

Commission médicale d'établissement de l'AP-HP

Comité des internes et des médecins à diplôme étranger

Groupe des internes en difficulté

Rapport

Remis par le Professeur Jean-Yves Artigou
au nom du groupe CME des Internes en difficulté
au Professeur Noël Garabédian, Président de la CME, le 15 juin 2018
et présenté à la réunion de la CME du 9 octobre 2018

Sommaire

I- Introduction	page 4
A. Contexte	
B. Rappel des conclusions du précédent groupe de travail 2015	
II- Groupe de Travail de la CME	page 5
A. Réunions du groupe	
B. Composition du groupe	
III- Île de France	page 7
A. Particularités de l'Île-de-France	
B. Expériences des centres hospitaliers d'Île-de-France	
IV- Accueil	page 8
A. Amélioration et généralisation des initiatives locales	
B. Accueil au niveau régional	
1. Séminaire de début d'internat	
2. Séminaire de fin d'internat	
V- Dépistage et Signalement	page 10
A. Dans le cas où l'interne ne sollicite pas d'aide	
1. Le certificat d'aptitude	
2. Visite systématique la première année	
3. Les livrets pédagogiques	
B. Dans le cas où l'interne sollicite une aide	
VI- Prise en charge	page 12
A. Confidentialité	
B. Simplification des procédures de signalement et de prise en charge	
C. La Commission de la Vie Hospitalière	
D. Plates-formes téléphoniques	
E. Le bureau du personnel médical	
F. Le Bureau des internes à la DOMU	
G. Le Comité CME des internes	
H. Les commissions régionales de coordination	
VII- Médecine du travail	page 15

VIII- Prévention

page 16

- A. Référent pour les Internes
- B. Formation des encadrants
- C. Structure Interface étudiant – enseignant interfacultaire
- D. Ateliers de prévention des risques psycho-sociaux : expérience du Syndicat des chefs de clinique-assistants
- E. Toxicomanie mission FIDES
- F. Respect du temps de travail et du repos de sécurité

IX - Résumé en 18 propositions

page 19

Annexes

page 20

I - Introduction

A. Contexte

L'interne est un praticien en formation spécialisée (code de la Santé Publique R 5163-2) avec des problématiques professionnelles et personnelles particulières.

L'épuisement professionnel des médecins ne se limite pas à la France : aux Etats-Unis, il est noté une augmentation de la fréquence des syndromes d'épuisement au travail avec un risque de suicide plus élevé que celui de la population générale (annexe 1).

Le Docteur Donata Marra, psychiatre à la Pitié-Salpêtrière, présidente du BIPE (Bureau d'Interface Professeurs Etudiants) à Sorbonne Université a été sollicitée le 31 juillet 2017 par la Ministre des solidarités et de la santé et par la Ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation pour identifier la spécificité des risques auxquels les étudiants sont confrontés durant leur parcours de formation ainsi que les étapes du parcours posant des problèmes particuliers. Ce rapport a été remis le 3 avril 2018 et figure en annexe 2.

Parallèlement aux difficultés rencontrées par les internes, le mal-être des internes est une réalité qui continue de s'exprimer avec parfois l'issue dramatique d'un suicide.

C'est dans ce contexte que la CME du 6 février 2018 a missionné Jean-Yves Artigou pour réactiver le groupe des internes en difficulté afin de faire des propositions susceptibles d'améliorer le dépistage et la prise en charge des internes en difficulté.

B. Rappel des conclusions du précédent groupe de travail 2015

Le comité CME des internes a mis en place en 2014 un groupe destiné à réfléchir spécifiquement sur les différentes difficultés rencontrées par des internes et proposer des mesures notamment préventives.

La synthèse de ces travaux a fait l'objet d'un rapport « Plan d'action de l'AP-HP pour accompagner les internes en difficulté » et d'une présentation en séance plénière de la CME le 12 mai 2015 (annexe 3).

Deux moments sont particulièrement critiques au cours de l'internat : la prise de fonction et la fin de l'internat. Ceci semble correspondre aux pics de tension et d'anxiété à la prise des responsabilités, puis au moment où l'interne quitte un environnement structuré pour rencontrer des contraintes différentes et doit faire face à des tensions nouvelles.

Le groupe insistait sur l'importance d'un meilleur dépistage qui passe notamment par un certificat d'aptitude soigneusement rempli qui constitue une opportunité de dépistage, par une médecine du travail effectivement étendue à l'interne. Une visite de médecine du travail est rendue obligatoire au cours du premier semestre.

Une sensibilisation de tous les acteurs potentiels : médecin du travail, coordonnateur du DES, chef du service, co-interne, chef de clinique, cadre de santé..., est mise en avant.

