24, 365Jsur365, ou par mail, écoute immédiate, durée non limitée, accès à une personne ressource dans les 72h.

Problématique : avis des confrères de soutien sur la plateforme téléphonique et l'ergonomie des astreintes.

c) *Spécialités (en %)*



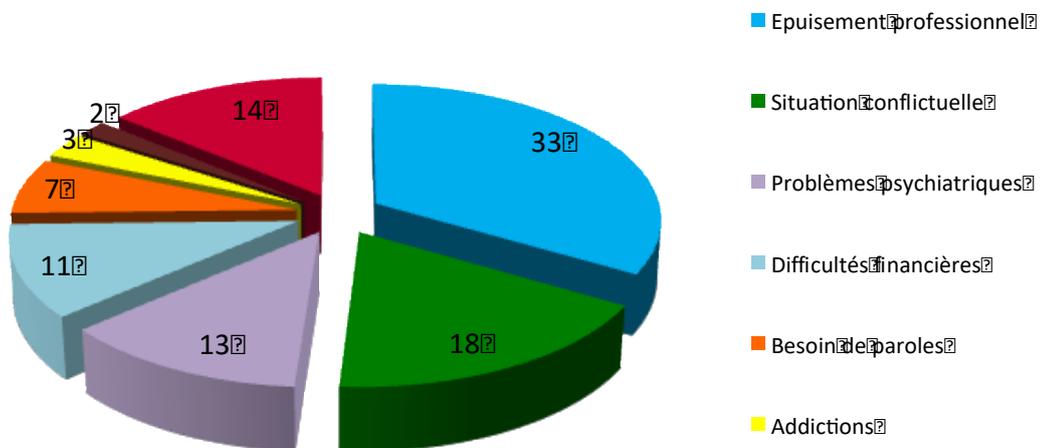
Origine hospitalière : 30%

Résultats et Analyse : il y a prédominance d'appels venant de généralistes et beaucoup de médecins hospitaliers sur l'ensemble des appels : ceci est une surprise sachant qu'ils disposent d'une médecine de santé au travail.

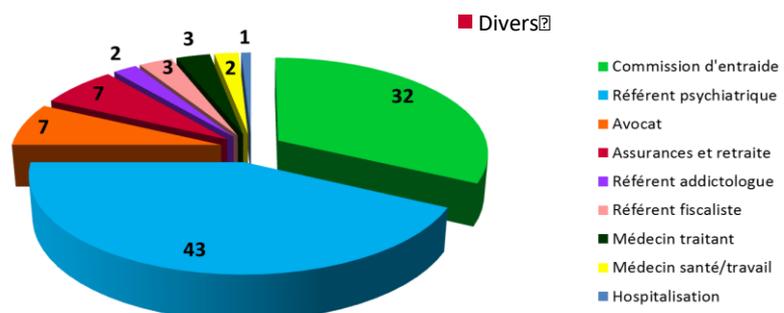
Problématique : connaissance précise des risques psychosociaux des médecins hospitaliers et salariés.

d) *Gestion des appels/mails (en %)*

Motif de l'appel :



Aide apportée :



Transmission à une personne ressources dans 70 % des cas

Analyse : les rapports individuels d'écoutes sont de contenu riche et varié, essentiellement renseignés par les confrères de soutien. Ils contiennent parfois quelques informations venant des personnes ressources : solutions médicosociales apportées par la déléguée CARMF, étude ergonomique très succincte d'un cabinet et projet d'accompagnement par le médecin de santé au travail. Les confrères de soutien communiquent sur des entretiens courts qui peuvent correspondre à une simple demande de rendez-vous chez un dermatologue (!), un besoin de parler, une recherche de solution juridique, administrative rapide. Parfois, le confrère de soutien se révèle compétent (renseignements sur les remplacements, la prévoyance, la reprise d'activité, etc). Dans sa thèse, Kristell PELTIER analyse quelques entretiens prolongés sur des situations complexes : épuisement professionnel par altération de la relation médecin patient, manque de reconnaissance d'un PH chirurgien, discrimination d'une assistante cardiologue, choc émotionnel chez un gériatre. Il s'agit alors d'une ébauche de prise en charge, qui conduit cependant le plus souvent à solliciter une personne ressource, et en aucun cas, d'accompagnement ou réinsertion du médecin appelant, apanage de la ressource.

Les comptes rendus statistiques à items très génériques reflètent mal cette richesse d'informations, donc l'activité réelle des confrères de soutien, voire des ressources. n.

Point fort : polyvalence et qualité du service public rendu : écoute par un confrère de soutien formé au conseil technique et au caring téléphonique, orientation vers un large réseau ressource compétent en accompagnement et réinsertion.

Problématiques : les confrères de soutien méritent d'être interrogés sur divers éléments :

- **Maintien de cette polyvalence par la formation continue : programmation de formations ciblées et plus techniques** notamment élaboration de fiches praticopratiques dans le domaine juridique, administratif, médicosocial.
- **Aide à l'écoute selon un guide indicatif à usage facultatif** : il permettrait une analyse plus fine de l'appel, un compte-rendu d'écoute plus diversifié en items.
- **Recueil du travail de prise en charge des personnes ressources.**
- **Affichage d'activité plus fidèle grâce à un compte-rendu statistique élaboré**, à partir des comptes rendus d'écoute des confrères de soutien et d'un compte rendu de prise en charge des personnes ressources.

B. Audit des confrères de soutien : résultats, analyse, points forts propositions d'avenir à valider

Cette seconde étape d'évaluation revient à donner la parole aux 36 confrères de soutien actuels qui sont un échantillon tout à fait représentatif des 44 confrères de soutien ayant adhéré à ASRA depuis 2012, au vues des courbes statistiques d'âge, sexe, ancienneté, activité, très peu impactées par le turnover. Il leur est rappelé l'objet d'ASRA, qui est d'« *écouter conseiller, orienter vers une personne ressource, toute consœur ou tout confrère en souffrance liée notamment à un épuisement professionnel* » et son enjeu, qui est de l'évaluer avec rigueur à travers ses acteurs, et aussi de le positionner dans l'écosystème d'entraide nationale que le CNOM met en place, et dans l'optique du congrès de l'EAPH d'avril 2017 à Paris.

Le questionnaire anonyme et confidentiel, ouvert et orienté sur les problématiques, déjà soulevées dans la première étape d'évaluation, porte sur 4 domaines : les conditions de leur engagement initial dans ASRA, leur avis général sur les procédures d'ASRA, celles-ci étant soigneusement rappelées, leur vécu d'ASRA au bout de 4 ans et, enfin, le bilan actuel de leur démarche personnelle d'auto évaluation/Commentaires libres sollicités systématiquement. Pièces jointes pour information : la charte éthique d'ASRA, la convention de partenariat avec le CNOM, les rapports individuels d'écoutes de mai 2012 à avril 2016, un compte rendu statistique ASRA d'avril 2016 (file active de 303 médecins appelants).

