

— **COMMISSION REGIONALE
PARITAIRE**

— 28 mai 2015

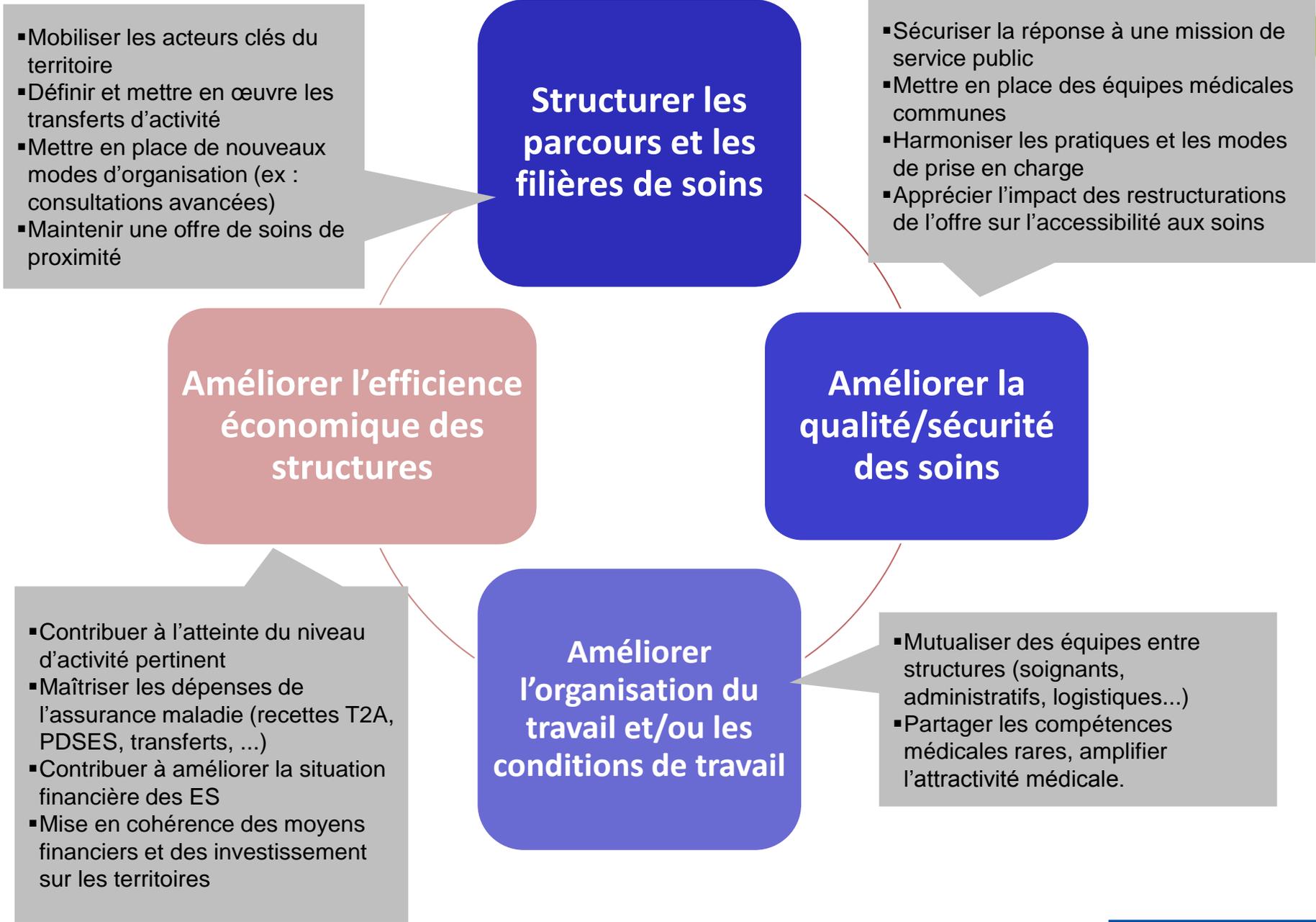
ORDRE DU JOUR

1. Approbation du relevé de discussion de la commission régionale paritaire du 26 janvier 2015
2. Coopérations et enjeux des GHT en Ile-de-France (Christine Schibler, responsable du pôle établissements de santé - ARSIF)
3. Santé et risques psycho sociaux au travail des médecins hospitaliers : état des lieux (Pr Choudat et représentants du groupe de travail)
4. Enjeux actuels de la gestion de l'internat en Ile-de-France (Sébastien Firroloni, responsable du pôle Ressources Humaines en Santé - ARSIF)

Coopérations et enjeux des GHT en Ile-de-France

**Christine Schibler, Directrice du pôle
Etablissements de Santé, ARSIF**





Les orientations du PRS Ile-de-France

Le Projet régional de santé priorise trois objectifs :

- **Réduire les inégalités en santé, construire des parcours de santé fluides, lisibles et sécurisés et accroître l'efficacité de la dépense.**

Les actions de l'Agence s'inscrivent dans ce triptyque :

- **consolider de l'offre prioritairement en grande couronne,**
- **prioriser des actions dans les départements de Seine-et-Marne et de Seine-St.-Denis,**
- **soutenir des actions de coopération et de coordination de l'offre (CHT, GCS, équipes médicales de territoire).**

Le contexte démographique pousse à accélérer le rythme des coopérations, en particulier sur certaines disciplines : focus sur la chirurgie et les soins critiques

Des objectifs nationaux :

- . Des exigences de coopérations dans le cadre des investissements (COPERMO, etc.)
- . Pour l'évolution des modalités de prise en charge

Chirurgie :

CPOM Etat-ARS :

- 50% des actes chirurgicaux pratiqués en ambulatoire en 2016

HAD :

- Circulaire DGOS du 4 décembre 2013 : objectif à horizon 2018
- Nombre de patients en HAD / jour / 100 000 habitants : 30
=> Une augmentation de 50%

Comment coopérer ?

Les leviers de l'action de l'agence

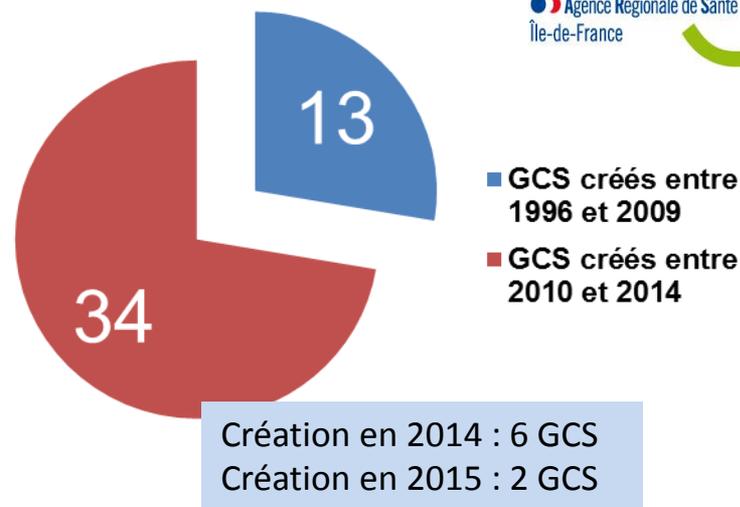
1. **Le SROS et la régulation**
2. **Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens CPOM**
3. **Le pilotage financier et l'attribution des moyens (dont le FIR)**
4. **L'inspection et le contrôle**
5. **La PDSES**
6. **Les accompagnements ARS sur les territoires et les appels à projet : équipes mobiles SSR, ...**
7. **Le recours aux instruments contractuels, aux primes multi sites, aux différentes modalités de coopération (gcs, fusion, directions communes)**

L'intervention territoriale efficiente repose sur la combinaison de ces différents instruments