L'importance de la Commission Vie Hospitalière locale et centrale est rappelée ainsi que celle des éléments de communication vers les internes comme le Livret d'accueil du bureau des internes notamment et la sensibilisation des chefs de service aux éléments d'alerte.

Enfin, le respect du repos de sécurité est mis en avant au titre de la prévention et du respect de la réglementation européenne et française.

Sur proposition de son président, la CME du 6 février 2018 a jugé utile de relancer ce groupe avec pour mission de rendre ses conclusions à la CME de juillet 2018.

II – Groupe de travail de la CME

A. Réunions du groupe

Le groupe s'est réuni les :

- 2 mars 2018 (compte-rendu figurant en annexe 4),
- 17 avril 2018 : invités : Dr P. Charestan, Pr S. Herson, Dr D. Marra, Dr B. Plaud (compte-rendu figurant en annexe 5),
- 15 mai 2018 : invitée : Dr D. Marra, (compte-rendu figurant en annexe 6),
- 15 juin 2018 : présentation des conclusions au Président de la CME.

B. Composition du groupe

Professeur Jean-Yves Artigou : Président du groupe

Professeur René Adam	Membre du comité CME des Internes	Représentant les chirurgiens à la CME
Monsieur Alexandre Allera	Membre du comité CME des Internes	Représentant des internes de spécialité à la CME
Professeur Philippe Arnaud	Membre du comité CME des Internes	Représentant les pharmaciens à la CME
Professeur Lynda Bensefa-Colas	Membre du comité CME des Internes	Médecin coordonnateur du service central de santé au travail
Professeur Bahram Bodaghi	Membre du comité CME des Internes	Ancien coordonnateur du DES d'ophtalmologie
Professeur Jean-David Bouaziz		Coordonnateur du DES de dermatologie
Madame Hélène Chartier	Membre du comité CME des Internes	Vice-présidente du SIHP, représentante des internes de médecine du travail

Monsieur Pierre Colonna	Membre du comité CME des Internes	Chef du département qualité de vie et santé au travail
Docteur Nicolas Dantchev	Membre du comité CME des Internes	Président de la CVH centrale
Professeur Pascale Gaussem	Membre du comité CME des Internes	Représentante des biologistes à la CME
Docteur Sylvain Gautier		Vice-président du Syndicat des internes des hôpitaux de Paris
Professeur Olivier Hélénon	Vice-président du comité CME des internes	Ancien coordonnateur de radiologie, représentant les radiologues à la CME
Professeur Gérard Helft	Membre du comité CME des internes	Coordonnateur du DES de cardiologie
Madame Delphine Lebigre	Membre du comité CME des internes	Responsable du bureau des internes à la DOMU
Docteur Moïse Michel	Membre du comité CME des internes	Représentant les Internes en pharmacie et en biologie médicale
Professeur Luc Mouthon	Membre du comité CME des internes	Coordonnateur du DES de médecine interne
Madame Hélène Oppetit	Membre du comité CME des internes	DOMU
Docteur Matthieu Peycelon		Représentant les chefs de clinique et assistants des Hôpitaux de Paris
Madame Gwenn Pichon-Naudé	Membre du comité CME des Internes	DOMU
Madame Isabelle Riom	Membre du comité CME des internes	Représentante des internes du DES de médecine générale à la CME
Professeur Bruno Riou	Membre du comité CME des internes	Président de la Conférence des Doyens d'Ile-de-France
Professeur Philippe Ruzniewski		Doyen de Paris VII
Professeur Rémi Salomon	Membre du comité CME des internes	Vice-président de la CVH centrale

Docteur Maryse Salou	Membre du comité CME des internes	Médecin coordonnateur adjoint du service central de santé au travail à l'AP-HP
Professeur Benoît Schlemmer	Membre du comité CME des internes	Conseiller universitaire du Directeur général de l'ARS, responsable de la réforme des études du 3 ^e cycle
Docteur Franck Verdonk		Président du Syndicat des chefs de clinique et assistants des Hôpitaux de Paris

Invités

Docteur Pierre Charestan, Président de la conférence des Présidents des CME des centres hospitaliers d'Île-de-France, invité à la réunion du 17 avril 2018

Professeur Serge Herson, conciliateur à l'AP-HP réunion du 17 avril 2018

Docteur Donata Marra, auteur du rapport interministériel sur la qualité de vie des étudiants en santé, invitée aux réunions du 17 avril et 15 mai 2018

Professeur Benoît Plaud, ancien coordonnateur du DES d'anesthésie-réanimation, invité à la réunion du 17 avril 2018.