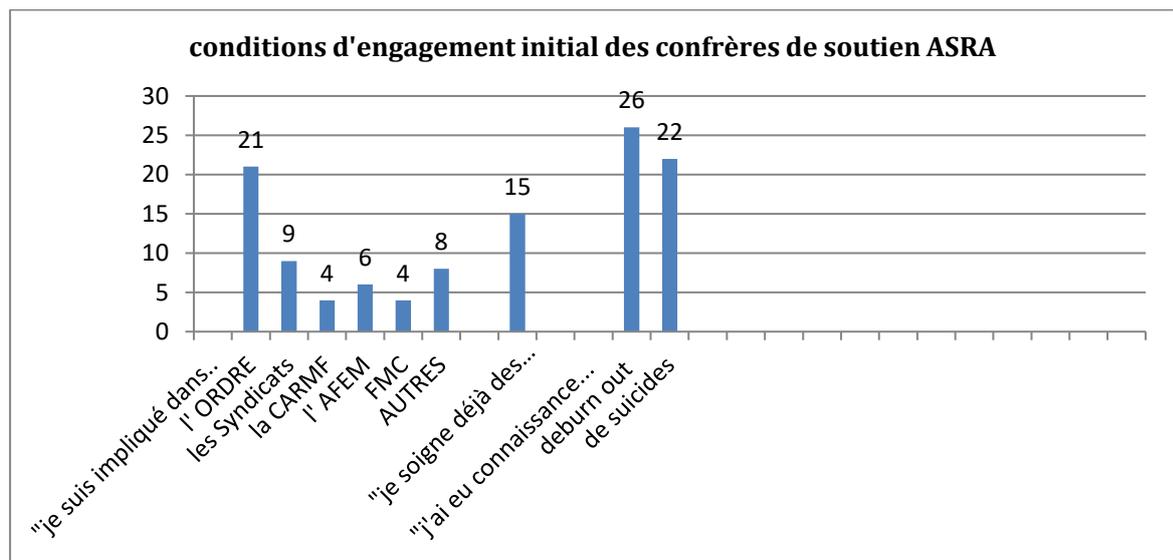
Résultats : 28 questionnaires exploitables, dont 1 partiellement venant d'un tout récent confrère de soutien, soit 78 % de retour effectif. Un questionnaire bien rempli, mais l'auteur regrettant « *tous ces rapports et questionnaires lambda* ». Un 29^{ème} questionnaire supplémentaire est revenu vierge avec un commentaire poignant sur les dégâts de la médecine administrée du futur.

Analyse : les confrères de soutien confirment des points forts, discutent les problématiques et font des propositions d'évolution à valider.

Point fort : implication des confrères de soutien dans la vie d'ASRA.

1. Conditions d'engagement initial dans ASRA

L'audit entend préciser leur profil en étudiant un contexte d'engagement.



Résultats : 58 % des confrères de soutien sont conseillers ordinaires, et très souvent membres des commissions d'entraide des CDOM, ou élus du CROM-RA, 27 % sont inscrits dans un syndicat ou élus des URPS-RA, 11 % sont délégués de la CARMF, 16 % à l'AFEM, 11 % dans la FMC et dans diverses associations.

41 % soignent déjà des confrères, 72 % ont connu un burnout dans leur entourage, 79 % ont été confrontés au suicide de confrères.

Commentaires libres : « ASRA, endroit de vraie fraternité, où se sentir utile, de partage d'expériences personnelles » ; « fréquences du burn out dans les dossiers juridiques traités par mon syndicat » ; « c'est un renvoi d'ascenseur pour l'aide apportée à mon propre burnout », « confronté aux suicides des confrères depuis l'internat » ; « connaissance de

5 suicides pour des causes favorisant de divorce et gardes d'enfants » ; « on ne peut plus laisser en rase campagne des collègues condamnés en CDPI ou suspendus en FR ».

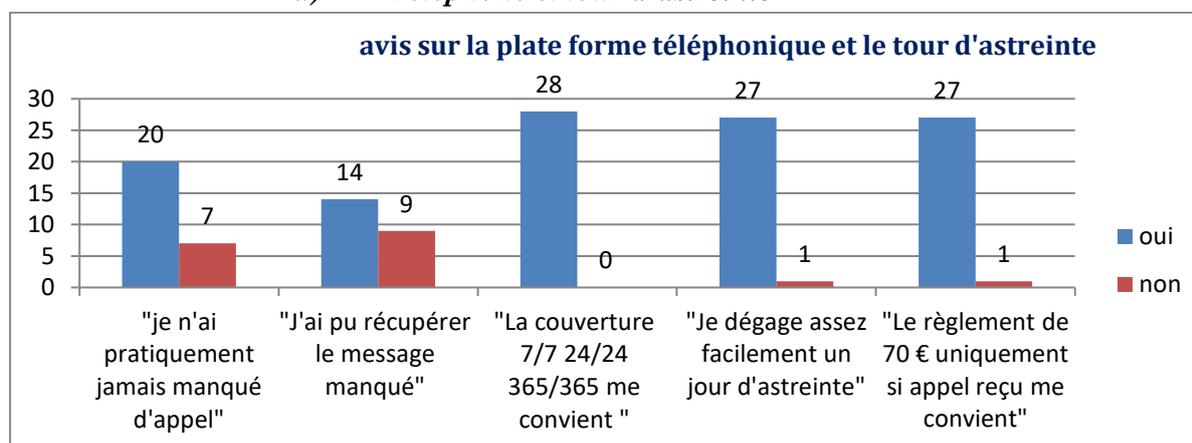
Analyse : les motivations éthiques de vivre pleinement l'article R. 4127-56 du code de la santé publique, « les médecins se doivent assistance dans l'adversité », comme de respecter le serment d'Hippocrate « j'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité », ont été certainement un préalable dans leur choix de se porter volontaires à ASRA. Leurs commentaires libres permettent d'y ajouter d'autres motivations solides : le fait de soigner des confrères, d'être sensibilisés au surmenage professionnel de leur entourage, et à des suicides de confrères.

Point fort : engagement fréquent au service des médecins et motivations éthiques solides des confrères de soutien.

2. Avis général sur les procédures d'ASRA

Il s'agit de mesurer leur degré d'appropriation des procédures statutaires d'ASRA

a) Téléphone et tour d'astreinte



Résultats et commentaires libres :

Plateforme téléphonique : 74 % des confrères de soutien ont pratiquement toujours pu répondre immédiatement (« je me libère ce jour-là, no problem », 26 % signalent des appels manqués pour diverses raisons non précisées, avec une récupération pour 60% d'entre eux : « je n'ai pas eu de message sur mon PC » ; « j'ai rappelé mais je suis tombé sur le répondeur d'ASRA » ; « Isabelle (l'assistante de direction) m'a donné le numéro ».

Tour d'astreinte : 100 % des confrères de soutien sont d'accord avec la plage horaire 7Jsur7, 24hsur24, 365Jsur365, et 98 % libèrent facilement un jour d'astreinte dans leur planning.