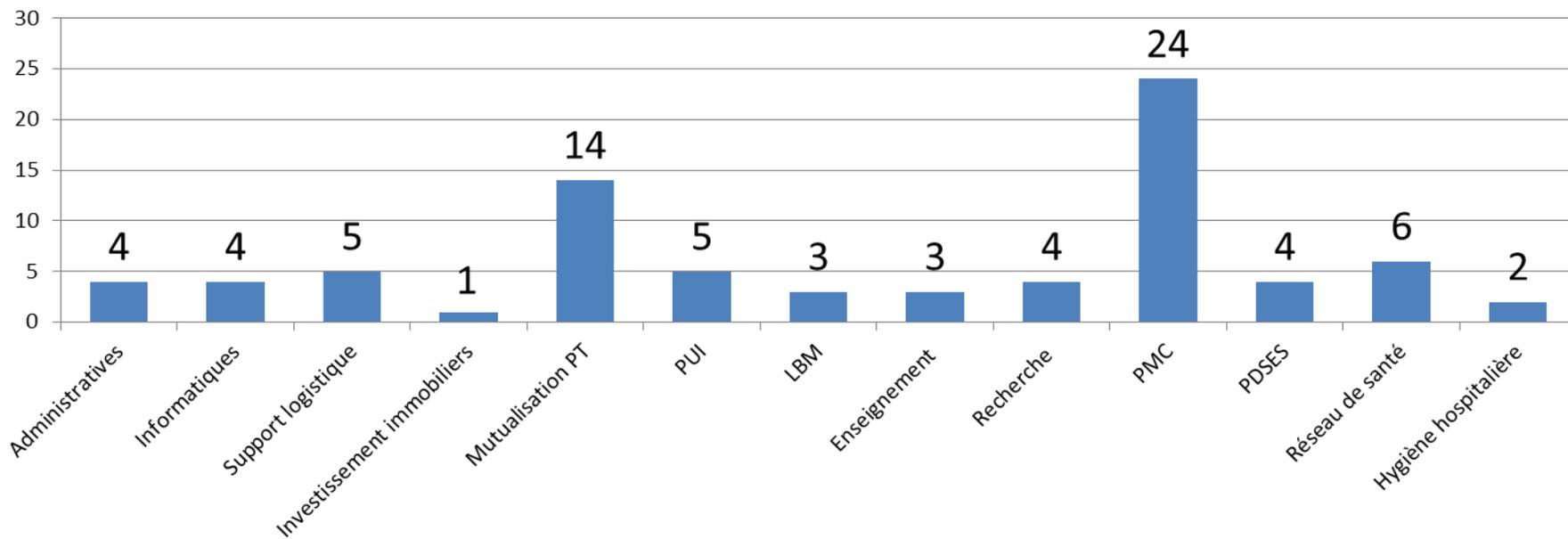
LA DYNAMIQUE EN ILE-DE-FRANCE

Bilan des coopérations : GCS

- Modalité de coopération créée en 1996
- Depuis 1996 : 47 GCS créés en Ile-de-France dont 34 depuis 2010
- Modalité de coopération privilégiée entre et avec les EPS
- Près d'un GCS sur trois concerne l'exploitation d'un plateau technique
- Près d'un GCS sur deux concerne des prestations médicales croisées



Activités objets des GCS



47 GCS en Ile-de-France

- Près de la moitié des GCS sont de droit public; plus de la moitié des GCS sont exclusivement composés d'EPS et une dizaine de GCS est issue d'une coopération public/privé;
- Une vingtaine de GCS ont été créés pour mettre en place des prestations médicales croisées; depuis 4 ans, les projets de GCS témoignent davantage d'une volonté des établissements de mettre en place des projets médicaux et de partager des plateaux techniques afin notamment de répondre aux enjeux de démographie médicale.

2 CHT créées :

- Communauté hospitalière du territoire parisien pour la psychiatrie
 - Communauté hospitalière de territoire Vexin-Nord Val-d'Oise
- ⇒ 9 établissements publics concernés

7 Directions communes

6 fusions d'établissements publics de 2010 à 2014 - 1 fusion ESPIC

Des postes d'assistants partagés

2014 : 21 postes effectifs ; 2015 : le nombre de postes financés sera en augmentation

Des fédérations médicales inter hospitalières

Soutiens aux coopérations médicales : primes multi-sites

Priorités 2014 :

- **Accompagnement de projets de coopérations dans les territoires** (territoires prioritaires : Val-d'Oise, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis, Yvelines)
- **Spécialités à difficultés de recrutement** (gynécologie-obstétrique, pédiatrie)

	2013	2014
Nb de demandes	192	187
Nb de financements	142	156
Nb d'accords	38	24
Montants	972 k€	1,1 M€

Un exemple intéressant : Constitution de la CHT 95

Les grandes étapes de la constitution de la CHT :

- **2010** – début des travaux de rapprochement entre le CH de Pontoise et le CHIPO en vue de la création d'une CHT
- **Janvier 2011** – création du GHIV par fusion du Centre Hospitalier du Vexin et de l'établissement Public Gériatrique Jean Baptiste Cartry (Marines)
- **2011** – Extension des discussions pour la création de la CHT au GHIV et au CH de Carnelle
- **2012** – Approbation de deux GCS de moyens entre le CH de Pontoise et le CHIPO (prestations médicales croisées et activités de biologie médicale)
- **Septembre 2012** – direction commune par intérim de la direction du CHIPO sur le CH de Carnelle (SSR) et le GHIV.
- **Janvier 2014** – Création de la CHT
- **2014** – Mise en place d'une direction commune pour le CHIPO et le CH Carnelle
- **Janvier 2015** – Fusion du CHIPO et du CH de Carnelle
- **2015** – Projet de direction commune et de GHT

Les 9 axes stratégiques de la CHT :

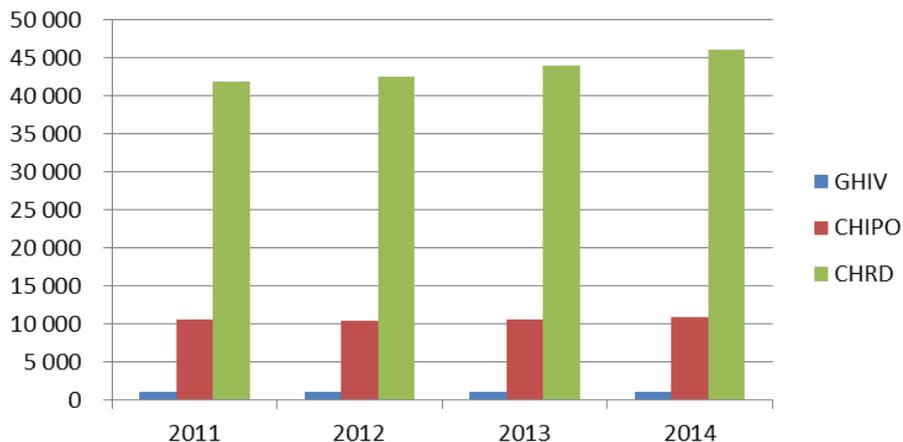
1. Optimisation des parcours et filières
2. Développement des alternatives à l'hospitalisation
3. Accès aux spécialités
4. Organisation de structures d'urgence de territoire
5. Amélioration des prises en charge en cancérologie
6. Consolidation / optimisation de l'imagerie
7. Coordination des prises en charge en santé mentale et addictions
8. LBM de territoire
9. Périnatalité de territoire

Des mutualisations

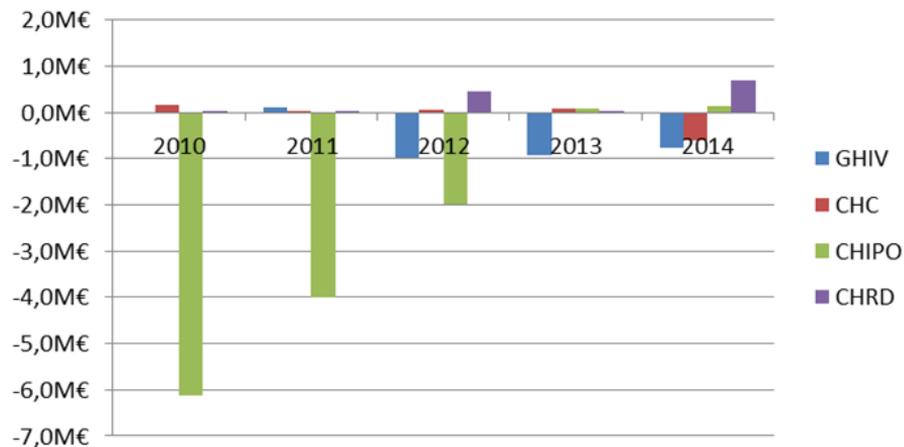
- Sur les activités médicales: réa, urgences, soins palliatifs, SSR
- Sur la biologie
- Equipes de direction

Activité des établissements membres de la CHT 95 entre 2011-2014

Nb de RSA hors séances (valorisés)



Compte de résultat CRPP en €



PRESENTATION GHT

Pourquoi les GHT ?