III - Île-de-France

A. Particularités de l'Île-de-France

L'Île-de-France est particulièrement étendue. Elle regroupe notamment 7 facultés de médecine, 2 de pharmacie et 2 d'odontologie avec un effectif de 5 à 6000 internes sur une soixantaine de sites.

La connaissance individuelle des internes par les différents acteurs qui les accompagnent au cours de leur parcours est ainsi rendue plus difficile.

A l'inverse, l'Assistance publique, par l'important nombre de sites de stage, recèle des solutions multiples, souvent plus nombreuses qu'en région pour résoudre des cas particuliers en proposant notamment des changements d'affectations.

Cette étendue géographique est également un élément favorable dans la conservation de la confidentialité renforcée, indispensable dans l'éventualité d'une prise en charge médicale d'un interne.

B. Expérience des Centres hospitaliers d'Île-de-France

Un effort particulier des centres hospitaliers d'Île-de-France a été fait pour accueillir les internes, effort rendu d'autant plus nécessaire par la difficulté de recruter des médecins et ainsi en amont, de recruter puis de fidéliser les internes.

Une enquête a été effectuée par Pierre Charestan auprès des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France (annexe 5).

Sur vingt centres hospitaliers contactés, les deux tiers ont répondu.

A la question « existe-t-il des sous-commissions spécifiques pour les internes dans votre groupe hospitalier ? », les présidents de CME interrogés répondent pour la moitié d'entre eux positivement. Ces commissions sont habituellement composées de responsables médicaux et de représentants des internes.

Sur le respect du temps de travail, les présidents de CME répondent à 99 % que leur établissement le respecte. A Versailles, le temps de travail des internes est géré de façon informatique.

Ce respect apparaît surestimé par les déclarants pour les représentants des internes.

Accueil des internes : le plus souvent, le directeur et le président de la CME accueillent les internes au cours d'une demi-journée qui leur est consacrée avec formation sur les logiciels spécifiques à l'hôpital, élaboration des listes de garde, ...

La gestion des conflits est localement réglée par les commissions des internes sans qu'il y ait de dispositif spécifique. Ce sont le plus souvent les chefs de service et les chefs de pôle qui gèrent directement et individuellement les situations difficiles.

IV - Accueil

Il est rappelé que l'interne est un étudiant en cours d'élaboration de son projet professionnel et l'attitude des équipes dans lesquelles il s'intègre au cours de son internat peut être constructrice ou destructrice, rarement neutre.

Il existe différentes sources de stress au cours du cursus, dépendantes de l'état d'avancement du cursus : premier et deuxième cycles, puis interne. De même, les internes en début de cursus et en fin de cursus sont particulièrement fragilisés.

Les difficultés rencontrées par l'étudiant de troisième cycle sont multifactorielles, systémiques, liées à la nature même des études de santé et aux conditions d'encadrement des stages, à la pression induite par des études compétitives, au temps insuffisant pour la vie personnelle et aux activités extra-universitaires, au faible accompagnement du projet professionnel, à la formation pédagogique parfois insuffisante de l'encadrement.

L'interne est confronté au début de son internat aux difficultés inhérentes à la profession telles la souffrance physique et morale, parfois la mort, auxquelles les études médicales ne le préparent pas bien. Le compagnonnage dans cette période initiale et à chaque fois qu'une

situation difficile se présente durant son cursus, est essentiel. Par ailleurs, l'interne n'est pas formé au travail en équipe dont on connaît l'importance à l'hôpital. Les aînés doivent le guider et lui apprendre à travailler avec les autres médecins d'une part et avec le personnel paramédical d'autre part.

L'importance du vivre et travailler ensemble dans le respect justifie une évolution dans les mentalités. Les comportements inadéquats doivent être définitivement bannis et prévenus avec une tolérance zéro et une forte communication des institutions universitaires et hospitalières notamment.

L'accent est mis sur l'importance de dépister les violences sous toutes leurs formes.

Il faut travailler sur la banalisation des comportements, sur l'importance de l'écoute, de l'attention portée à l'autre, sur les éléments qui incitent à détourner le regard quand un interne ne va pas bien, véritable socle comportemental aboutissant à la notion de bienveillance ou de professionnalisme.

Ce travail des encadrants passe par une formation spécifique au management des responsables de service. Le Plan RHPM de l'AP-HP prévoit une étude particulière de l'aspect managérial au moment du renouvellement des chefferies de service (annexe 7).

Les qualités de bonne prise en charge des plus jeunes doivent figurer dans les critères d'évaluation en vue des promotions ultérieures.

