



JOURNEE DE FORMATION INTERACTIVE

Des médecins de soutien d'ASRA

Vendredi 26 juin 2026

COMPTE-RENDU

Mot d'accueil du Docteur Jean-Michel NAVETTE, Président du Réseau ASRA

Chers membres de l'Association ASRA, chers collègues qui allez assurer cette formation annuelle, Chers invités,

Je vous souhaite la bienvenue au sein du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins AUVERGNE-RHONE-ALPES en remerciant de son accueil bienveillant son président, Philippe VITTOZ, qui nous héberge depuis nos débuts.

Nos médecins de soutien assurent bénévolement des astreintes 24/24 7/7 avec une écoute active de tous soignants en difficulté. Il leur faut connaître les risques psychosociaux liés aux métiers du soin, apprécier le profil de vulnérabilité au stress de chaque appelant et poser l'indication partagée d'un bilan neuropsychologique, voire d'une exfiltration en unité de soins en santé mentale.

Cette journée de formation permettra d'enrichir cette réflexion grâce aux interventions de plusieurs collègues ressources que nous remercions vivement :

- *Le Docteur Magalie BRIANE, qui évoquera l'accueil et l'accompagnement des soignants en souffrance psychologique à la Clinique « Mon Repos » d'ÉCULLY,*
- *Le Professeur Jean-Louis TERRA, de Psy PRO LYON qui partagera son expérience autour des raisons d'espérer après burnout,*
- *Nous vous présenterons le bouquet d'outils ressources ordinales à disposition des Médecins de soutien d'ASRA, le Docteur Valérie LACROIX, Présidente de la Commission nationale d'entraide, du CNOM n'ayant pu se libérer.*

Cette formation réservera également un temps d'échanges précieux, dans un esprit de partage d'expérience, autour des situations complexes rencontrées lors des astreintes.

Je vous souhaite donc à toutes et à tous une excellente journée de formation, placée sous le signe de l'entraide entre soignants.

Dr JM NAVETTE Président d'ASRA

Intervention du Dr Magali BRIANE, Psychiatre de la Clinique « Mon Repos » (Ecully) :



« Le Burn Out des Professionnels de Santé : principes d'intervention thérapeutique pour accueillir et accompagner la souffrance psychologique des soignants. »

Le Dr Magalie BRIANE, nous fait part de son retour d'expérience du dispositif thérapeutique groupal « par paliers », dédié à la souffrance des professionnels de santé, qu'elle a créé et développé à la clinique « Mon Repos » d'Ecully. Elle en est actuellement le médecin coordonnateur, en lien avec une équipe de psychologues.

Elle constitue pour nos MSA, une ressource privilégiée d'accompagnement (MAA) de professionnels de santé en souffrance mentale.

Son diaporama est à disposition sur demande à notre secrétariat.

1. Présentation du dispositif

- Création en 2018
- File active de > 500 soignants depuis 2018
- Prise en charge très rapide, avec évaluation initiale dans les 8 jours, sur demande d'un MSA : signalement direct accepté, priorité à la confidentialité
- Fréquence type de prise en charge : 3 demi-journées par semaine en hôpital de jour
- Durée moyenne du parcours de soins par paliers de 3 mois à 12 mois, pouvant aller jusqu'à 2 à 3 ans selon la sévérité des symptômes
- Prise en charge en secteur 1 sans dépassements d'honoraires et sans reste à charge
- Périmètre géographique accepté parfois étendu (Clermont-Ferrand, Saint-Étienne) selon capacité d'accueil et sur justification
- Dispositif « artisanal » à ressources limitées... mais possibilité de former d'autres équipes.

2. Vulnérabilités spécifiques des soignants

- Dès 2015, à son arrivée à la clinique « Mon Repos », prise de conscience du nombre élevé de soignants en grande souffrance avec notamment retard structurel d'accès aux soins de psychiatres ou de psychologues (délai, coût) et besoin peu satisfait d'un accueil confidentiel et adapté.
- Profil fréquent : empathie élevée, hypersensibilité, tendance à la « sur-responsabilité », perfectionnisme, passé personnel douloureux fréquent.
- Processus psychologiques récurrents : évitement expérientiel, rumination mentale, difficultés de régulation émotionnelle, croyances métacognitives, schémas précoces inadaptés.



- Comorbidités : dépressions, troubles anxieux, troubles bipolaires (diagnostic souvent tardif), troubles addictifs (accès facilité aux substances dans certains services), traumatismes secondaires et vicariants / fatigue compassionnelle.