Un GHT

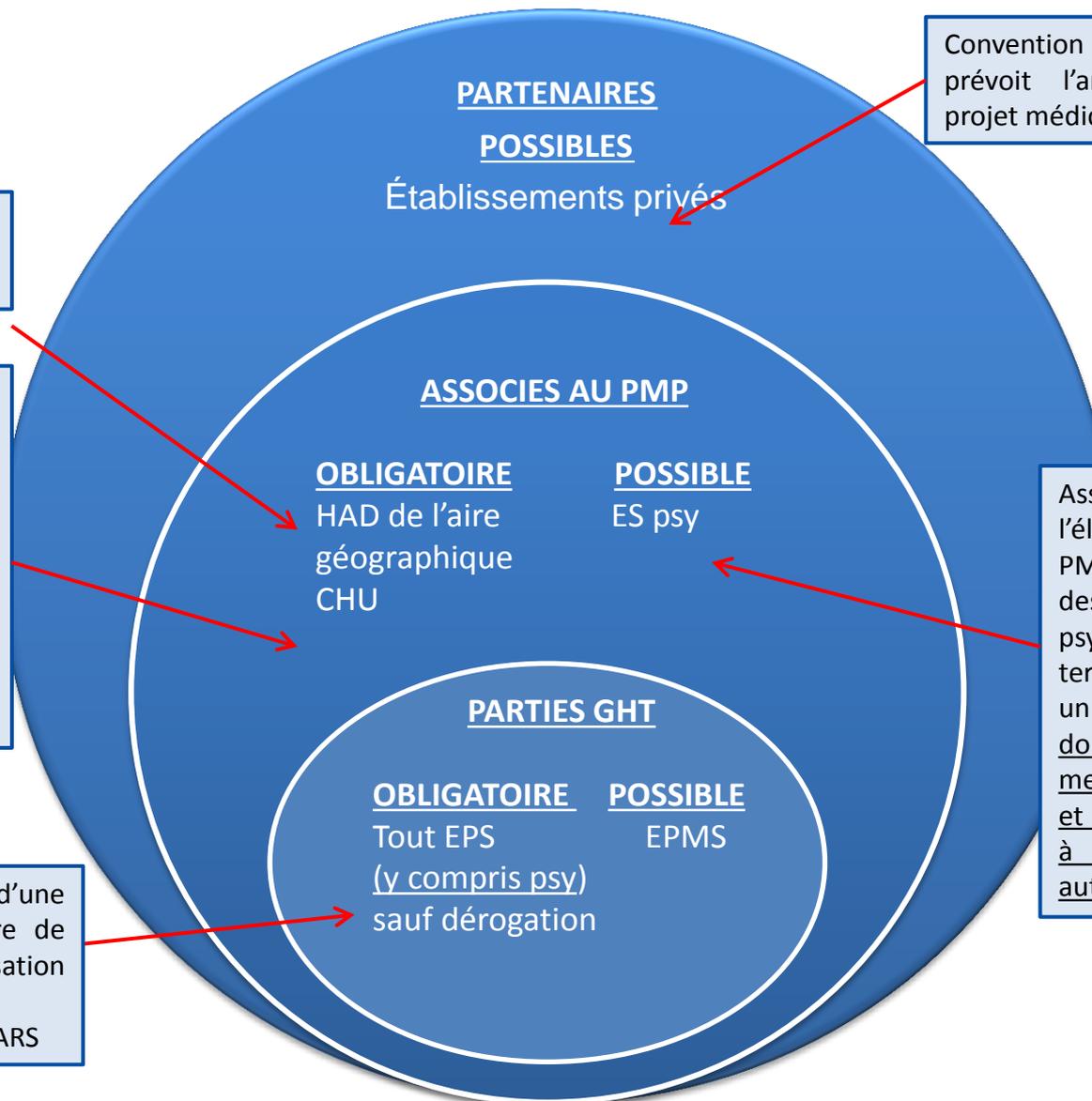
- s'inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé
- projet médical partagé (PMP) par les établissements, prises en charge partagées des patients
- approche orientée patients et non plus structures
- stratégie médicale de territoire, meilleures coordinations entre les offreurs hospitaliers
- organisation des gradations des soins, de la proximité au recours

Avec comme objectifs :

- de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire pour garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité
- de constituer des filières / parcours
- de réaliser des gains d'efficacité (réduction du coût des fonctions techniques administratives et logistiques, réduction du recours à l'intérim médical, réduction nombre de gardes et astreintes ...)
- Des impacts dans le contexte du plan triennal : évolution des modalités de prise en charge (ambulatoire, HAD, PRADO...), évolution de l'hospitalisation complète, achats, maîtrise des charges et baisse des déficits.

Article 27 du projet de loi, 5 principes à retenir

1. Des membres ... des associés ... et des partenaires



Convention de partenariat qui prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du GHT

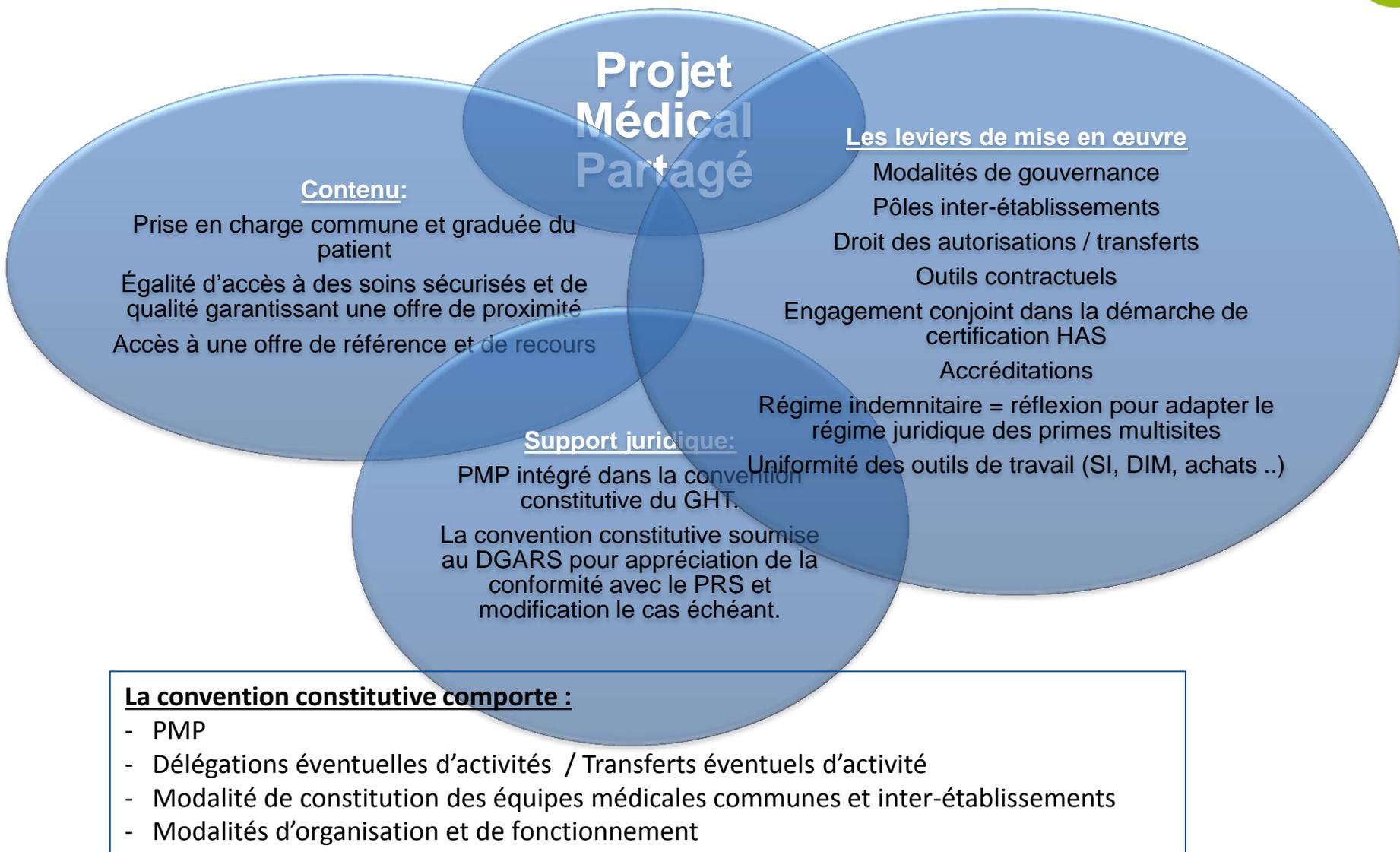
Il s'agit des structures HAD qui ne sont ni partie ni partenaire du GHT

1. Tout GHT est associé à un CHU : convention d'association avec ES support : coordonne l'enseignement, la formation initiale, la recherche, la gestion de la démographie, les missions de référence et de recours.
2. Tout CHU doit être membre d'un GHT. Spécificité pour l'AP-HP = décret en attente

Association à l'élaboration du PMP dans le cadre des communautés psychiatriques de territoires:
un même EPS psy doit donc être membre d'un GHT et peut être associé à un PMP d'un autre GHT

Etablissement justifiant d'une place spécifique dans l'offre de soins régionale sur autorisation DGARS
= marge de souplesse pour l'ARS

2. L'élaboration d'un projet médical partagé (PMP)



3. Des compétences obligatoirement transférées à l'ES support

- Une stratégie, une optimisation et une gestion d'un SI convergent avec pour objectif dossier médical partagé => pas simple interopérabilité
- Un DIM de territoire
- Politique / fonction achat commun en cohérence avec les mutualisations déjà engagées / plan triennal au titre du programme PHARE
- Coordination des instituts, écoles, plans de formation et Développement Professionnel Continu

4. Des compétences potentiellement transférées à l'ES support

- Activités administratives, techniques, logistiques
- Fonctions médico-techniques (biologie, plateaux d'imagerie mutualisés, PUI)

Le GHT ne remet pas en question les coopérations qui fonctionnent, mais peut impliquer une réflexion sur le maintien de leur forme juridique actuelle et/ou de leur articulation avec le GHT

Des enjeux dans le contexte du plan triennal : évolution des modalités de prise en charge (ambulatoire, HAD, PRADO...), évolution de l'hospitalisation complète, achats, maîtrise des charges et réduction des déficits.

5. Liberté quant aux modalités d'organisation et de fonctionnement ... une gouvernance précisée

GHT non doté de la personnalité morale

Un établissement support pour exercer pour le compte des autres les activités et compétences obligatoires/optionnelles mises en commun

- Désignation approuvée par les Conseils de Surveillance
- Si défaut de désignation par les établissements => désignation par le DGARS

Un comité stratégique = directeurs, présidents CME, Commission des soins (CSIRT) + possible bureau restreint.

Mission : se prononcer sur la mise œuvre du projet médical partagé et de la convention.