La reconnaissance du travail de l'étudiant du troisième cycle est une notion particulièrement importante, soulignée par le groupe.

Le groupe insiste sur l'importance d'instaurer une véritable culture d'accueil et d'accompagnement.

A. Amélioration et généralisation des initiatives locales

La première journée du semestre fait habituellement l'objet d'une formalisation de cet accueil au sein des hôpitaux. Sa finalité est trop souvent centrée sur l'élaboration de la liste de garde au service d'accueil et de traitements aux urgences (SAU).

Il est suggéré que dans les différents groupes hospitaliers, l'accueil soit particulièrement formalisé : médical avec le Président de la CME locale, le Président de la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins, les principaux responsables (notamment des services avec lesquels les internes auront un contact privilégié comme le SAU) mais également avec l'administration, les responsables des affaires médicales et identification de l'interlocuteur pour la médecine du travail, auxquels les internes pourront éventuellement s'adresser si nécessaire. Le doyen ou son représentant y participe régulièrement.

A cette occasion, notamment, le Livret d'accueil rédigé par le bureau des internes (annexe 8) est remis à chaque interne qui doit être informé qu'il peut solliciter une visite auprès de la médecine du travail ou d'un psychologue du travail, qu'il peut aussi joindre un membre de la Commission Vie Hospitalière avec une garantie de confidentialité.

Une attention particulière doit être accordée à ce temps essentiel au niveau de l'information et de la prise en charge des internes.

Parallèlement, des séminaires d'accueil pour les nouveaux internes sont organisés au niveau de certains DES par leurs coordonnateurs.

B. Accueil au niveau régional

1. Séminaire de début d'internat

L'accueil des internes est actuellement réalisée spécialité par spécialité, faculté par faculté, notamment pour la médecine générale, rendant l'information fragmentée et parfois incomplète.

Le groupe suggère la mise en place d'une demi-journée organisée conjointement par les différents acteurs : AP-HP avec ses deux composantes : bureau des internes et CME, doyens, coordonnateurs, ARS, représentant des internes...

Cette demi-journée s'adresse à tous les internes venant de réussir les ECN et entrant dans l'internat. Elle se situe à la rentrée universitaire.

Elle est l'occasion de donner les différentes informations sur le cursus à venir, les personnes qui les encadreront (présence de coordonnateur notamment).

2. Séminaire de fin d'internat

De même, il est proposé un an avant la fin de l'internat de mettre en place un séminaire de fin d'internat dont le format tient compte de la particularité de cette période.

Il s'adresse aux internes désignés par les coordonnateurs comme devant terminer leur internat environ un an plus tard.

Il est organisé par les mêmes partenaires auxquelles d'autres peuvent s'ajouter : Conseil national des Ordres et les Unions Régionales de Professionnels de Santé notamment.

Il prend la forme d'un forum avec une présentation formelle sur le post-internat, les différentes possibilités, organisation d'ateliers thématiques ... et il constitue une opportunité privilégiée pour rencontrer les responsables universitaires, de l'AP-HP, de l'ARS, des Conseils de l'Ordre, des représentants des chefs de clinique... avec lesquels les Internes peuvent avoir un entretien personnalisé en tête à tête.

Une coordination est indispensable avec toutes les autres initiatives d'accueil, tenant compte de leurs spécificités.

V – Dépistage et signalement

Les dispositifs d'aide aux étudiants ont été mis en place de façon très inégale sur le territoire et selon les filières. Des écueils existent dont celui de réserver ces dispositifs à une frange d'étudiants supposés en difficulté, ce qui peut participer à les stigmatiser. Les éléments même les plus brillants peuvent être en difficulté sur la conjonction de différents éléments de la vie.

Tous les acteurs potentiels doivent unir leurs efforts pour le dépistage et le signalement de l'interne en difficulté.

La difficulté pour l'interne d'exprimer ses difficultés est soulignée et le signalement est souvent trop tardif.

Il existe deux cas de figure distincts : l'interne en difficulté n'est pas demandeur, n'est pas actif dans la démarche ou au contraire, il souhaite une aide et exprime cette demande.

A. Dans le cas où l'interne ne sollicite pas d'aide

Le chef de service peut intervenir à la condition qu'il identifie un désordre d'organisation dans son service ou un risque pour le patient dû au comportement de cet interne.

Si tel n'est pas le cas, l'intervention du chef de service ou de son entourage peut être efficace mais elle est souvent limitée : l'interne ne peut pas être contraint à prendre les contacts nécessaires avec les ressources utiles. Il s'agira alors d'essayer de le convaincre de se faire aider. Cela peut être le rôle d'un encadrant proche (PH, CCA) ou d'un co-interne. L'intervenant auprès de l'interne aura été au mieux formé à ce type d'intervention et/ou aura demandé l'aide des structures adaptées de sa faculté et/ou de l'hôpital.