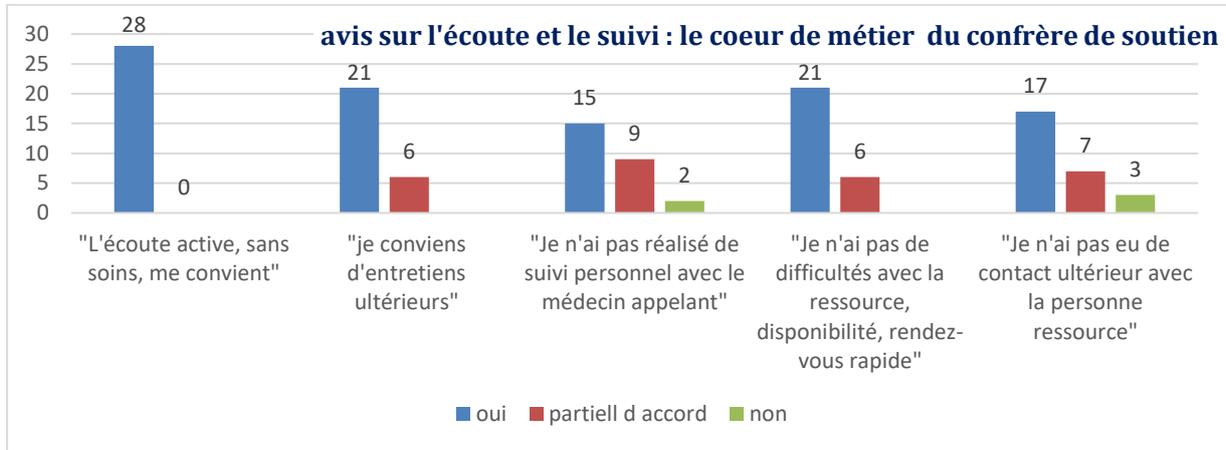
98 % admettent l'indemnité de 70 € d'astreinte seulement si appel, mais avec quelques « états d'âme » ; « peut mieux faire », « 100 Euros, ce serait bien en cas de plusieurs appels » ; « de toute manière, c'est comme ça ».

Analyse : des aménagements techniques du téléphone sont à prévoir, sans résoudre évidemment le cas d'un numéro d'appel caché. Les confrères de soutien dégagent aussi du temps libre et se révèlent bénévoles et, parce qu'il le faut bien, plutôt « mécènes ».

Point fort : la confraternité d'ASRA : « un confrère écoute un autre confrère ».

b) *Ecoute et suivi : le cœur de métier*

L'audit aborde les conditions statutaires précises de l'écoute active, sans activité de soins, sans formalisation de suivi, avec orientation vers une personne ressource.



Résultats : 100 % des confrères de soutien apprécient l'écoute active ponctuelle, sans délivrer de soins, mais 78 % conviennent parfois d'un entretien ultérieur avec le médecin appelant, 42 % répondent être partiellement d'accord et pas d'accord à la question de ne pas avoir réalisé de « suivi » du médecin appelant. Beaucoup insistent sur le soulagement et les remerciements fréquents du médecin appelant : « *je ne m'attendais pas à ça, merci beaucoup* » ; « *je prends rendez-vous* ».

78 % n'ont pas de problème pour trouver une ressource et négocier un rendez-vous rapide, 37 % répondent être partiellement d'accord et pas d'accord à la question de ne pas avoir eu de « contact ultérieur » avec la personne ressource.

Commentaires libres : « *oui pour un suivi plus élaboré* » ; « *j'aimerais savoir si ça va mieux, si ça a marché* » ; « *j'aimerais connaître si la ressource a été vue* » ; « *suites données par la ressource ?* » ; « *rappel systématique pour savoir s'il a eu l'aide dont il a besoin ?* » ; « *OK suivi ... avec l'accord du confrère appelant* ».

Analyse : les confrères de soutien se sont totalement appropriés le modus operandi d'écoute active « unique », sans prodiguer de soins. Cette orthodoxie s'accompagne cependant d'une certaine prise de liberté de suivi ultérieur, à la discrétion du médecin appelant, et volontiers d'une entente avec la personne ressource. Il apparaît surtout le désir de « connaître un peu la suite », par exemple la prise en charge du médecin appelant par la personne ressource, son indice final de satisfaction, un changement de comportement.

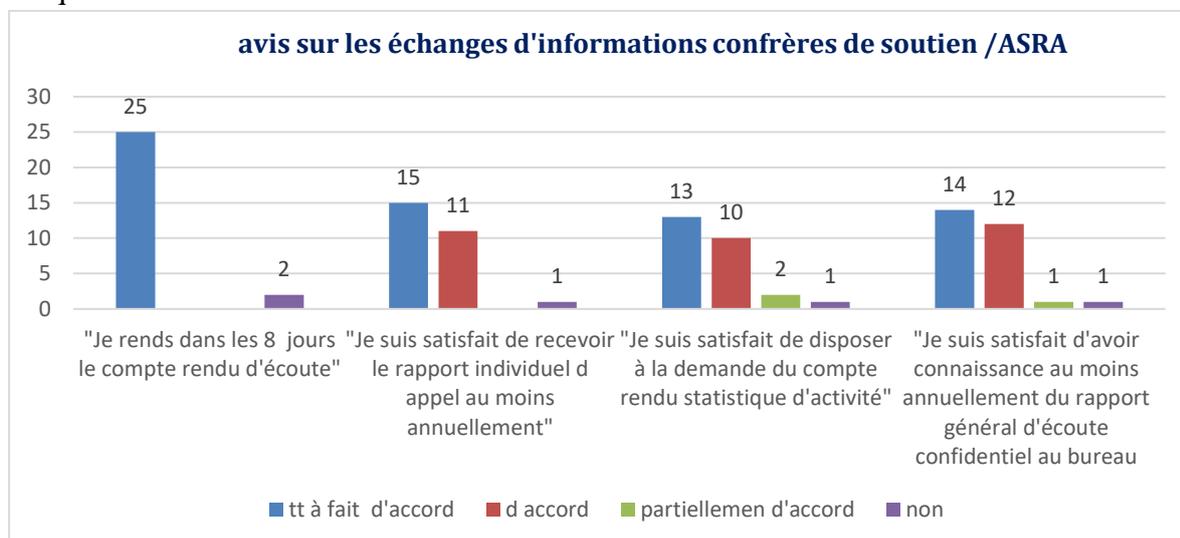
La réactivité du réseau de personnes ressources (disponibilité et rapidité de rendez-vous) est acquise. Par contre, l'évaluation ne peut porter précisément sur leur activité propre.

Point fort : **Bonne appropriation des procédures du modèle par le confrère de soutien et réactivité du réseau ressources.**

Proposition à valider : **suivi du médecin appelant à formaliser** dans le respect du secret professionnel et de l'indépendance des personnes ressources.

c) *Echanges d'informations entre confrères de soutien et ASRA*

L'audit rappelle très précisément **la forme** que revêtent les échanges entre le siège et les confrères de soutien, en ce qui concerne les comptes rendus et rapports individuels d'écoutes, le compte-rendu statistique, le rapport général d'écoutes confidentiel au Bureau, et uniquement consultable annuellement.