3. Modalités thérapeutiques choisies

- Il s'agit d'une **approche trans diagnostique inspirée des TCC, processuelle** (process-based CBT) pour cibler les processus communs plutôt que des catégories diagnostiques strictes.
- **Structurée en groupes** : ce format groupal est adapté au fonctionnement de l'hôpital de jour et apprécié pour sa puissance thérapeutique
- Ceci permet de prendre en charge des profils variés, simultanément, en ciblant les processus communs (par exemple évitement, rigidité psychologique).

4. Graduation du soin selon un PROGRAMME PAR PALIERS

Il est tout à fait adapté aux soignants en souffrance qui arrivent souvent dans un état émotionnel et cognitif trop perturbé pour bénéficier immédiatement d'une psychothérapie classique.

- **Palier 0** : Le problème est d'abord identifié avec une analyse fonctionnelle initiale (évitement expérientiel, rumination, et surcharge émotionnelle...), une identification des besoins, et l'attribution d'un référent psychologue pour le parcours.
- **Palier 1** : stabilise et régule l'émotionnel en premier lieu : gestion de crise, apaisement (relaxation, techniques variées adaptées individuellement), stabilisation, construction d'une alliance thérapeutique.
- **Palier 2** : fournit de la psychoéducation pour comprendre et normaliser l'expérience : cours magistraux mais aussi ateliers sur la souffrance des soignants, la gestion du stress et de l'anxiété, le sommeil, les diverses thérapeutiques associées.
- **Palier 3** : travail sur la flexibilité psychologique, le remaniement comportemental et l'engagement (techniques d'ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement)).
- **Palier 4** : propose un travail approfondi sur l'auto compassion, l'estime de soi, a recours à des thérapies de schémas si nécessaire, comme le protocole unifié de Barlow pour régulation émotionnelle.
- **Palier 5** : modules transversaux : activités physiques avec un psychologue sportif focalisé interoréception, remédiation cognitive (troubles neurocognitifs post épuisement), réentraînement au travail, module retour à l'emploi.

5. Validation scientifique

Des études en cours visent désormais à formaliser et valider statistiquement l'efficacité des outils thérapeutiques utilisés (TCC ACT protocole unifié, remédiation cognitive, psychoéducation validée,



techniques de relaxation) et à documenter plus précisément les facteurs individuels et organisationnels.

Il existe ainsi une collaboration avec les services de santé au travail de Lyon et le service de médecine du travail de Saint-Gilles de François ; et sont menées des études comparatives entre soignants en souffrance suivis en santé du travail ou par d'autres professionnels.

Diffusion et formation à ce modèle groupal dans d'autres équipes à Marseille à Nantes.

Résultats statistiques en attente.

6. Retours patients

- Satisfaction : On entend certains dire : « pourquoi ne nous a-t-on pas dit tout ça plutôt ? »
- **Reprise du même poste professionnel dans le 1/3 des cas, changement de poste mais toujours dans le soin dans 1/3 des cas, arrêt de l'activité soignante dans le dernier 1/3.**
Ces chiffres sont à confirmer par les études en cours.

7. Conclusion

L'objectif principal est bien de permettre au patient « de reprendre une vie qui a du sens » plutôt que de forcer un retour à poste un identique si inadapté.

Le MSA qui adresse un soignant en difficulté à la clinique « Mon Repos », le fait entrer dans un processus de réponse structurée, trans diagnostique, graduée à sa souffrance psychologique.

L'approche groupale, la rapidité d'accès, l'absence de reste à charge, et l'intervention ciblée sur des processus psychologiques, en font un modèle apprécié par les patients et pertinent cliniquement : il permet la transformation durable des fonctionnements (schémas, processus) chez un public à risques, et améliore la probabilité de réinsertion de réorientation professionnelle adaptée.

Des études en cours visent désormais à formaliser et valider statistiquement l'efficacité des pistes thérapeutiques et à documenter plus précisément les facteurs individuels et organisationnels.

8. Questions diverses

- **Prévention de la souffrance des étudiants en santé et des internes :** plaider pour intégrer la **formation émotionnelle dans cursus initial** et encourager les consultations préventives en service de santé au travail

Limites pratiques : Confidentialité quand les patients sont issus du même établissement, difficulté pour internes d'être à la fois acteurs et écoutants, vulnérabilité des soignants précédant le choix professionnel et « révélée » par le métier

Rôle des services de santé au travail et place du soin « interne ».