C'est dans cette situation que prennent toute leur importance les étapes successives qui lui sont imposées : depuis le certificat d'aptitude, en passant par la visite désormais obligatoire en médecine du travail et jusqu'aux échanges suscités par les livrets pédagogiques.

1. Le certificat d'aptitude

Le code de la Santé publique (art R. 6153-7) stipule « avant de prendre ses fonctions, l'interne justifie par un certificat délivré par un médecin hospitalier qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions auxquelles il postule ».

Ce certificat est une aptitude à la fonction et non au poste de travail. Il est trop souvent délivré de façon hâtive avec complaisance. Or, l'importance de ce certificat est soulignée : indépendamment de son contenu, il offre une opportunité à un véritable échange entre l'interne et le rédacteur du certificat.

Parfois difficile à obtenir notamment pour les internes ayant fait leur cursus en dehors de l'Île-de-France, une liste de praticiens aptes et formés notamment aux risques psychosociaux pourrait être fournie aux futurs internes.

2. Visite systématique la première année

La visite systématique est désormais prévue dès la première année depuis l'aval reçu par le plan d'action proposé en 2015 (annexe 3).

Cette visite désormais obligatoire doit être effectuée au cours du premier semestre quand l'interne est affecté à l'AP-HP.

Cette obligation est signifiée à l'interne à la fois par les directions des affaires médicales des groupes hospitaliers et par le doyen, relayée également par le coordonnateur.

Compte tenu des affectations multiples notamment en dehors de l'AP-HP : dans les stages ambulatoires chez le praticien, l'ensemble des internes doit avoir été reçu à la fin de la première année d'internat.

Pour les internes effectuant leur premier stage hors AP-HP et pour ceux affectés en établissements conventionnés, en particulier en stage ambulatoire en médecine générale, le bureau des internes de la DOMU adresse la liste nominative de ces internes au service dédié de santé au travail créé à cet effet au service central de santé au travail.

3. Les livrets pédagogiques

Le contrat de formation amène le coordonnateur ou le tuteur à échanger régulièrement avec l'interne, comme le permet également le suivi du parcours par le portfolio. Ces outils incitent chaque acteur à réfléchir sur les éventuels problèmes rencontrés par l'interne.

Ils entrent dans le processus de dépistage et de signalement.

B. Dans le cas où l'interne souhaite une aide

Il faut permettre à l'interne en difficulté, souvent en échec et stigmatisé, de pouvoir s'adresser de façon anonyme à une personne contact formée à identifier la demande pour que l'interne soit efficacement orienté.

L'interne s'adresse à différents acteurs : ses co-internes, son chef de clinique, ses représentants des internes notamment le référent de sa spécialité ou la faculté dont il relève, ou encore la plateforme du syndicat des internes (SOS SIHP) ou à un membre de l'administration locale, direction des affaires médicales ou bureau des internes au Siège.

Le coordonnateur est une personnalité pivot essentielle. Il est souvent informé rapidement des difficultés rencontrées par un interne et il devrait disposer d'instructions précises en cas de signalement et en faire le relai auprès de la faculté d'inscription de l'interne. Dans les spécialités où l'interne a un tuteur (médecine générale, médecine interne notamment ...), celui-ci peut être alerté.

Les Commissions de Vie Hospitalière locale et centrale sont des interlocuteurs importants comme le sont les structures facultaires (type : interface - enseignants - étudiants) existantes ou en cours de mises en place dont les coordonnées doivent figurer dans les livrets pédagogiques.

VI – Prise en charge

Les difficultés rencontrées par les internes sont non seulement méconnues ou sous-estimées mais elles entraînent souvent une surmédicalisation, voire une stigmatisation : retard à l'identification du problème que ce soit par l'interne ou son entourage entraînant une dégradation plus importante de l'estime de soi. Les difficultés sont excessivement analysées sous un angle médical, notamment psychiatrique.

A. Confidentialité

La confidentialité apparaît comme un élément essentiel au cœur de ce sujet car il semble être le frein habituel majeur, très souvent exprimé par les internes.

Le travail sur la confidentialité renforcée passe par un effort important de chacun. Il s'agit d'un véritable changement, quasi culturel qui doit mobiliser les nombreux acteurs à commencer par les systèmes de communication. Un travail spécifique au niveau de l'informatique est proposé en liaison avec la cellule d'identitovigilance de l'AP-HP.