Résultats : 93 % des confrères de soutien restituent leur compte rendu d'écoute dans les 8 jours et 96 % sont satisfaits d'avoir facilement leur rapport individuel d'écoutes ou le compte-rendu statistique, et une fois par an seulement le rapport général d'écoute

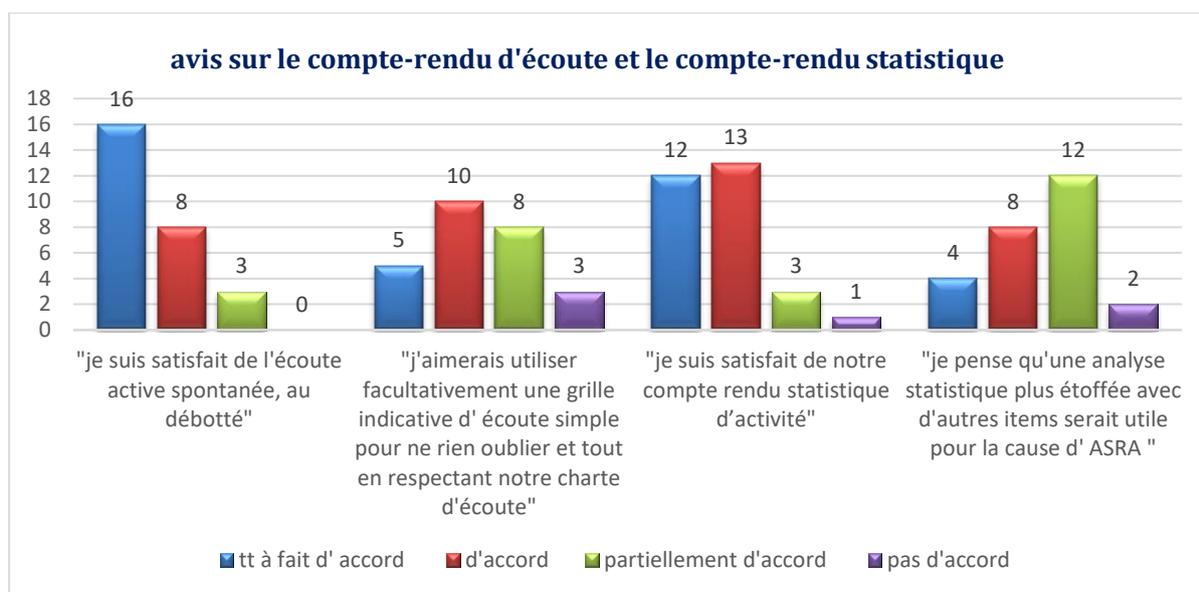
Commentaires libres : « ça va comme ça » ; « les rapports ne sont d'aucune utilité ! » ; « Meilleur échange : la formation annuelle » ; « réunion de partage d'expériences 2 à 3 fois par an » ; « rapport général deux fois par an » ; « plus intéressé par le retour et l'échange avec les autres » ; « je préfère rencontrer mes collègues pour discuter ».

Analyse : les confrères de soutien montrent qu'ils respectent tout à fait leurs engagements de communication rapide d'informations, et assez paradoxalement se contentent d'un retour seulement annuel de la part d'ASRA, du très intéressant rapport général d'écoute. En fait, les commentaires libres ouvrent plutôt **la question de fond**, moins d'avoir en mains un énième rapport, que de la connaissance du rapport général d'écoutes lors d'un échange et d'un partage avec ses pairs.

Propositions à valider : harmonisation des pratiques par partage d'expériences entre pairs confrères de soutien sous une forme à définir (rencontres atelier).

d) *Du compte-rendu d'écoute au compte rendu-statistique*

L'audit revient cette fois **sur le fond** du contenu des rapports individuels ou général d'écoutes, et du compte-rendu statistique. Il introduit la problématique d'une aide « facultative » à l'écoute avec une « grille » « indicative » permettant une analyse encore plus fine de l'appel, et celle d'un affichage statistique plus élaboré. Le guide d'autoévaluation en vigueur dans d'autres dispositifs est très évoqué en détail.



Résultats : 89 % sont toujours d'accord avec l'écoute spontanée au débotté mais 11 % partiellement d'accord. Surtout 88 % répondent qu'ils sont tout à fait d'accord à partiellement d'accord avec une grille d'écoute qualifiée a priori de : « simple, indicative, pour ne rien oublier, en restant fidèle à la charte ». 86 % sont d'accord avec le contenu de l'analyse statistique actuelle, mais 13 % partiellement d'accord et pas d'accord. 46 % pensent que l'analyse statistique pourrait être étoffée.

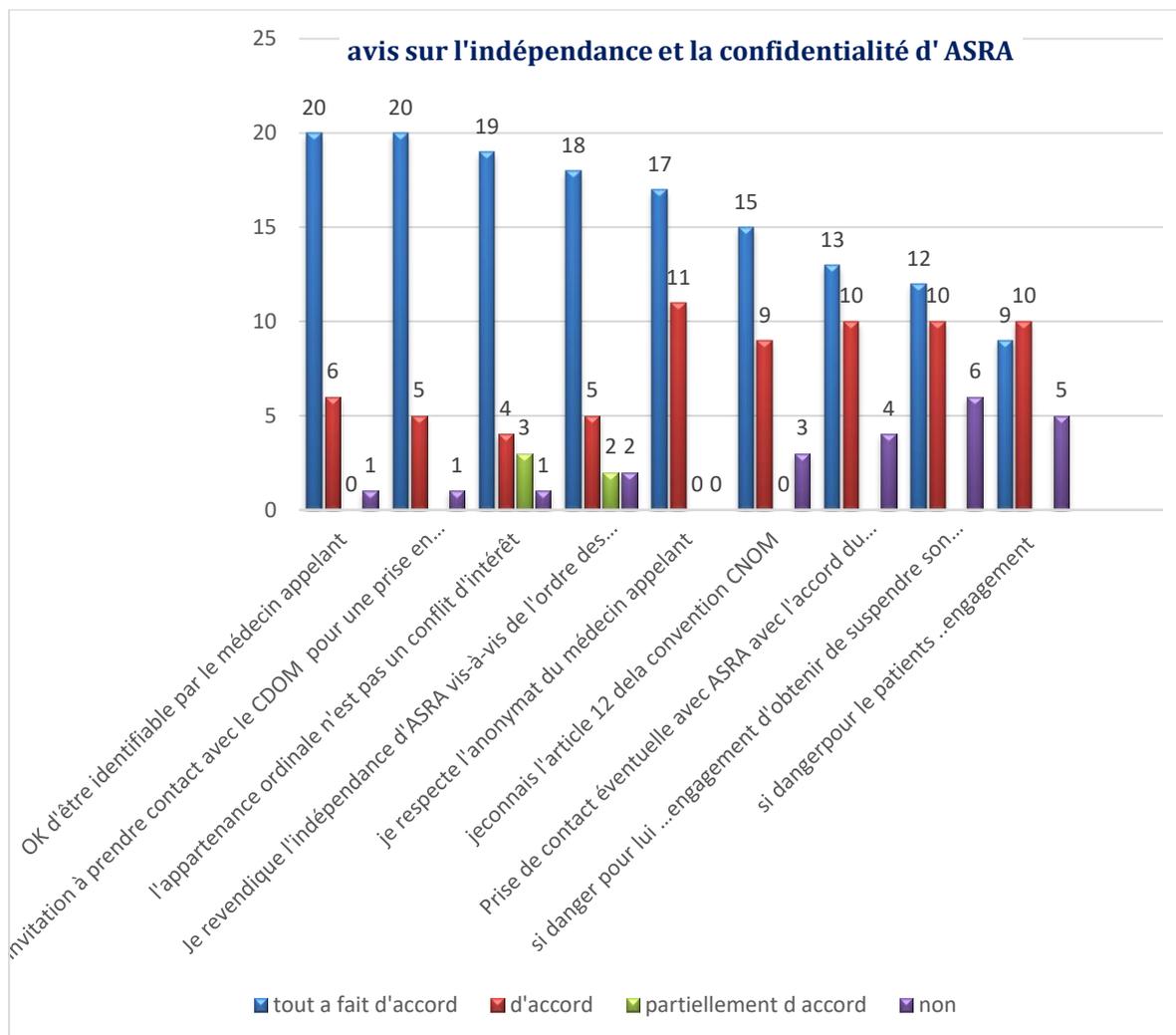
Commentaires libres : « l'écoute fait le charme du dispositif » ; « le compte-rendu n'est pas assez exploité, c'est une vraie mine sur la vie des appelants » ; « grille très simple mais pas trop longue pour ne pas rebuter les médecins de soutien » ; « difficile en pratique de rester stylo en main, check-list en main ?, à apprendre par cœur, et si appel pedibus, ou en voiture pas facile facile » ; « la grille amoindrirait le caractère libre et spontané de l'échange avec le confrère » ; « pourquoi pas un guide comme en Poitou-Charentes ? » ; « pourquoi pas s'inspirer du guide d'autoévaluation de MOTS ? ».

