ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Application du repos de sécurité pour les Internes

Bruno Carbonne

Groupe des Internes CME APHP

Contexte

Article 2 de l’arrêté du 14 septembre 2001

« Le repos de sécurité, d'une durée de 11 heures, est constitué :

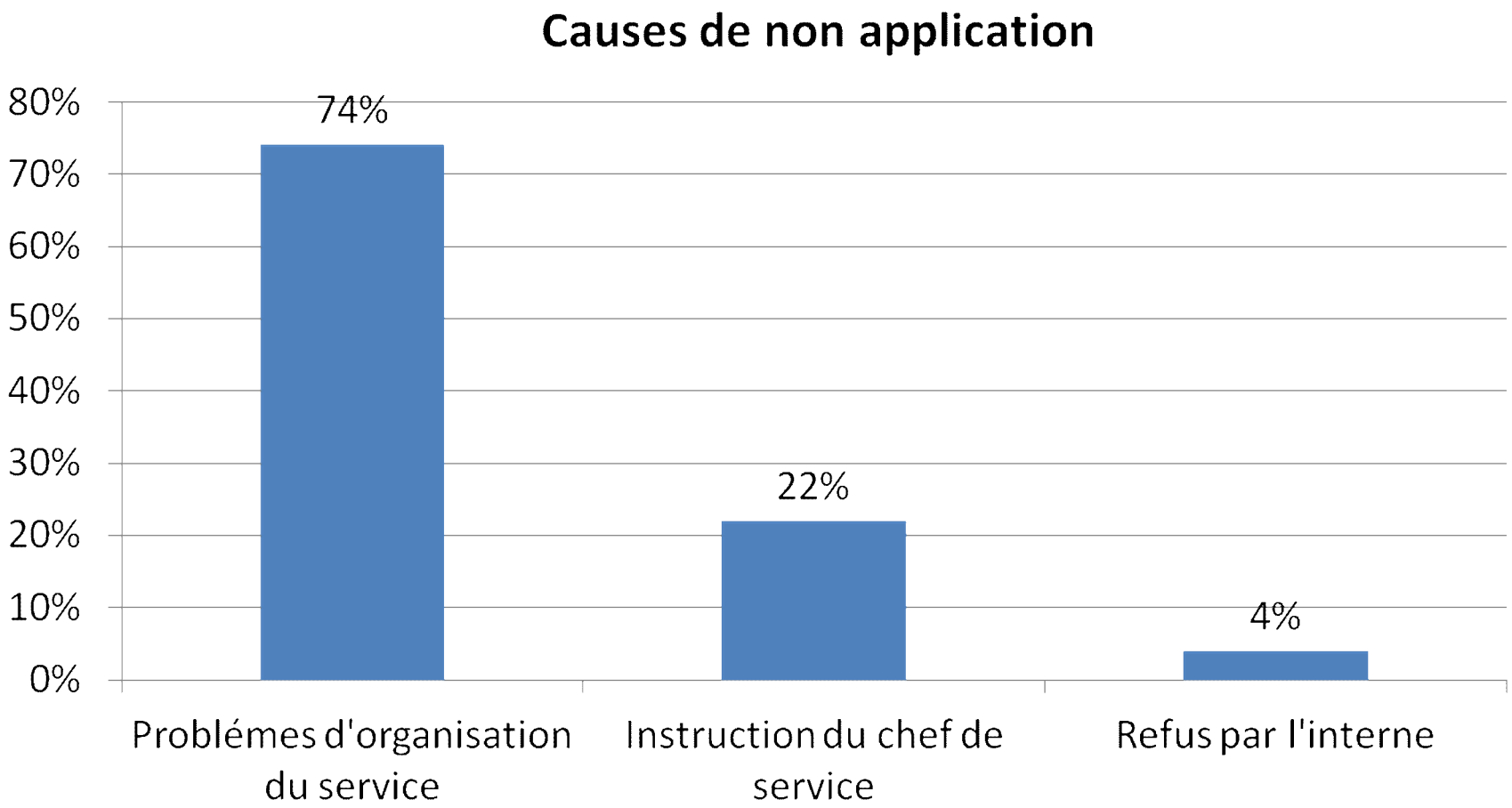
-dans les activités de service continu définies à l'article 8 ci-dessous, par une interruption totale de toute activité, prise immédiatement après chaque garde de nuit effectuée ;

- pour les autres activités, par une interruption de toute activité clinique en contact avec le patient, prise immédiatement après chaque garde de nuit. »

Synthèse Enquête SIHP 2011 (1)
Application du RdS

- **Excellente à très bonne (85%) :**
  - spécialités à gros effectifs (anesthésie réanimation) car masse critique d'internes
  - « petites » spécialités (gynécologie médicale, biologie, pédiatrie)
- **Moyenne (60%) en spécialités médicales**
- **Médiocre à mauvaise en spécialités chirurgicales:**
  - gynécologie obstétrique 39%
  - Chirurgie 19%