Un comité territorial des élus = représentants des collectivités territoriales membres des conseils de surveillance des établissements de santé de chaque GHT.

Mission :

- ➡ Evaluer les actions mises en œuvre par le GHT afin de garantir l'égalité d'accès au soins sécurisés et de qualité.
- ➡ Emettre des propositions d'actions

Le DGARS prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du GHT pour apprécier l'EPRD et le PGFP de chacun de ces établissements.

Rappel du calendrier prévu par la loi

- **31 décembre 2015 au plus tard** :
 - La liste des GHT et leur composition sont arrêtées sans précision sur le nom de l'établissement support à ce stade
 - Tout établissement public de santé (hors dérogation) a conclu une convention constitutive de GHT reprenant :
 - Définition du périmètre du GHT
 - Nomination de l'établissement support
 - Approbation de la convention constitutive
- **1^{er} juillet 2016 au plus tard**:

Tous les projets médicaux partagés sont finalisés et intégrés par voie d'avenant à la convention constitutive des GHT

- **1^{er} janvier 2018 au plus tard**: Mise en œuvre de toutes les mutualisations
= Soit une mise en œuvre PROGRESSIVE de la convention

Des éléments à prendre en compte pour définir les GHT

- Les objectifs du SROS PRS en particulier sur le volet territorial,
- La nécessité de consolider l'offre pour pérenniser les établissements de proximité dans le cadre d'un projet médical partagé
- L'amélioration de la qualité et la sécurité pour les usagers
- Le bilan des coopérations existantes (GCS, directions communes, projets médicaux communs, CHT..) ou en devenir
- La définition des synergies possibles sur les territoires en termes d'attractivité professionnelle, d'investissements ou d'efficience
- Les projets de développement des transports, les projections d'évolution de population et l'impact du Grand Paris
- La volonté de couvrir l'ensemble des territoires et d'éviter des dérogations

Enjeux d'articulation entre la démarche GHT et la continuité des objectifs régionaux

- Consolider les projets déjà réalisés et poursuivre les travaux visant à améliorer et fluidifier la transversalité entre les acteurs :
 - ⇒ relations entre l'hôpital et l'offre de soins, notamment les réseaux de soins
 - ⇒ coopération entre l'hôpital et des professionnels libéraux (notamment concernant l'imagerie et l'organisation de la continuité et la permanence des soins)
 - ⇒ relation entre l'hôpital et les acteurs médico-sociaux
- Mise en œuvre des contrats à visés territoriale entre les acteurs
- Garantir le maintien et soutenir les coopérations entre l'hôpital et les établissements de santé privés, dans une logique de parcours de soins et de réponse au besoin de la population
- D'autres outils prévus par le projet de loi permettant d'améliorer le parcours de santé sur les territoires

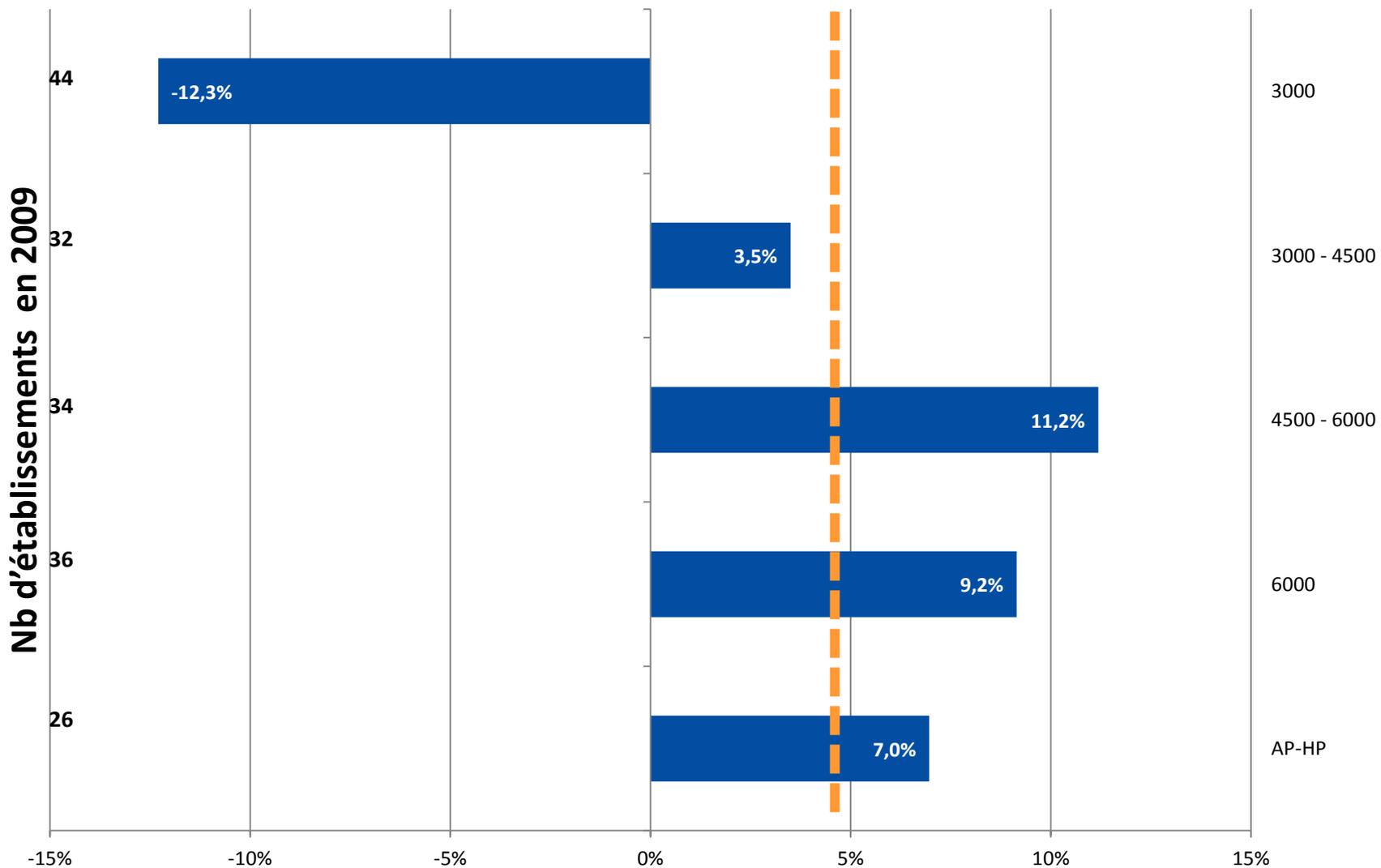
ANNEXES

Réflexions sur la chirurgie

- **Une démographie médicale fragilisée** : un taux de vacance des postes en anesthésie et en chirurgie de plus de 20% avec des territoires particulièrement touchés comme la Seine-et-Marne et le plus souvent des établissements de grande couronne
- **Une évolution forte liée au virage ambulatoire, aux pratiques et aux technologies....**
- **Une PDSES à évaluer** : 34 sites PDSES orthopédique et viscérale en nuit profonde, 18 interventions en moyenne chaque nuit, 4 établissements ont une moyenne < 1
- **Des activités sur certains plateaux faibles en volume dans un contexte marqué par le recul des établissements ayant déjà une faible activité (voir graphe ci après)**

Chirurgie : Evolution du volume d'activité chirurgicale (HC et ambu) entre 2009 et 2013 : une baisse d'activité des petites structures

par catégorie d'établissement (moyenne régionale : +5%)



Taux de croissance de l'activité chirurgicale entre 2009 et 2013

- **Maintenir la capacité régionale**
- **Accompagner les mises aux normes et les conditions techniques,**
- **Installer toutes les USC associées aux réanimations non conformes,**
- **Les séjours longs :**
 - Travaux en cours sur des lits de MCO dit soins de rééducation post réanimation (SRPR)
 - Travaux en cours sur les séjours longs en vue de prise en charge en SSR neurologiques « lourds »
- **Amélioration du taux de prélèvements d'organes**

Soins critiques

La concentration des activités paraît inéluctable pour garantir la sécurité des patients: accompagner le changement, construire des réponses avec les professionnels.