Analyse : les confrères de soutien ne sont pas contre un aménagement prudent de leur écoute spontanée avec un **guide**, le terme de grille étant finalement peu approprié, s'inspirant du canevas du modèle de POITOU CHARENTES, ou du guide d'auto évaluation de MOTS qui balaye le test MBI, Malash Burn Inventory (accomplissement personnel, dépersonnalisation, épuisement professionnel), l'organisation du travail, la relation médecin patient, les relations professionnelles, la vie privée et les relations sociales, la santé mentale (risques suicidaires), la santé physique, le bouclier prévoyance retraite. La problématique soulevée dans la première partie de l'évaluation est donc confirmée par les médecins de soutien.

Propositions à valider : aide à l'écoute par un guide indicatif d'usage facultatif.

e) *Indépendance et confidentialité*

L'audit rappelle le financement d'ASRA, sa charte éthique et ses rapports avec le CNOM par une convention de partenariat qui vaut charte d'entraide.



Résultats : les confrères de soutien, dans tous les cas, sont d'accord pour s'identifier auprès du médecin appelant, l'inverse étant en fait aussi très fréquent, l'inviter à prendre contact avec un CDOM, respecter son anonymat. 85 % trouvent que l'appartenance ordinale n'est pas un conflit d'intérêt et 82 % que l'indépendance du dispositif est nécessaire vis-à-vis des financeurs et aussi de l'Ordre. Il faut surtout reconnaître des réponses négatives, mais rares, aux questions portant sur la connaissance de l'article 12 de la convention du CNOM, pourtant fournie en pièces jointes, quant à la conduite à tenir avec un médecin dangereux pour lui et ses patients, et la solution d'en référer éventuellement à ASRA.

Commentaires libres : « *Je négocie le degré de transparence du demandeur* » ; « *tout est question de relationnel et de communication* » ; « *anonymat total pour conserver ASRA* » ; « *à l'Ordre on sait se déporter, et on sait se taire !* » ; « *pas question d'être trop ciblé Ordre* » ; « *je m'engage, je m'engage...c'est un peu contraignant* » ; « *en cas de danger, c'est bien d'en référer à ASRA* ».

Analyse : la philosophie du modèle ASRA sur la **confidentialité** est partagée par la majorité des confrères de soutien :

- « Suggérer sans imposer », le médecin appelant d'une démarche volontaire auprès de l'entraide ordinaire CDOM ou CNOM surtout en cas de problèmes financiers, au besoin en l'aidant dans ses démarches de prise de contact ou de remise de documents. Il est intéressant de noter que l'appartenance ordinaire n'est pas ressentie comme un conflit d'intérêt pour des raisons précisément de culture ordinaire du secret ancrée en chacun.

- « S'efforcer de le convaincre d'arrêter son activité en cas de danger pour lui et ses patients, et de solliciter du président de son CDOM une mesure de protection ».

- « Informer éventuellement ASRA » avec l'accord du médecin appelant dans des cas difficiles pour faciliter une démarche d'entraide globale, l'article 4 du code de déontologie balisant de toute manière toute procédure. Le questionnaire a peut-être été entendu par certains comme voulant aborder le « signalement » au sens de l'Ordre de Catalogne.

L'indépendance institutionnelle du modèle est aussi majoritairement revendiquée, par rapport aux financeurs évidemment, mais aussi à l'Ordre naturellement, réputé chargé d'une mission disciplinaire et de contrôle des compétences. Il s'agit d'afficher un simple « adossement » logistique à l'Institution ordinaire.

Points forts : confidentialité et secret médical, indépendance institutionnelle.

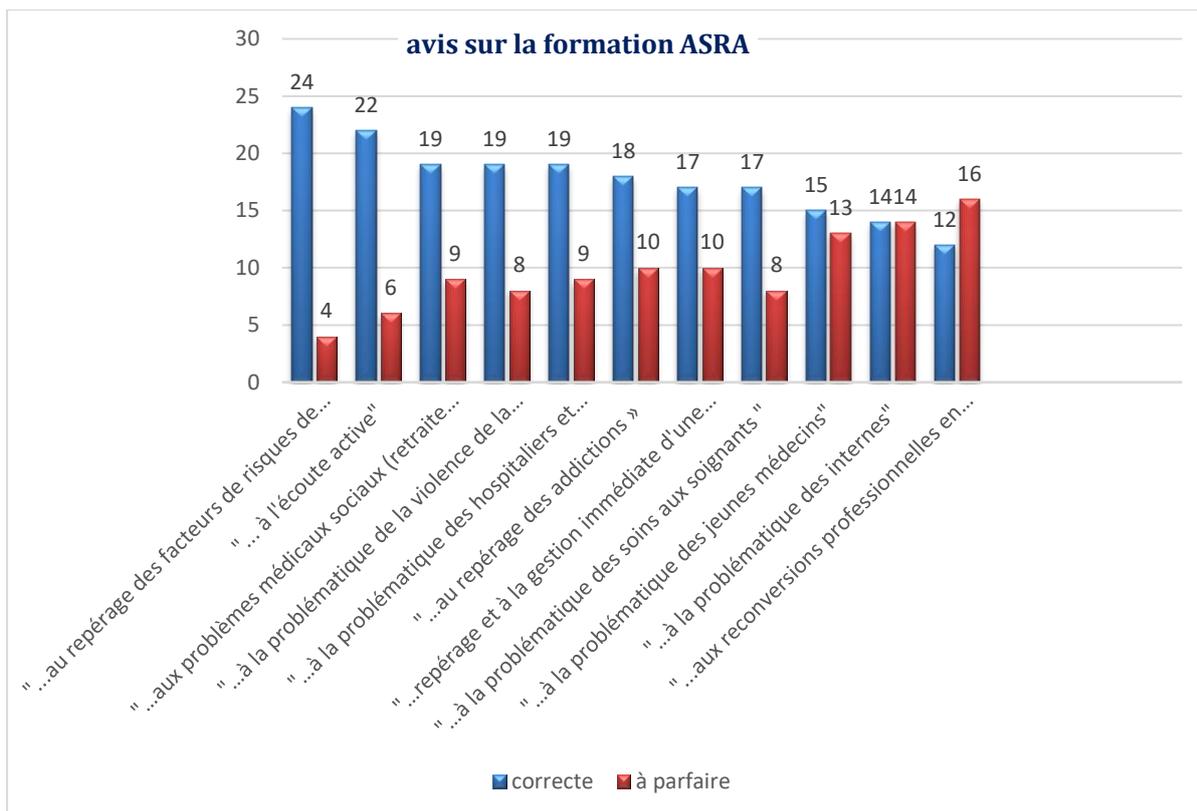
Proposition à valider : mise au point sur le devoir d'ingérence confraternelle concernant les confrères de soutien et les confrères ressources.

f) Formation des confrères de soutien ASRA

L'audit rappelle en préambule aux confrères de soutien que l'image de marque d'ASRA est aussi celle d'un « médecin bien formé au bout du fil » et entend faire le point sur leur ressenti de la formation.