Les mesures prises pour les internes doivent être rassemblées, colligées et faire l'objet d'une communication spécifique auprès des internes mais également des doyens, des coordonnateurs, des chefs de service, du bureau des internes, des différents intervenants de l'ARS.

Ce travail sur la confidentialité doit faire également l'objet d'une visibilité sur les sites internet de la CME et de l'AP-HP avec précisions des structures de soutien aux internes proposées...

B. Simplification des procédures de signalement et de prise en charge

Une procédure simplifiée de signalement et de prise en charge apparaît particulièrement importante.

L'AP-HP dispose de ressources et de moyens spécifiques constituant des aides particulièrement importantes.

Un réseau de consultants pour les différentes spécialités est évoqué.

Pour les hospitalisations psychiatriques, il est suggéré d'identifier deux hospitalisations psychiatriques afin de garantir une meilleure confidentialité grâce à la distance entre ce lieu d'hospitalisation et leur faculté ou leur lieu de travail.

Le partage des informations entre les différents partenaires : CHU (CME, bureau des internes), université, syndicat des internes, ARS ..., apparaît essentiel. Les informations nécessaires doivent être partagées entre les différents acteurs dans le respect total d'une confidentialité renforcée.

C. La Commission de la Vie Hospitalière

Les Commissions de la Vie Hospitalière (CVH) sont des acteurs majeurs du dispositif de recours des internes en difficulté : CVH locale et centrale.

Les coordonnées sont largement diffusées auprès des internes notamment dans le Livret d'accueil remis à chaque changement de semestre (annexe 8)

D. Plates-formes téléphoniques

Tant le SIHP par sa plateforme SOS-SIHP que le SRP-IMG met en place ce type de support, très utilisé par les internes qui peuvent contacter leurs collègues pour obtenir de l'aide.

SOS SIHP propose une plateforme avec une adresse mail, un téléphone et un psychiatre dédié aux réponses.

Sylvain Gauthier estime à deux à trois le nombre de contacts par mois dont il estime que 75 % d'entre eux se manifestent régulièrement et sont ainsi connus. Tout le problème concerne ceux dont on n'a pas de signalement. Les internes référents des spécialités peuvent faire le relais entre SOS SIHP et les coordonnateurs.

Pour le DES de médecine générale, la plateforme du SIHP est utilisée par le SRP-IMG et la présidente est aussi directement à l'écoute des problèmes des internes du DES de MG.

Pour les internes en pharmacie, il y a très peu de signalements.

Les plateformes téléphoniques sont en cours d'analyse et d'évaluation par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Leur mise en place actuelle fait l'objet d'appréciations divergentes, le sujet étant sensible et parfois commercial.

E. Les bureaux du personnel médical

Ils représentent les interlocuteurs de proximité identifiés au cours des stages (annexe 9).

F. Le bureau des internes à la DOMU

Le bureau des internes à la DOMU a une connaissance large des différents problèmes rencontrés par les internes et reçoit régulièrement des internes en difficulté. La responsable du bureau, Delphine Lebigre, soumet aux internes qu'elle reçoit un compte-rendu de l'entretien puis selon les situations, en informe avec l'accord de l'interne les coordonnateurs, l'UFR, les bureaux du personnel médical des groupes hospitaliers, l'ARS, les représentants des internes...

Les internes semblent parfois plus enclins à se confier à un personnel administratif qu'à leurs pairs.

Chaque entretien sera suivi d'un contact téléphonique un mois et trois mois après pour réévaluer avec l'interne l'évolution de sa situation.

G. Le comité CME des internes

Il contribue régulièrement à recevoir les problèmes rencontrés et il participe à la résolution des problèmes habituellement signalés par les représentants des internes et les coordonnateurs des DES.

H. Les commissions régionales de coordination

Les commissions régionales de coordination mises en place avec la réforme du troisième cycle exercent également une fonction de dépistage d'internes en difficulté.

Le plan proposé par D. Marra prévoit : la création d'un centre national d'appui pour promouvoir la qualité de vie des étudiants ainsi que la création de centres régionaux d'accompagnement pour les internes en liaison avec l'ensemble des partenaires : les commissions d'internes en difficulté, les ressources universitaires avec les commissions d'internes régionales, mais également le Conseil national de l'Ordre, les représentants des patients, les représentations des doyens et des enseignants (coordonnateurs), les représentants des étudiants, les coordinations des formations en santé, l'Observatoire de la vie étudiante (OVE) et l'Observatoire national des suicides...

Ces centres régionaux permettent la mobilité entre les hôpitaux, assurent la confidentialité et l'indépendance vis-à-vis du DES, et assurent l'acquisition de compétences transdisciplinaires. Cette action est particulièrement importante au cours de la phase socle lorsque l'interne prend ses fonctions, ce qui correspond à un moment de fragilité particulière (annexe 2).