Les questions qui se posent :

- **Comment garantir l'accès, pour tous et sans perte de chance, à des soins de qualité (état de l'art ..), « proportionnés et raisonnables » et avec « justesse » dans l'allocation des ressources (territorialisation) ?**
- **Comment définir, avec les professionnels, les bons niveaux de plateau technique requis en tenant compte :**
 - des éléments structurants / seuils
 - de la gradation existante
 - de l'organisation de la PDSES
 - du niveau de complexité et/ou de rareté d'actes hautement spécialisés
- **Dans les structures de taille infra-critique, le service de réanimation joue souvent un rôle de palliatif aux difficultés d'organisation de la continuité des soins en chirurgie ou en obstétrique. Comment intégrer le travail sur la question des soins critiques à une réflexion sur le changement de modèle de l'établissement ?**

Santé et risques psycho sociaux au travail des médecins hospitaliers : état des lieux

Pr Dominique Choudat

Santé et risques psychosociaux au travail

Comité Régional Paritaire
28 mai 2015

Groupe de travail

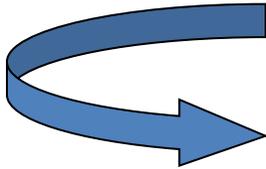
Pr D Choudat (pathologie professionnelle)

et Pr P Hardy (psychiatre)

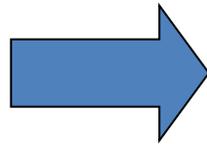
- Dr N Dantchev, Dr P Lascar (psychiatre)
- Dr P Dassier, Dr M Dru (Comité régional paritaire)
- Dr Z Médiouni (pathologie professionnelle)
- Pr JY Artigou (CME, Bureau de l'internat)
- Pr B Plaud (anesthésie réanimation)
- Dr F Lecieux (service central de médecine du travail)
- Mme L Wallon, Mr S Firroloni (ARS)
- Mme A Hegoburu, Mme D Chareyre (ARS)

Trois réunions dans un temps limité

CRP du 26 janvier



- 4 mars
- 28 mars
- 5 mai



CRP du 28 mai

Objectifs et Principes

Objectifs du groupe de travail

- Faire un état de la question sur les RPS
- En vue de propositions pour élaborer des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire en IdF

Principes

- Pour le personnel médical (extension possible au PNM)
- En secteur hospitalier public (AP-HP et hors AP-HP)
- Avec une approche pluridisciplinaire

Plan de la présentation

- Introduction
- Définition
- Epidémiologie
- Conséquences économiques et implications juridiques
- Réalisations nationales et en IdF
- Proposition d'actions de prévention I, II, III

Définitions

1. Facteurs de risques psychosociaux:

Eléments organisationnels et relationnels relatifs à l'environnement professionnel du travailleur qui peuvent potentiellement entraîner chez lui des troubles psychiques.

2. Troubles psychosociaux:

Troubles psychiques chez un travailleur, dont l'origine est directement liée à son milieu professionnel.

3. Risques psychosociaux:

Probabilité de survenue de troubles psychosociaux relative à des facteurs de risques psychosociaux. Selon l'OMS: Risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par une exposition à des conditions d'emploi, des facteurs organisationnels et relationnels en milieu professionnel susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.

La prévention des RPS

La prévention des RPS se décline en 3 niveaux:

Prévention primaire se traduit par la réduction de la probabilité de survenue du trouble psychosocial en réduisant les facteurs de risques psychosociaux à leur source.

Prévention secondaire réalisée quand des troubles psychosociaux sont repérés afin d'en éviter l'aggravation ou la propagation

Prévention tertiaire réalisée quand des troubles psychosociaux sont présents. Prise en charge thérapeutique, sociale.

Bibliographie

Risques psycho-sociaux dans les établissements hospitaliers

Dr Z Médiouni

Unité de pathologie professionnelle
Garches

Méthodologie

- Recherche de documents de synthèse d'organismes officiels avec un moteur de recherche internet généraliste.
- Recherche épidémiologique par références croisées en utilisant Pubmed, un moteur de recherche internet scientifique. Sélection des articles par titre et abstract.

Documents de synthèse d'organismes français (I)

Panorama des établissements de santé 2014 : Les conditions de travail dans les établissements de santé (p9 à 29) :

- synthèse des enquêtes de la DARES, DREES, DGAFP, Enquête Conditions de Travail 2013.
- Amélioration des conditions de travail depuis 2003.
- Moins de souffrance et travail que pour l'ensemble des actifs.
- Les professions les plus exposées sont les IDE puis les aides-soignants.
- Peu de différence selon le sexe et le statut de l'établissement.

Documents de synthèse des d'organismes français (II)

Rapport d'un groupe multidisciplinaire de la DHOS concernant le harcèlement moral présumé dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics, 2003. Réactualisation en 2009 :

- Définitions,
- pistes pour l'action,
- références françaises,
- adresses utiles.

Documents de synthèse des d'organismes français (III)

Rapport issu du groupe de travail réuni à l'initiative du Fonds national de prévention de la CNRACL, animé par Sciences Po Bordeaux, le 4 mars 2013 : Pour une prévention durable des risques psychosociaux dans les fonctions publiques territoriales et hospitalières :

- Notion de « Risques psycho-sociaux » et son évolution,
- Les mutations des conditions travail dans le secteur public et leurs conséquences en la matière,
- La nécessaire mobilisation des agents pour assumer la bonne qualité des conditions de travail.

Données épidémiologiques internationales (une sélection)

Population cible :

- Chez les médecins, le taux de suicide est modestement élevé pour les hommes par rapport à la population générale. Ce taux est plus important chez les femmes médecins.

Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. 004 Dec;161(12):2295-302.

- Les médecins présentent moins de plaintes que les PNM.

Oleckno WA et al- Differences in self-reported health behaviors between public health professionals and support staff. Psychol Rep. 1999 Feb; 84(1):27-34.

(n=431 femmes, 9 centres hospitaliers en Illinois).

- Les médecins présentent moins de plaintes que les PNM. Les femmes ont plus recours aux soins. Les hommes présentent plus de pathologies chroniques et un fort taux d'automédication.

Toyry et al- Self-reported health, illness, and self-care among finnish physicians : a national survey. Arch Fam Med. 2000 Nov Dec; 9(10): 1079-85. (Étude transversale menée sur les médecins inscrits à l'Ordre des médecins finnois. Analyse selon le sexe et la spécialité).

- Les exigences professionnelles excessives sont liées à l'épuisement professionnel et aux conflits travail-famille.

Estry-Behar M, Fry C, Guetarni K, Aune I, Machet G, Doppia MA, Lassaunière JM, Muster D, Pelloux P, Prudhomme Ch. Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians: results from the French SESMAT study. Work. 2011;40 Suppl 1:S83-100. doi: 10.3233/WOR-2011-1270.

- Médecins, selon la spécialité :

- Les médecins psychiatres sont plus à risque en termes de santé mentale mais aussi de pathologies somatiques. A l'autre extrémité du spectre, les chirurgiens. Entre les deux, pas de différence significative.

Virtanen M- Health risk behaviors and morbidity among hospital staff- comparison across hospital ward medical specialties in a study of 21 finnish hospitals. Scand J Work and Environ health. 2012; 38(3): 228-37

- Plus l'exposition des médecins légistes à des facteurs de stress professionnels inhérents à la tâche est élevée, plus leurs capacités d'adaptation sont diminuées. (Pays-Bas, n=84).

Van der Ploag E- Critical incidents and chronic stressors at work: their impact on forensic doctors. J Occupa Health Psychol. 2003 Apr; 8(2):157:66

- Les urgentistes cumulent plus de facteurs de stress que les autres spécialités.

Estryn-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, Aune I, Muster D, Lassaunière JM, Prudhomme Ch. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. Emerg med J. 2011 May;28(5):397-410.

- Internes :

- Trois à six mois après le début de l'internat, apparition d'un fléchissement de l'humeur, d'un sentiment de colère et de la fatigue chronique. (Cohorte monocentrique US, 61 internes).

Bellini LM, Bainme M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. JAMA. 2002 Jun 19;287(23):3143-6.

- Certains effets, comme la diminution de l'empathie persistent au de-là de la fin de l'internat.

Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. Acad Med. 2005 Feb;80(2):164-7.

- Le manque de sommeil et la fatigue sont les principaux facteurs de stress pour les internes. Ils s'inscrivent dans une situation complexe concernant les contraintes de temps, le soutien social et le degré de maturité.

Butterfield PS. The stress of residency. A review of the literature. Arch Intern Med. 1988 Jun;148(6):1428-35.

- Femmes enceintes

- Les PNM sont plus susceptibles d'avoir des arrêts de travail par rapport aux PM. Les nuisances psychiques relevées sont un collectif de travail faible, un déficit de reconnaissance et une faible latitude décisionnelle. (Registre danois).

- Kaerlev L et al. Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among danish hospital employees. Scand J Public Health. 2004; 32(2): 111-7*

Conséquences économiques et implications juridiques

Plus d'un travailleur sur cinq de l'Union européenne déclare souffrir du stress (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail - OSHA).

Le stress compterait à lui seul pour plus de 50% de l'absentéisme dans les entreprises, ceci entraînant 20 milliards d'euros de surcoûts au sein de l'Europe des 15 en 2002.

Le coût du stress professionnel en France en 2007

- Le coût du job strain (facteur de stress) est estimé entre **1,97 et 3,17** milliards d'euros (0,1 à 0,15 % du PIB français). Ce chiffre inclut le coût des soins et de la perte de richesse pour cause d'absence, de cessation prématurée d'activité et de décès prématuré.
- Le coût du turnover des soignants est évalué à un montant équivalent à 5 mois de salaire d'un(e) infirmier(e) et 3 mois de salaire d'un(e) aide soignant(e), comprenant le coût de la sous-productivité d'un nouvel embauché estimé à environ 40% du coût total.



Principe de prévention L4121-2

L'employeur met en œuvre les mesures prévues [pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs] sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

- 1° Éviter les risques
- 2° Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités
- 3° Combattre les risques à la source
- 4° Adapter le travail à l'homme, [...]
- 5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique
- 6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou moins dangereux
- 7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants,
- 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle
- 9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs.