○ **Diffusion du modèle**

Volonté de diffusion et d'échanges de pratiques : proposition du Dr BRIANE d'observation/formation à l'intention d'équipes souhaitant reproduire le modèle, comme à Marseille ou Nantes.

Capacité d'extension (ressources humaines / financement) au regard d'une demande croissante : Il faut renforcer la communication sur l'accès rapide (≤ 8 jours) et l'absence de reste à charge pour promouvoir le dispositif auprès des soignants et des institutions (SSU, syndicats, écoles).

○ **Ouvrage recommandé du Dr BRIANE**





Intervention du Professeur Jean-Louis TERRA :

« Traitement du burn-out : les raisons d'espérer »

ASRA retrouve avec intérêt le Professeur TERRA, éminent psychiatre et professeur de psychiatrie à l'Université Claude-Bernard Lyon 1. Ancien chef de service au Centre hospitalier Le Vinatier à LYON.

il est un spécialiste reconnu de la prévention du suicide en France et nous a déjà consacré deux séances de formation sur ce sujet.

Il est actuellement en retraite active, faisant partie du brain trust des 5 psychiatres de Psy Pro, hôpital de jour de LYON, avec qui nous avons contractualisé comme ressources ASRA en santé mentale.

On ne peut que donner un (trop) simple résumé d'un verbatim exceptionnellement riche en retours d'expérience sur les souffrances des professionnels de santé, le burnout, facteurs déclenchants et aggravants, formes cliniques rencontrées, propositions de prise en charge.

1. Conception clinique de la souffrance professionnelle (modèle de l'accident temporel)

- Le Pr TERRA oppose modèle « maladie » vs modèle « accident » : l'épuisement est vu comme concordance temporelle d'événements déclenchants (accidents de la vie professionnelle) plutôt qu'une pathologie linéaire. L'épuisement est souvent l'aboutissement d'une suite d'événements déstabilisants (accumulation d'incidents, pertes, injustices) plutôt qu'un unique facteur isolé. Cette accumulation crée une désynchronisation entre la volonté d'agir et la capacité d'agir.
- Symptômes variés décrits : perte d'automatisme, lenteur, « corps bloqué » (nausées, répulsion, dégoût de soi/autrui), retrait, désinvestissement progressif, désynchronisation entre intention et capacité d'action, service minimum, pensées suicidaires, glissement vers dépression majeure. Le « vouloir » reste mais le « pouvoir » est bloqué.

2. Burn-out

- Défini par une perte d'énergie (« plus de carburant »), un désengagement, une diminution de la qualité subjective du travail, de son sens (faire « moyen »).
- Comorbidités fréquentes : dépressions récurrentes, addictions, troubles bipolaires, troubles de la personnalité.
- Profils à risque : soignants très engagés, perfectionnistes, loyaux, responsables (qualités qui deviennent facteurs de vulnérabilité), femmes exposées à une double charge (responsabilités professionnelles et de responsabilités familiales). Cas particulier des jeunes femmes médecins mariées parfois à revenu moindre, sous pression pour prouver leur valeur en « faisant mieux ».

3. Facteurs organisationnels et culturels en milieu hospitalier

- Surcharge administrative et multiplication des réunions sans production réelle, travail interrompu, documents et procédures redondantes.



- Manque de moyens matériels et logistiques (imprimantes non maintenues, système informatique rigide), perte de temps, sentiment d'inefficacité.
 - Management et compétition interne : rivalités professionnelles universitaires, vols de données, jalousies, mise à l'écart, « comparaison » sorte de « poison relationnel ».
 - Répartition des tâches / plannings : injustices perçues, glissements de tâches non formalisés, travail de nuit (statut particulier).
 - Culture hospitalière : intolérance à la vulnérabilité, stigmatisation des souffrances personnelles (risque de mise au placard), sous-déclaration des problèmes.
 - Dynamique d'équipe variée :
 - Certaines personnes gardent leur souffrance en secret (honte), d'autres cherchent alliances/partages mais peuvent recréer des tensions.
 - Effet contagion : des personnes en difficulté peuvent générer réunions, dispersion d'énergie, coûts « frictionnels » (heures perdues en gestion de conflits).
 - Difficulté à parler de souffrance collective : tendance à normaliser ou minimiser (« c'est normal »), en particulier autour du suicide ou des incidents critiques.
 - Impact du Covid et traumatismes collectifs
 - Effets traumatiques (perte de sens) sur tout le personnel (scènes d'enterrements successifs, phénomènes de pillage (gel, masques), d'urgence chaotique qui ont accentué l'usure et le sentiment d'impréparation. Quelques cas d'état de stress post-traumatique déclenchés par des gardes en phase aiguë.
 - Culture de reconnaissance :
 - Fort sentiment de non-reconnaissance : attente de ratification externe (chef, direction) souvent absente ; importance de la reconnaissance explicite (« expliquez-moi comment vous faites »).
 - Risque : demander à l'institution ce qu'on n'a pas reçu dans l'enfance → comportements de « dézinguage » de l'organisation du service.
- 4. Spécificités selon statuts et secteurs : Médecins vs non-médecins :** différenciation des parcours et de la demande d'aide
- Professionnels libéraux : fragilité financière (exemples de faillites, d'endettement), absence d'encadrement. , isolement administratif.
 - Infirmières et aides-soignantes : enjeux d'affectivité (attachement aux patients), glissements de tâches, évaluations annuelles devenues sources de stress.
 - Travail de nuit : « sous-monde » à part, lien spécifique à l'identité professionnelle (certains s'identifient comme « rois de la nuit »).