Résultats et analyse : les confrères de soutien se sentent bien formés dans ce qui fait leur cœur de métier : l'écoute active, et le repérage des facteurs de risques de burnout qui représente le tiers des appels. Leur profil ordinal peut les aider notamment dans le domaine de la violence et de la sécurité, les relations entre confrères, la prévoyance, les modalités de l'entraide financière, le surendettement, les cotisations impayées, mais ils sont toujours demandeurs de formation sur la gestion de la crise suicidaire, le repérage des addictions, les soins aux soignants, la problématique des jeunes médecins, les problèmes de reconversions en libéral comme à l'hôpital. Un exposé sur le CNG, Centre National de Gestion des carrières hospitalières, serait utile à cet égard.

Commentaires libres : « Elargir l'information sur des problèmes spécifiques par d'autres réunions ou ateliers » ; « je suis moins proche des hospitaliers » ; « 3 cas de décès de confrères en cabinet de groupe, les autres associés n'ont rien vu venir » ; « réentendre le brevet de secourisme psychique du Pr TERRA » ; « le DIU de formation aux soins des soignants, ça forme bien ».



Point fort : formation continue des confrères de soutien.

Propositions à valider : Pour garder la polyvalence de l'écoute, la qualité du service rendu, l'harmonisation des pratiques, en plus de la notion déjà évoquée de partage d'expériences entre pairs,

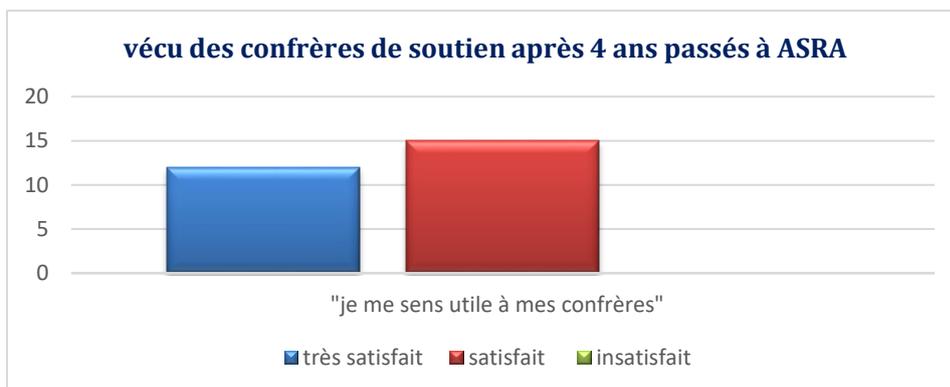
- **Formations ciblées** : risques psychosociaux des médecins hospitaliers et salariés, problématique des jeunes médecins, des internes, repérage des addictions, de la crise suicidaire, reconversions.

- **Focus pratiques dans le domaine administratif, juridique médico-social.**

- **Le DIU de « soins aux soignants »** à privilégier à tour de rôle comme tutorat de niveau universitaire.

3. Vécu général d'ASRA au bout de 4 ans

L'audit entend apprécier le sentiment d'utilité qu'éprouvent les confrères de soutien en adéquation avec leur engagement initial et leurs 4 ans d'activité à ASRA.



Commentaires libres : « Isabelle B (l'assistante de direction) y est pour beaucoup, avenante gentille » ; « impression d'avoir été utile » ; « ASRA m'a appris beaucoup de choses à propos du mal être du médecin » ; « très satisfait avec un zeste narcissique, des remerciements majoritaires très chaleureux feraient penser que nous ne sommes pas mal » ; « ne changeons rien ce serait compliqué mais il faut communiquer » ; « de moins en moins d'appels, dommage » ; « Il faut améliorer cette expérience qui vient du néant avec la formation ».

Point fort : sentiment d'utilité lucide et prudent après 4 ans passés à ASRA.

4. Auto évaluation personnelle

L'audit précise enfin que « prendre soin des autres » suppose de « prendre soin de soi » et qu'une démarche personnelle d'autoévaluation est bien naturelle. Il s'agit pour le confrère de soutien d'apprécier la connaissance de ses propres risques professionnels et de son autonomisation en tant que personne, professionnel, soignant. Une grille classique d'items de risques très simplifiée lui est communiquée, à lister mentalement en facteurs positifs ou en facteurs négatifs. Il s'agit ensuite de répondre à des questions très générales : « je gère bien ma santé », « je gère bien ma formation pratique ».

Les résultats : ils ne concernent pas stricto sensu l'évaluation de la veille confraternelle et figurent en annexe pour information. On note que tous les confrères de soutien admettent ainsi, à des degrés divers, plutôt bien gérer leur équilibre émotionnel, bien que 40 % disent ne pas avoir rempli au moins une fois le MBI, ou leur prévoyance personnelle et familiale. 25 % admettent ne pas s'occuper parfaitement de leur santé. Ils se considèrent comme bon professionnel, et bon soignant.

Commentaires libres : « Cette auto évaluation est peut-être présomptueuse mais c'est mon vécu » ; « avant ma retraite, j'étais sous pression » ; « je me sens très aidé par mes suites d'accidents et l'aide reçue par le psy en temps voulu » ; « un idéal, avoir assez de temps, vie professionnelle enrichissante, vie familiale, culture et loisirs ».

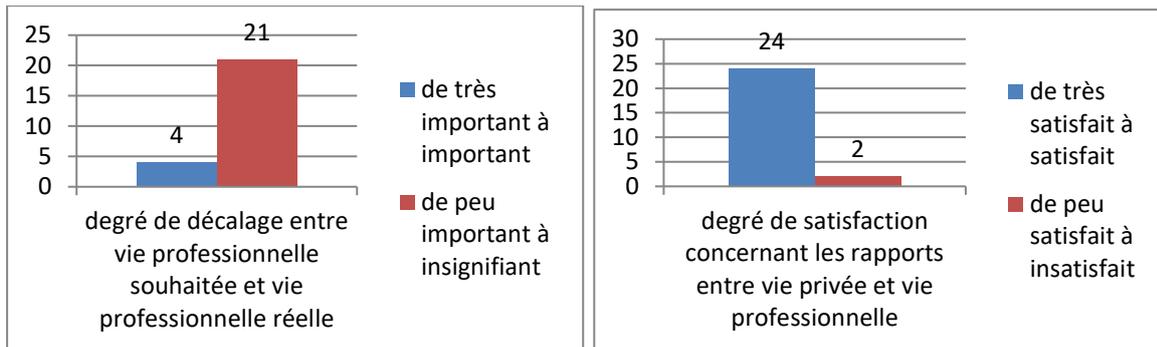
Analyse : il ne peut s'agir ici que d'une modeste approche comportementale des confrères de soutien, mais c'est l'occasion pédagogique de leur rappeler les items d'un guide d'analyse ergonomique et psychosociale qu'ils pourraient adopter dans un guide à l'écoute, et surtout de les informer sur l'étape obligée d'autoévaluation proposée aux étudiants du DIU de « soins aux soignants », dans un esprit de supervision de tout confrère engagé dans une activité de soutien psychologique.