Principe de prévention L4121-4

« Lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, l'employeur compte tenu de l'activité de l'établissement prend en considération les capacités de l'intéressé à mettre en œuvre les précautions nécessaires pour la santé et la sécurité »

➤ Obligation de sécurité de résultat



Obligation de résultat

- Selon P Y Verkindt: il s'agit pour l'employeur de prévenir, de former et d'informer et de mettre en place une organisation et des moyens adaptés.
- « Le résultat n'est pas l'absence d'atteinte physique et mentale mais l'ensemble des mesures prises effectivement par l'employeur dont la rationalité, la pertinence et l'adéquation pourront être analysées et appréciées par le juge »

Réalisations en IdF et en régions pour la prévention des RPS en milieu hospitalier

Pr D Choudat

Service de pathologies
professionnelles Cochin - Hôtel Dieu

Prévention III et II des RPS pour le milieu hospitalier

En France

- Association MOTS
- Collège français des anesthésistes réanimateurs CFAR

En IdF

- Personnel de l'AP-HP (DRH et médecins du travail, sCVH)
- Réseau des consultations de psychiatrie
- les internes : Réseau SOS-SIHP, plan d'actions AP-HP

- Réseau des centres de pathologie professionnelle
- Clinique du stress Garches (GH Paul Guiraud)