5. Psy PRO : Prise en charge actuelle proposée

- **Approche mixte : individuelle + groupe**, insistant sur l'individualisation dans le groupe (ne pas « cloîtrer » tous les patients ensemble).
- **Activités créatrices diverses /Ateliers** (par exemple de tissage avec métaphore du tissage : restauration des motifs et couleurs de la vie quotidienne en créant des productions tangibles : Cette matérialisation rappelle la transformation du temps et la restauration d'une identité d'agent. C'est l'axe qui permet à la fois la stabilisation clinique (réduction du risque suicidaire) et la réactivation professionnelle (retour progressif à l'exercice ou changement de trajectoire).
- **Temporalité du soin : passer du temps « liquide » au temps « solide »** : poser des échéances concrètes non liquides avec des rendez-vous, des démarches administratives avec dates impératives qui restaure un cadre temporel motivant.
- Insister sur **lenteur et patience thérapeutique** (processus lent du « béton à prise lente », métrique de l'escargot) qui sera durable. Éviter la promesse de cures rapides, travailler la « mise en forme du temps » en accompagnant le patient pour qu'il reprenne la gestion de sa vie sur des périmètres définis (3 m, 30 m, 300 m).
- **Techniques relationnelles** : formation au langage, préparer la manière dont on rencontre un interlocuteur (ex. médecin conseil) pour obtenir une réponse plus constructive.

6. Psy PRO : prochaines étapes

- **Court terme (dans les 3 mois)** :
 - Corriger les problèmes d'Inégalités d'accès aux soins de soutien : médecins bénéficiant déjà d'accès plus rapides mais autres soignants sur listes d'attente longues.
 - Mise en place d'un protocole de gestion des appels récurrents/de « envahissants » avec une procédure d'orientation vers un suivi identifié.
 - Taux de satisfaction des participants aux ateliers : Nombre de cas stabilisés à 6 à 12 mois (retour au travail ...) : il s'agit de privilégier l'importance de la transformation durable en changeant un trajet personnel plutôt que la fourmière entière.
- **Moyen terme (de dans les 3 à 12 mois)**
 - Mesurer satisfaction et effet clinique des ateliers de « re tissage ».
 - Elaborer dans un service pilote un « rapport d'étonnement » comme outil de signalement non punitif ».
 - Évaluer la capacité de montée en charge du dispositif : nombre de professionnels, pris en charge, difficultés rencontrées, coordination psy pro et référent de CME, groupe de pilotages mixte (soignants, représentants syndicaux, direction psychiatres).

Le risque de passage d'un dispositif expérimental encore souple à une « usine » existe si montée en charge sans financement ni organisation pluridisciplinaire.

7. Conclusion

La présentation a permis de cartographier de manière concrète la diversité des formes de souffrance au travail chez les professionnels de santé, notamment hospitaliers : interaction entre facteurs individuels



RESEAU ASRA

Aide aux Soignants des Régions Adhérentes

(profils, histoire), organisationnels (management, réunions) et contextuels (Covid, pression sociale).

Les propositions vont de mesures pratiques immédiates (réduction des réunions, protection des temps, échéances solides) à des orientations thérapeutiques (mix individuel/groupe, ateliers réparateurs, formation au langage relationnel).

Le défi d'échelle reste majeur : améliorer l'accès aux dispositifs de soutien pour l'ensemble des professions et éviter la transformation d'initiatives expérimentales en simples dispositifs inadaptés.