VII – Médecine du travail

Le service de santé au travail constitue une des réponses au problème des internes en difficulté.

La procédure de prise en charge médicale pour les personnels médicaux souffrant de risques psycho-sociaux au travail sont passés en revue (annexe 10).

Différents contextes sont précisés : la visite à la demande de l'intéressé, la visite à la demande du médecin du travail suite au signalement par les collègues, la visite à la demande de l'administration, la visite de reprise ou de pré-reprise du travail ou encore la visite systématique.

En cas de suspicion d'atteinte à la santé, la prise en charge médicale a pour premier interlocuteur le service de santé au travail local.

En fonction de la gravité du problème posé et notamment de son risque suicidaire éventuel, une graduation dans la prise en charge est présentée, reposant sur la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie en 2000. Sont ainsi précisés les éléments permettant de diagnostiquer une urgence faible, moyenne ou élevée.

En fonction de ces trois situations, la prise en charge spécifique est proposée.

Les arrêts de travail prolongés, par exemple de plus de deux semaines, devraient faire l'objet d'une réflexion spécifique au niveau de la médecine du travail avec une prise en charge systématique.

La médecine du travail est notoirement insuffisante dans la prise en charge des internes. Il existe notamment un manque d'effectifs de médecins du travail, estimé actuellement à 15 postes manquants sur l'ensemble de l'AP-HP.

Le rôle de la médecine du travail en prévention primaire est discutée et ne fait pas l'unanimité : Donata Marra a expliqué qu'une approche médicalisée des difficultés des internes par la médecine de santé au travail, ne répond pas dans leur majorité, aux besoins des internes, en particulier en prévention primaire individuelle.

Le Service central de santé au travail de l'AP-HP (SCST) s'engage à faire examiner tous les nouveaux internes au cours de leur première année (premier semestre ou second semestre en fonction de leurs affectations) par les Services locaux de santé au travail ou le SCST en fonction du lieu de stage.

Les médecins du travail peuvent également systématiquement recevoir les internes pour lesquels un arrêt de travail de 15 jours a été effectué.

VIII - Prévention

A. Référent pour les internes

Le groupe propose d'identifier dans chaque service un **référent pour les internes** qui a une écoute particulière des internes du service.

Ce référent a une appétence pour la prise en charge des internes, pour se tenir à jour des différentes évolutions des procédures, des conditions de travail des internes... Il peut être le chef de service lui-même ou un membre médical ou non médical que ce dernier désigne. Il peut être différent du responsable pédagogique prévu par la réforme du troisième cycle.

Cette fonction doit être valorisée et une formation spécifique doit lui être proposée.

Le groupe propose que cette identification fasse l'objet d'un courrier spécifique aux chefs de service en leur demandant de désigner ce référent.

Au-delà de la désignation, cette démarche aura également l'intérêt de sensibiliser les chefs de service à l'importance du sujet.

B. Formation des encadrants

La gouvernance médicale des services, notamment les chefs de service et le référent des internes au sein des services doivent acquérir les compétences techniques avec une parfaite connaissance des cursus des internes mais également les compétences managériales spécifiques pour l'encadrement des internes.

Une formation particulière devra leur être proposée qui s'intégrera de façon complémentaire aux actions de formation désormais offertes par le Département de la Formation Médicale Continue aux responsables d'unité dans le cadre du plan RHPM.

C. Structure interface – étudiant – enseignant interfacultaire

L'interface enseignant – étudiant est un succès reconnu notamment des internes. A Sorbonne Université, entre deux et six internes font appel mensuellement au Bureau Interface Professeurs Enseignants. Des ateliers de gestion du stress et de communication leurs sont proposés.

Ces expériences doivent être généralisées dans toutes les facultés.

Constituée d'enseignants volontaires de la faculté, ils agissent au niveau local en coordination avec les différents acteurs dont le coordonnateur notamment.

Il est proposé la mise en place d'une structure transversale régionale regroupant des enseignants des différentes facultés, permettant notamment une meilleure confidentialité et permettant de multiplier les solutions en inter-faculté.

D. Ateliers de prévention des risques psycho-sociaux : expérience du syndicat des chefs de clinique-assistants

Sur 300 adhérents au Syndicat des chefs de clinique – assistants des hôpitaux de Paris, 98 d'entre eux déclarent être soumis aux risques psycho-sociaux.