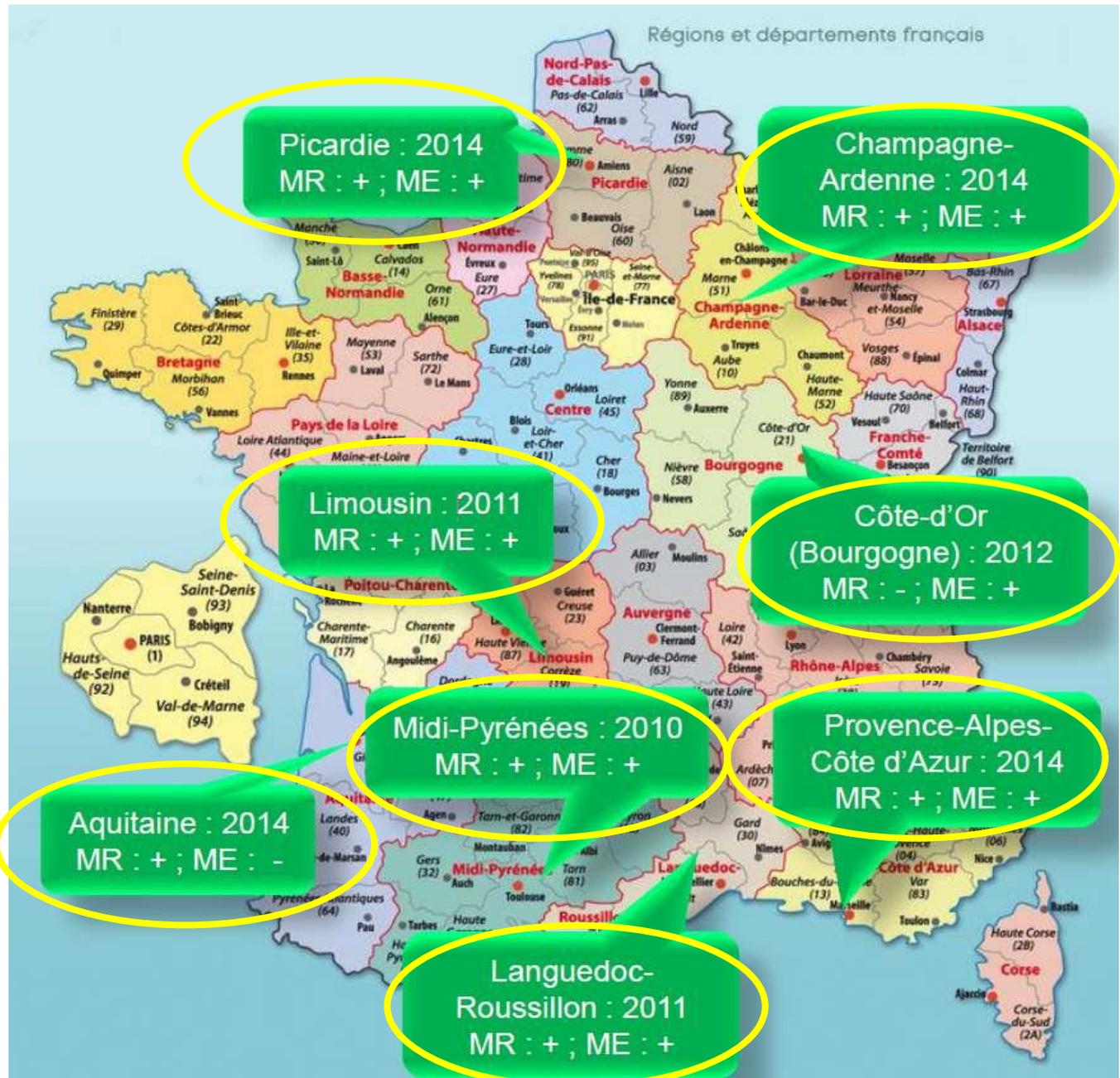
Association MOTS

Prévention tertiaire
pour les médecins

0608 282 589

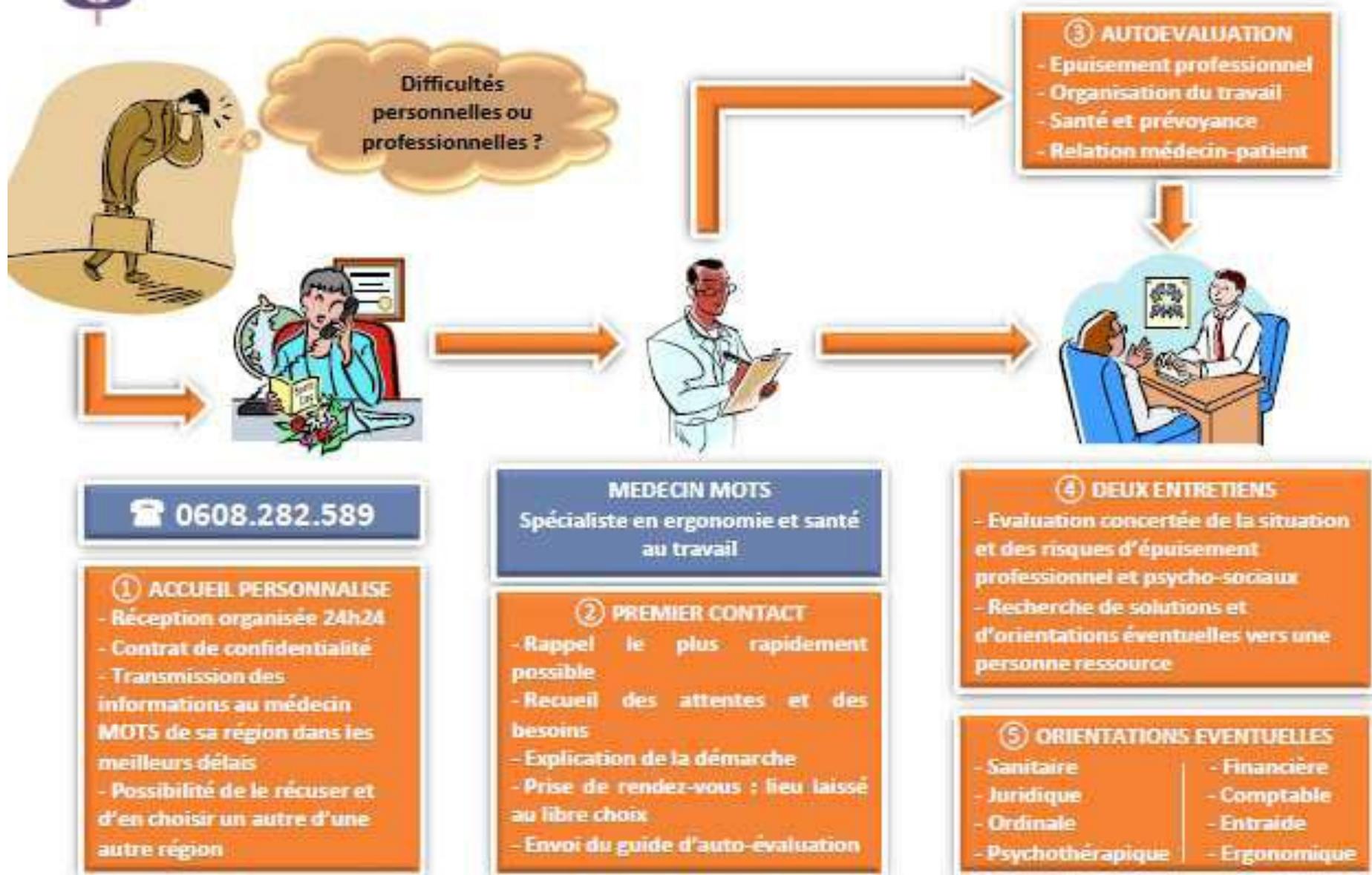
<http://www.association-mots.org/>

Association MOTS

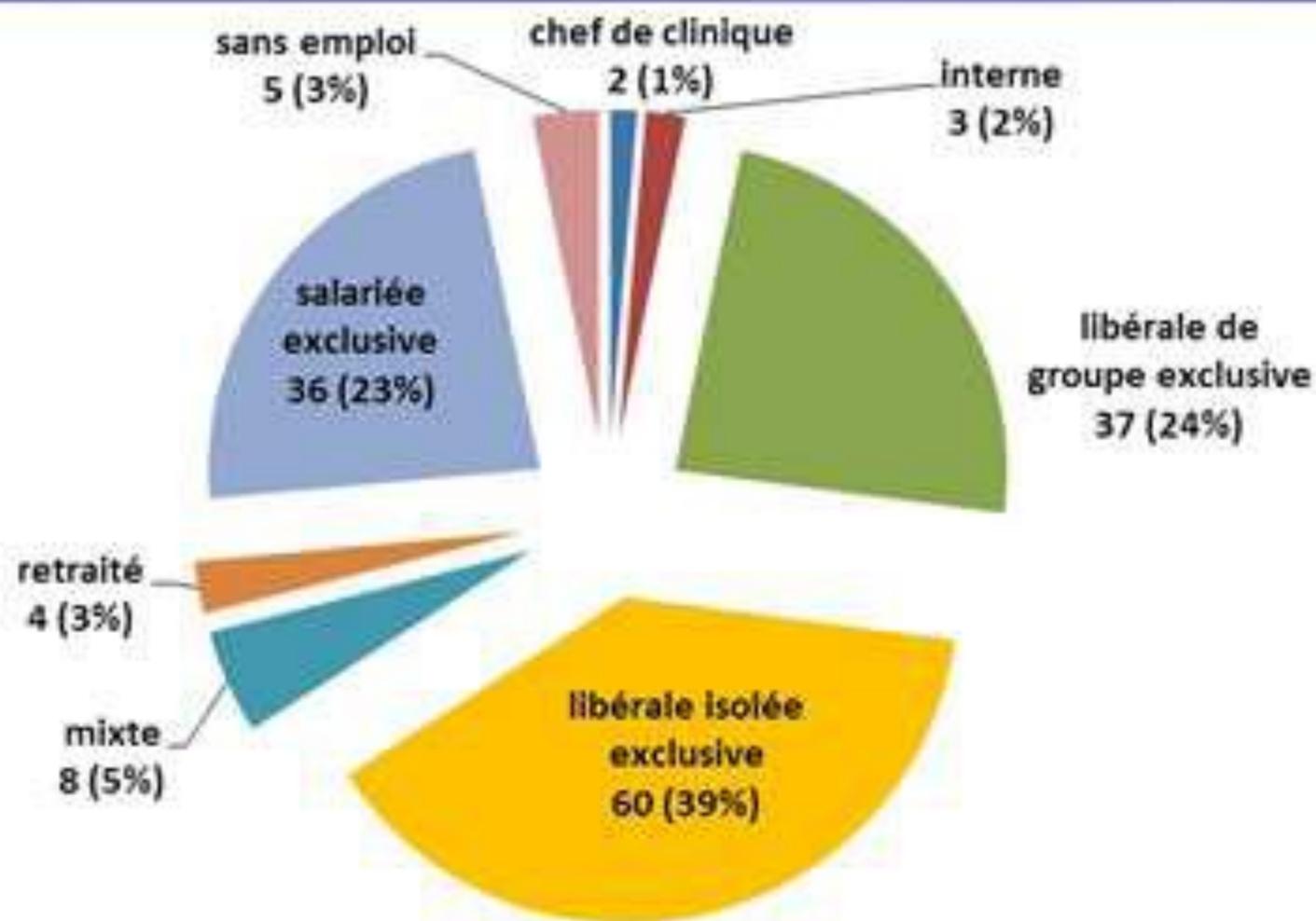




LA PRISE EN CHARGE: PROCÉDURE



Activité des médecins appelant :

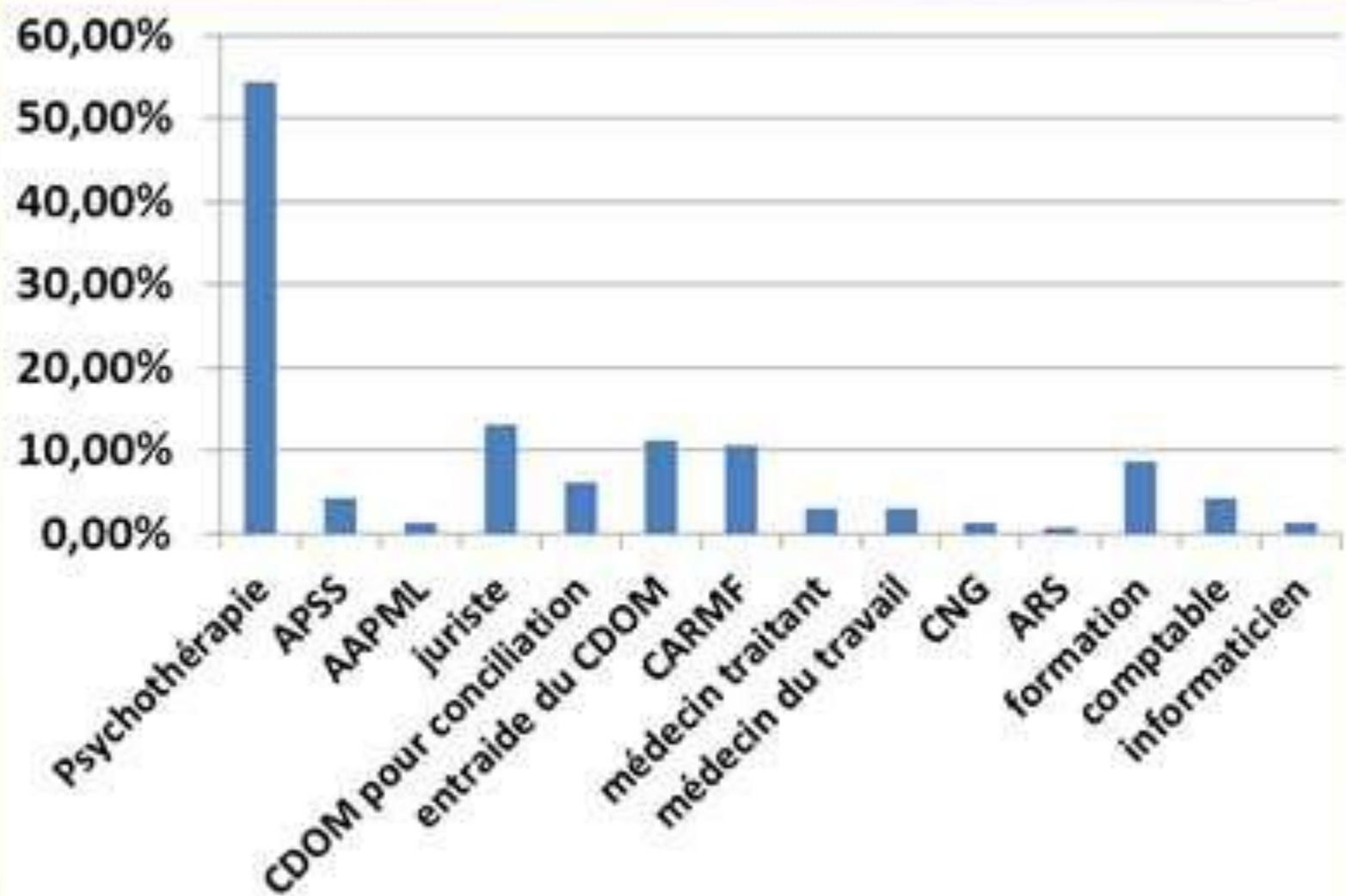


Quels sont les motifs d'appels ?

Plusieurs sont possibles :



Recours proposés:



Recours utilisés par le médecin

- Psychothérapie utilisée que dans 1/3
- Groupe balint non intégré
- Ressources ordinales toujours utilisées
- Médecin de soin contacté dans ¼
- Médecin du travail contacté dans 1/3
- Recours au juriste fréquent

Collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR)

Prévention tertiaire

pour les anesthésistes réanimateurs

0 800 00 69 62

<http://www.cfar.org>



Professionnels de l'Anesthésie Réanimation, être écouté ça peut aider

N° Vert 0 800 00 69 62

*Appel gratuit depuis un poste fixe // Tarif selon opérateur
depuis un téléphone mobile*

**depuis
octobre
2013**

**24h
/ 24**

**7 jours
/ 7**



En savoir plus

Accessible par téléphone 24h/24 et 7j/7
un service d'écoute, de soutien et d'orientation est mis
gratuitement à votre disposition par le *Collège Français
des Anesthésistes Réanimateurs*
www.cfar.org

Commission SMART : Santé du Médecin Anesthésiste Réanimateur au Travail

1998 : le constat

- When your car breaks down, you can get help within 60 mn.
- When your mind breaks down, it can take 18 months ...
- When a doctor's mind breaks down, it can take years !

2000 : la démarche de l'anesthésie réanimation

Enquêtes de prévalence

- Addictions en anesthésie
- Syndrome Ep. Professionnel.
- Impact sur sécurité et qualité

Analyse des exp. étrangères

- Implication syndicale
- Barcelone, Quebec, (Lapierre 2001)

Travail de sensibilisation

- Publications dans revues syndicales et professionnelles,
- Congrès, sessions thématiques, communications, posters, etc.