Proposition à valider : autoévaluation et démarche de supervision.

5. Qualité générale de vie professionnelle et vie personnelle

L'audit insiste enfin sur leur perception générale de bien-être dans la vie personnelle et professionnelle.

Analyse : les confrères de soutien déclarent de bons indicateurs d'équilibre de vie professionnelle et personnelle, avec un **bon profil de savoir-faire et de savoir être.**



IV. SYNTHÈSE SUR L'EXPERIENCE PILOTE DU MODELE ASRA

C'est **l'évaluation d'une expérience pilote** menée depuis 4 ans par le CROMRA et les UPRS-AURA à propos d'un **modèle d'entraide régionale ASRA**, à l'échelle de 27 500 médecins, toutes spécialités et modes d'exercices confondus.

Elle a porté essentiellement sur l'étude **de la veille confraternelle des confrères de soutien**

L'analyse de données statistiques a d'abord dégagé des points forts et soulevé certaines problématiques. Un audit des confrères de soutien a permis ensuite de recueillir leurs avis, confirmant ces points forts et faisant des propositions d'avenir à valider.

A. Points forts

Pour le médecin appelant

- **Confraternité** : un confrère écoute un autre confrère.
- **Commodité de l'appel** : numéro unique, appel gratuit 7Jsur7, 24hsur24, 365Jsur365, ou par mail, écoute immédiate, sans limite de durée, accès à une ressource dans les 72 heures.
- **Qualité du service public rendu** : retours de satisfaction lors de chaque entretien.
 - **Polyvalence de l'écoute des confrères de soutien** allant du conseil technique au caring téléphonique.
 - **Orientation vers un réseau éclectique de personnes ressources** permettant l'accompagnement et la réinsertion professionnelle.
- **Confidentialité et respect du secret professionnel.**

Pour ASRA

- **Fiabilité des acteurs** :
 - **Confrères de soutien** : **stabilité** en effectif et ancienneté ; **profil** de senior généraliste libéral en activité, retraités, consœurs ; **engagement** au service de la profession, ordinal, syndical, associatif ; **motivations éthiques** ; **appropriation des procédures du modèle** ; **vécu positif et bonne implication dans la vie d'ASRA** ; **savoir être.**
 - **Personnes ressources** : réactivité, pluralité, efficacité notamment des cellules d'entraides ordinaires, des psychiatres, des médecins de santé au travail.

- **Formation continue.**
- **Indépendance institutionnelle.**
- **Gestion économique.**

B. Prospective

- **Harmonisation des pratiques des confrères de soutien :**
 - **Guide d'écoute** indicatif (canevas de POITOU CHARENTE).
 - **Partages d 'expériences entre pairs.**
 - **Formations ciblées :** repérage et prévention des addictions, du risque suicidaire, des psychosociaux en milieu hospitalier et salarié, problématique des jeunes médecins : internes et étudiants, reconversions, fiches praticopratiques dans les domaines administratif, juridique, médicosocial.
 - **Tutorat universitaire par le DIU de « soins aux soignants ».**
 - **Démarche d'autoévaluation et de supervision.**
- **Suivi des médecins appelants :** recueil formalisé de leur prise en charge par les personnes ressources dans le respect du secret professionnel.
- **Politique de communication :**
 - **Lobbying, entrisme en faculté, affichage statistique élaboré.**
 - **Esprit ASRA :** Philosophie de la communauté des acteurs d'ASRA dans leur démarche de service public : disponibilité, appropriation des procédures, formation (partage d'expériences notamment).
 - **Ecosystème d'entraide du CNOM** et son sillon médiatique.

V. CONCLUSION

Le modèle ASRA offre aux professionnels de santé en difficulté, demandeur de conseils et d'aide, une **aide pertinente en termes de qualité de service public rendu**, selon l'évaluation de la veille confraternelle de ses confrères de soutien au bout de 4 ans, qui a concerné une file active de 303 médecins appelants. Elle confirme des points forts et permet une démarche prospective dans l'intérêt des médecins appelants.

Le modèle constitue une **interface de premier recours commode pour une écoute immédiate d'un médecin par un confrère formé, et une orientation rapide à diverses ressources compétentes en accompagnement et réinsertion professionnelle.**

Le modèle peut avoir une place au côté d'autres dispositifs dans **l'écosystème d'entraide ordinale nationale** que le CNOM a pour mission d'établir.

Docteur Jean-Michel NAVETTE

VI. BIBLIOGRAPHIE

- AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de Santé & Médecins Libéraux. [En ligne]. <https://www.aapml.fr>
- AFEM : Aide aux Familles et Entraide Médicale. [En ligne]. <https://www.info@afem.net>
- ANAPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. [En ligne]. <https://www.anpaa.asso.fr>
- APSS : Association Pour les Soins aux Soignants. [En ligne]. <https://www.apss-sante.fr>
- ASRA : Aide aux Soignants de Rhône-Alpes. 0805 62 01 33. contact@reseau-asra.fr. [En ligne]. <https://www.reseau-asra.fr>
- BEZ Nicole, dir., 2009. *Enquête sur la sécurité en médecine générale en Rhône-Alpes*. Lyon : CAREPS URMLRA.68p. Etude.
- CAHN Gilles, dir., 2015. *Le médecin malade ou en burnout*. Montrouge : John Libbey Eurotext Limited. p.387-443. Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques. Vol.11, N°9.
- CANOUI Pierre, MAURANGES Aline, 2008. *Le burnout à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Paris : Editions Elsevier Masson. 240 p.
- CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. [En ligne]. <https://www.carmf.fr>
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr>
- CROM-RA : Conseil Régional de Rhône-Alpes de l'Ordre des Médecins. [En ligne]. <https://www.cromra.fr>
- DELBROUCK Michel, 2008. *Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles : Éditions De Broeck. 280p.
- ELLENA Virginio, dir., 2015. *La santé du médecin*. Paris : CNOM, 43 p. Rapport de la commission nationale permanente.
- ESTRYN-BEHAR Madeleine, 1997. *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, reconnaissance, analyse et prévention*. Paris : Editions Estem. 245 p.
- ESTRYN-BEHAR Madeleine, *étude PRESS-NEXT, promouvoir en Europe la santé et la satisfaction des soignants au travail*. [En ligne]. <https://www.presst-next.fr/presst/>
- ESTRYN-BEHAR Madeleine, *étude SESMAT, santé et satisfaction des médecins au travail*. [En ligne]. <https://www.presst-next.fr/pdf/sesmat>
- GALAM Éric, LEOPOLD Yves, 2008. Dossier le burnout : épuisement des médecins en parler ! *Le concours médical*, tome 130, n°8, p. 393–405.
- GALAM Éric, 2012. *L'erreur médicale, le burnout et le soignant : de la seconde victime au premier acteur*. Paris : Springer.328 p. Collection progrès en sécurité des soins.
- GPM : Groupe Pasteur Mutualité. *Vulnérabilité et Souffrance du Soignant*. [En ligne]. <https://www.souffrancedusoignant.fr ; www.martine.pacault-cochet@gpm.fr>
- GRAU COPPIETERS Fanny, 2012. *Étude de faisabilité de service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon* : université Montpellier I. Thèse de Médecine générale.
- IMHOTEP: Association de Médecine Préventive pour les médecins libéraux de Haute-Normandie. [En ligne]. <http://imhotep.hn.blogspot.fr/>
- KEZACHIAN Bruno, 2014. Comment allez-vous Docteur ? INTER.MED, vers une médecine préventive pour les médecins libéraux dans le Gard et le Vaucluse. *Le quotidien du médecin*, N° 9374, p.14.
- LEOPOLD Yves, 2003. *Les chiffres du suicide chez les médecins*. Paris :CNOM, rapport.
- LERICHE Bertrand, dir., 2008. *Le médecin malade*. Paris : CNOM, 81 p. Rapport de la commission nationale permanente.
- LE TOURNEUR Antoine, KOMLY Valérie, 2011. *Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine* : Université de Grenoble : thèse de médecine générale.
- MOTS : Organisation du Travail et Santé du Médecin. 0608. 282.589. [En ligne]. <http://www.association-mots.org>
- MOURGUES Jean Marcel, dir., 2016. *La santé des étudiants et jeunes médecins*. Paris : CNOM, 99 p. Rapport de la commission jeunes médecins–section santé publique et démographie médicale.