Le Syndicat des chefs de clinique propose ainsi, en concertation avec les syndicats franciliens d'internes de spécialités médicales (SIHP et SRP-IMG) et pharmaceutiques (SIPHIF), des ateliers de sophrologie en séances individuelles, collectives ou mensuelles qui connaissent un fort succès (annexe 11).

E. Toxicomanie mission FIDES

La mission FIDES est une structure dédiée à la prévention et à la prise en charge des addictions pour le personnel de l'AP-HP. Ce dispositif a été en 2006, la mission FIDES assure des actions d'informations et de sensibilisation et oriente vers les prises en charge adaptées.

Une enquête de la mission FIDES a été présentée en 2017 au comité CME qui montre l'importance de ce sujet parmi les internes (annexe 12).

F. Respect du temps de travail et du repos de sécurité

Le respect du temps de travail des internes, du repos de sécurité notamment, apparaît un élément essentiel.

Le respect du repos de sécurité s'est beaucoup amélioré et s'étend désormais à la quasi-totalité des services de l'AP-HP.

Le comité CME des internes a présenté en 2016 les résultats d'une enquête auprès des chefs de service de l'AP-HP sur le respect du repos de sécurité notamment selon les spécialités (annexe 13).

Depuis cette enquête et la sensibilisation qu'elle a induite, le respect du repos de sécurité s'est nettement amélioré à l'AP-HP.

Les représentants des internes identifient toutefois encore quelques services dans lesquels le non-respect du repos de sécurité est accepté par les internes qui ne le déclarent pas dans leur évaluation ; ils évoquent un « syndrome de Stockholm ».

Ces services ne sont ainsi pas repérés et l'effort d'information spécifique, notamment de la part des coordonnateurs, ne peut pas être réalisé auprès des chefs de service. Pour la médecine générale Isabelle Riom estime que sur plus de 500 services en Île de France, cela concernerait jusqu'à 50 services qui présenteraient d'importants dysfonctionnements.

Une nouvelle enquête sur la réalité du respect du repos de sécurité est prévue par les représentants des internes.

L'étape suivante est de préciser le respect de la demi-journée pédagogique.

IX - Résumé en 18 propositions

Le groupe de travail rappelle l'importance de tous les dispositifs existants qui sont complémentaires et doivent communiquer entre eux. Il émet les préconisations suivantes :

Accueil

1. Instaurer une véritable culture de l'accueil et de l'accompagnement de l'interne.
2. Instaurer une culture de la reconnaissance du travail de l'interne.
3. Amélioration des réunions d'accueil au niveau local.
4. Création d'un séminaire d'accueil en début d'internat au niveau régional impliquant tous les acteurs.
5. Création d'un séminaire de fin d'internat au niveau régional impliquant tous les acteurs.

Dépistage et signalement

6. Certificat d'aptitude rigoureux permettant un réel échange.
7. Visite obligatoire en médecine du travail pour tous les internes en première année.
8. Valorisation du livret pédagogique, support à d'échanges entre le coordonnateur et l'interne.
9. Valorisation du Livret d'accueil élaboré par le BDI.

Prise en charge

10. Importance majeure d'une confidentialité renforcée.
11. Amélioration de la confidentialité en liaison avec la cellule d'identitovigilance.
12. Affichage de cette confidentialité renforcée sur les sites de la CME et de l'AP-HP Médecine du Travail.
13. Renforcement des effectifs de médecins du travail actuellement notoirement insuffisants.

Prévention

14. Identification dans chaque service d'un référent des internes.
15. Formations spécifiques pour les encadrants et notamment pour les référents des internes.
16. Création d'interfaces interfacultaires enseignants-internes.
17. Prévention et prise en charge des toxicomanies : mission FIDES.
18. Exhaustivité du respect du temps de travail et du repos de sécurité.

Annexes

Elles sont disponibles sur le site internet : <http://cme.aphp.fr>

Annexe 1. Article L.S. Rotenstein.

Annexe 2. Rapport D. Marra.

Annexe 3. Plan d'action de l'AP-HP pour accompagner les internes en difficulté
présenté en CME le 12 mai 2015.

Annexe 4. Compte-rendu de la réunion du 2 mars 2018.

Annexe 5. Compte-rendu de la réunion du 17 avril 2018.

Annexe 6. Compte-rendu de la réunion du 15 mai 2018.

Annexe 7. Plan RHPM.

Annexe 8. Livret d'accueil des internes.

Annexe 9. Note DOMU.

Annexe 10. Prise en charge médicale précoce des PM et PNM souffrant de RPS.

Annexe 11. Diaporama Syndicat des CCA.

Annexe 12. Mission FIDES.

Annexe 13. Présentation Repos de sécurité juin 2013.