Synthèse Enquête SIHP 2011 (2)
Raisons de la non-application du RdS



Fabien Lebras

Synthèse Enquête SIHP 2011 (2)
Raisons de la non-application du RdS

- Très diverses
- Parfois le fait des Chefs de Services (rarement selon les Internes)
- Le plus souvent lié à « l'organisation des Services »
- Concerne surtout les spécialités chirurgicales

Mission confiée par la CTEM (Th. Bégué), le Groupe des Internes (J.Y. Artigou) et le Syndicat des Chirurgiens des Hôpitaux de Paris (L. Hanoun; A. Faye)

Raisons de l'application médiocre du RS et propositions de solutions

Focalisée sur les Internes de Chirurgie

Groupe de travail

Bruno Carbonne (PUPH Gynécologie-Obstétrique),

Thierry Bégué (Président de la CTEM ; PUPH Orthopédie),

Paul Berveiller (Interne Gynécologie Obstétrique),

Matthieu Faron (Interne Chirurgie Viscérale),

Yann Parc (PUPH Chirurgie Digestive),

Marina Rigolet (Interne Chirurgie Cardiaque),

Nicolas Thiounn (PUPH Urologie)

Réunion le 13 avril 2012

L’application du repos de sécurité est inéluctable

- Aucune opposition de principe
- Pour des raisons de sécurité (!)
- Pour des raisons réglementaires (fait partie de la V2010 de l’accréditation, sous la responsabilité de la CME)
- Pour des raisons légales

L’application du repos de sécurité est inéluctable

- Avantages :
  - Moindre pénibilité / meilleure attractivité de la formation
  - Amélioration de la sécurité des patients / des soignants en sortie de garde

- Inconvénients (chirurgie+++):
  - Diminution du temps de formation/du nombre de gardes/du nombre d’interventions réalisées en garde
  - Diminution du temps de formation diurne hors garde
  - Difficulté/impossibilité d’organisation de l’activité chirurgicale diurne
  - Paradoxe: les internes de Chirurgie choisissent volontiers des stages très chargés qui n’appliquent pas le RdS

Pré-requis pour l'application du repos de sécurité

- Remplacement de l'Interne en RdS pour les activités chirurgicales diurnes

- Qualité/compétence du personnel de remplacement
  - Pas de remplacement par IBODE / Externe / Senior
    - Personnels pas plus disponibles que les Internes
    - Dévalorisation du statut d'Interne
    - Perte supplémentaire d'opportunités de formation des internes
    - Un Interne en RdS doit être remplacé par un autre Interne

- Qualité de formation des internes
  - Le RdS s'applique dans de nombreux autres pays depuis longtemps
  - Poursuivre le développement de nouvelles méthodes d'enseignement (Ecole de Chirurgie, animaux, simulation, chirurgie virtuelle…)

Pré-requis pour l'application du repos de sécurité

- Nombre d'Internes nécessaires au fonctionnement d'un Service ayant une continuité de soins (garde sur place)
  - 5 Internes par Service pour une activité diurne à 3 blocs opératoires fonctionnels
  - 1 interne supplémentaire par bloc opératoire fonctionnel supplémentaire
  - Soit: n (internes) = n (blocs) + 2

- Ce nombre est déjà disponible dans certains Services (Gynécologie Obstétrique notamment)

- Il ne l'est pas du tout dans la plupart des services de Chirurgie

Comment augmenter le nombre d'Internes/Service ?

- Pas d'augmentation parallèle des besoins et du nombre d'Internes par filière

1. Modifier la répartition des internes (difficile)
   - Réorientation vers les Services les plus formateurs ?
   - Compléter les effectifs par des « FFI » (DFMS-DFMSA)?
   - Inciter au recrutement de stagiaires associés ?

2. Réorganisation des gardes de chirurgie+++
   - Regroupement des sites d'accueil des urgences chirurgicales
   - Mutualisation d'un pool d'Internes qui participent à la garde
   - Répartition des internes en RdS entre plusieurs services
   - Réflexion qui ne repose pas sur l'APHP seule (ARS)

Droits et devoirs de différents acteurs

- Les textes stipulent l'arrêt totale de toute activité dans le service en sortant de garde

- Efforts bilatéraux nécessaires (pédagogie)
  - De la part des Internes (bénéfice indiscutable)
  - De la part des chefs de Service lorsque les conditions sont réunies pour l'application

  - Pourraient sortir (officieusement) du champ d'application certaines activités hors soin
    - Enseignement dans le service, staffs
    - Séances de bibliographie
    - Activités de recherche clinique
    - Autres…

Délais d'application du RdS

- Pour les Services qui ont les moyens « techniques » (nombre adéquat d'Internes):
  - Application immédiate

- Pour les Services n'ayant pas les moyens humains:
  - Adaptation des moyens:
    - Groupe des Internes de la CME
    - Syndicat des Internes (SIHP)
    - Commissions de répartition / coordonnateurs
    - ARS…

- Objectif : application en novembre 2014 ?

- Création d'un Observatoire de suivi de l'application du RdS:
    - représentants CME, groupe des internes
    - Représentants du SIHP