NOUGER F, 2004. *Les médecins généralistes de santé, ou « Docteur comment prenez-vous en charge votre santé ? » Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne : Poitiers* : thèse de médecine générale.

PAIMM. Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade. [En ligne]. <http://www.fgalatea.org>

PAMQ. Programme d'Aide aux Médecins du Québec. [En ligne]. <http://www.pamq.org>

PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé. [En ligne]. <http://www.rhonealpes.paps.sante.fr>

PELTIER Kristell, 2016. *Expérience de réseau d'aide aux soignants, ASRA, bilan après quatre ans de fonctionnement* : université de Bordeaux : thèse de médecine générale.

REMED : réseau de soutien pour les médecins de la fédération des médecins suisses. [En ligne]. <http://www.fmh.ch/fr/services/remed.html> ; www.swiss-remed.ch ;

ROBELET Magali, LAPEYRE Nathalie, ZOLELIO Emmanuelle, 2006. *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux*. Rapport pour le CNOM. 85 p.

TRUCHOT Didier, 2004. *Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes*. URML Poitou-Charentes. Etude.

TRUCHOT Didier, 2002. *Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne*. URML Champagne-Ardenne. Etude

URPSRA : Union Régionale des Professionnels de Santé de la Région Rhône-Alpes. [En ligne]. <https://www.urps-med-ra.fr>

ANNEXE 1 : ABREVIATIONS

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

AFEM : Aide aux Familles et Entraide Médicale

APSS : Association pour les Soins aux Soignants

ARS : Agence Régionale de Santé

ASRA : Aide aux Soignants de Rhône-Alpes

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

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

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

FAS : Fonds d'Action Sociale

FMC : Formation Médicale Continue

GPM : Groupe Pasteur Mutualité

MOTS : Médecin Organisation Travail Santé

PAIMM : Programme d'Aide aux Médecins Malades

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

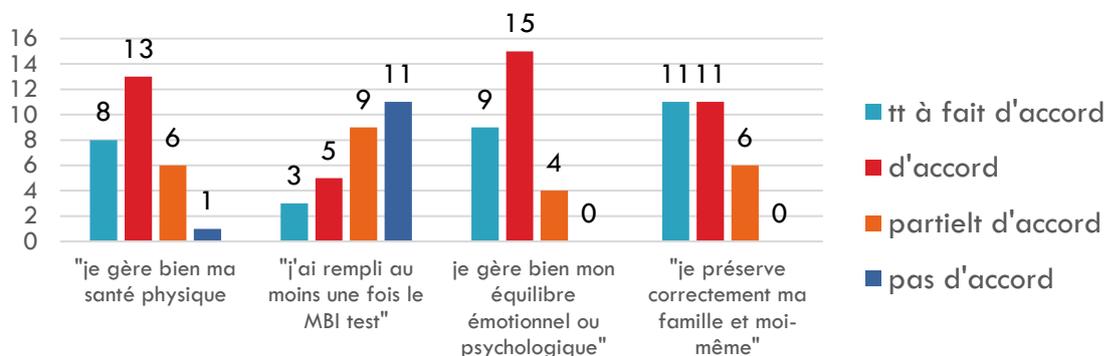
PAPS Auvergne Rhône Alpes : Portail d'accompagnement des professionnels de santé Auvergne Rhône Alpes

URML : Union Régionale des Médecins libéraux

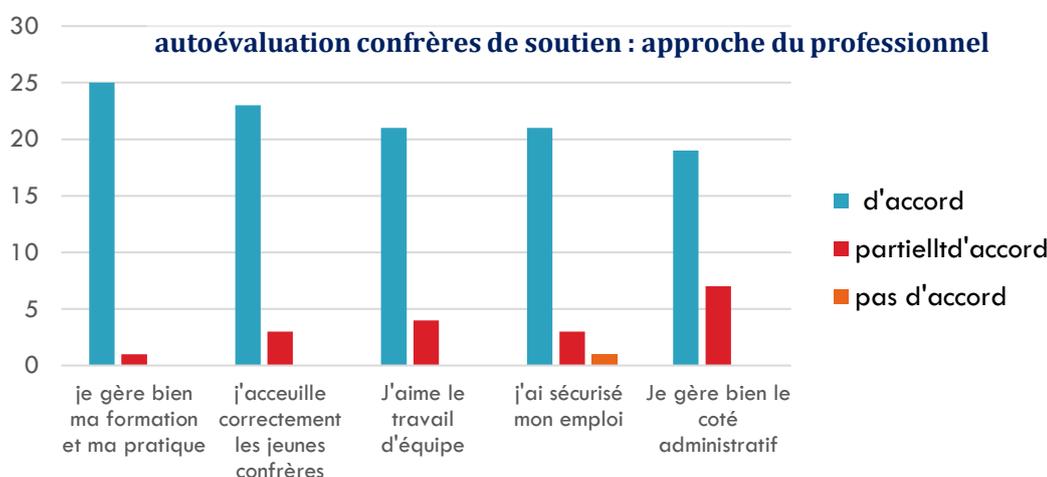
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ANNEXE 2 : RESULTATS DE L'AUTOEVALUATION DES CONFRERES DE SOUTIEN (extraits)

autoévaluation confrères de soutien : approche de la personne



autoévaluation confrères de soutien : approche du professionnel



autoévaluation confrères de soutien : approche du soignant