SMART

Septembre
2009

3 suicides AR
en 15 jours



=> création
Commission
SMART



COLLEGE DES ENSEIGNANTS

D'ANESTHESIE REANIMATION



Syndicat national des
anesthésistes réanimateurs
de France



SYNDICAT DES MEDECINS
ANESTHESISTES-REANIMATEURS
NON UNIVERSITAIRES

+



2010 : enquête SMART/ CFAR, suivie de 6 initiatives pour construire un « service intégré » H24

1. **Numéro Vert : écoute, soutien, information, orientation (oct. 2013)**
2. **Base bibliographique** (santé en anesthésie réanimation, erreurs, fatigue)
3. **Mise à disposition d'une base documentaire en ligne** : articles, expériences étrangères, conférences thématiques, émissions, etc
4. **Autotests en ligne pour auto-évaluation** (fatigue, burnout, alcool, tabac, dépression, cyberaddiction, harcèlement, sommeil, etc.)
5. **Réseau addictologie**
6. **En cours (2015-2016) :**
 - **Promotion service santé au travail**
 - **Fiches pratiques thématiques** : (reconnaître un collègue en difficulté, etc.)
 - **Réflexion sur suicide, médecin seconde victime, etc.**
 - **Livret d'information** (Internes et responsables académ.)

www.cfar.org



Professionnels de l'Anesthésie Réanimation, être écouté ça peut aider

N° Vert 0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe / Tarif selon opérateur depuis un téléphone mobile

→ Certains événements peuvent altérer votre bien-être, votre qualité de vie et votre exercice professionnel. → Si vous rencontrez des difficultés professionnelles ou personnelles (épuisement professionnel, conduites addictives, idées noires, isolement, situations de harcèlement, crises, perturbations dans la sphère privée...) → Un professionnel de l'écoute* vous répond de manière entièrement anonyme et confidentielle. Vous pouvez appeler à tout moment, dès que vous en ressentez le besoin, de votre lieu de travail ou de votre domicile.

↳ Accessible par téléphone 24h/24 et 7j/7 un service d'écoute, de soutien et d'orientation est mis gratuitement à votre disposition par le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs
↳ www.cfar.org

* Psychologue clinicien diplômé inscrit au code de déontologie de la profession

↓ CARTE À DÉTACHER ET À CONSERVER



Écoute + Soutien psychologique

N° Vert 0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe / Tarif selon opérateur depuis un téléphone mobile

www.psy.fr espace bénéficiaires

Pour obtenir le login et mot de passe connectez vous au site du CFAR onglet SMART



En partenariat avec



24h / 24

7 jours / 7

Documentation en téléchargement sur www.cfar.org

Si besoin : une orientation secondaire personnalisée

- Vers un psychologue qualifié du réseau PSYA (ou tout autre thérapeute), au choix de l'appelant, pour une prise en charge plus approfondie,
- Vers un médecin traitant,
- Vers un réseau d'addictologie,
- Vers un service de santé au travail,
- Vers un contact syndical,
- ou toute autre ressource mise en place par le CFAR

Service accessible

7 jours / 7

24h / 24

Qui peut appeler ?

- Tout professionnel en anesthésie-réanimation (médecin, interne ou infirmier(e), du secteur public ou libéral),
- un proche, un conjoint, un collègue...

PsyA est certifié AFAQ ISO 9001 pour son « Centre d'Ecoute Psychologique »



À l'origine de ce service : les organisations composantes du CFAR et le SNIA



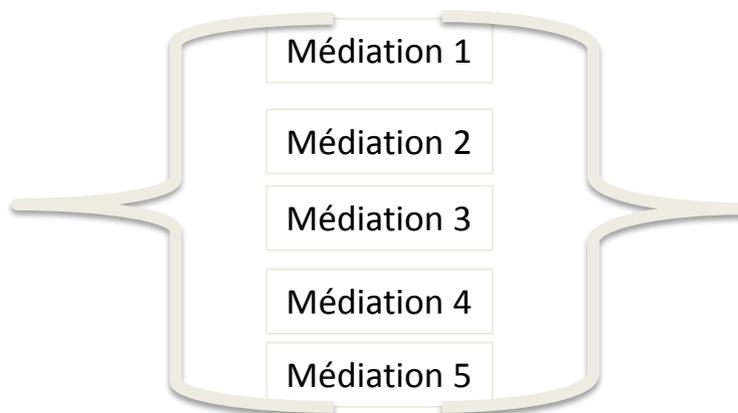
Pour en savoir + sur les services proposés par le CFAR rendez-vous sur : www.cfar.org



COLLÈGE FRANÇAIS DES ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS

R / doppia-ma@chu-cae

NB : un accès également possible par **Chat** (plus facile pour les plus jeunes pour un premier contact)



Enoncer, clarifier, réduire la tension

**Orientation
conseillée
selon
problématique**

- **Psychologue clinicien** (libre choix +++) ou **réseau PSYA**
- **Médecin** traitant
- **Réseau d'addictologie** du CFAR -> région souhaitée
- Service de **Santé au Travail**
- Vers **4 organisations syndicales** (+ ISNI si besoin)
- Vers **Sté Savante** / normes d'exercice : **CVP SFAR**
- au besoin suggestion -> **CNOM**
- ...etc.

Un accès libre à un service intégré d'information, d'aide et d'orientation



Bienvenue au CFAR !
Collège Français des
Anesthésistes Réanimateurs

[ACCÉDER À MON ESPACE
ADHÉRENT](#)

Votre identifiant

Mot de passe

[Mot de passe oublié ?](#)

[Devenir membre du CFAR](#)

www.cfar.org

LE CFAR	FMC	EPP	ACCREDITATION	DPC	SMART / VIE PRO	
SMART	AUTO-TESTS	N° VERT	RÉSEAU ADDICTO	DOCUMENTATION	LIVRET DES INTERNES	RÉFÉRENTIEL MÉTIER

Rechercher →

N°Vert 0 800 00 69 62

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

[ACCUEIL](#)

[LE CFAR, J'Y ADHÈRE !](#)

[AGENDA FMC](#)

[RECEVOIR LES INFOS](#)

Votre Email

[CONTACTS](#)

[SMART
LA LETTRE INFO](#)

Documentation

[BIBLIOGRAPHIE INDEXÉE DANS PUBMED](#)

[DOCUMENTS DE LA COMMISSION SMART](#)

[COMMENT EN PARLE T-ON À L'ÉTRANGER ?](#)

[AUTRES RESSOURCES DOCUMENTAIRES](#)

[SITES, VIDÉOS ET PODCASTS](#)

[LIENS UTILES](#)

[FAÏTES CONNAÎTRE SMART](#)

[REVUE DE PRESSE](#)

[COORDONNÉES UTILES](#)

[SOUFFRANCE ET TRAVAIL...POUR SE
FORMER](#)

Bibliographie

Cette page vous oriente vers une bibliographie thématique, sous forme d'articles actualisés par des membres de la commission SMART. Vous pouvez trouver des liens importants sur les thèmes suivants cliquables :

- [Burnout](#)
- [Fatigue et repos de sécurité](#)
- [Communication](#)
- [Erreurs médicales et accidents](#)
- [Harcèlement](#)
- [Prévention du burnout](#)
- [Addictions](#)

En outre, un lien vous renvoie vers les "[incontournables](#)", un certain nombre d'articles pionniers ou leur ampleur.

Ces liens vous permettront de lire, citer, échanger, parfois télécharger

- ALCOOL (FACE)
- TABAC (FAGERSTRÖM)
- SOMNOLENCE DIURNE (EPWORTH)
- BURNOUT (MASLACH BURNOUT INVENTORY)
- FATIGUE (PICHOT)
- CYBERDEPENDANCE (Québec)
- Anxiété- Dépression (HAD)
- HARCELEMENT
- WORKAHOLISM (Bergen)

Une feuille de scores à télécharger

- Évaluation individuelle

- ou en équipe

Permettre de mesurer l'état des équipes dans les organisations pour décider des changements nécessaires

Évaluation Santé-Travail-Vie personnelle

Réalisez vous-même en toute confidentialité les tests HAD, Burnout, Fatigue et sommeil sur le site du CFAR www.cfar.org (onglet SMART-VIE / AUTOTESTS) ou (<http://www.cfar.org/index.php/vie-pro-smart/autotests.html>), puis reportez vos scores de manière anonyme sur cette feuille de résultats.

Statut DES DES énorisé CCA/Assistant PH PU-PH Libéral Reste discret(e)

ADE BO DE Cadre Santé AS Autre précisez.....

Ancienneté dans l'établissement 0-5 ans 5-10 ans > 10 ans

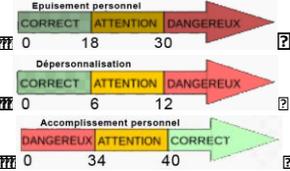
Test HAD (Anxiété-Dépression)

- Mon Score Anxiété sur 21
- Mon Score Dépression sur 21

Interprétation
 Entre 0 et 10 état anxieux ou dépressif douteux.
 Au-delà de 10 état anxieux ou dépressif certain.

Test Burnout (MBI - Maslach Burnout Inventory)

- Mon Score Épuisement Émotionnel (EE) sur 54
- Mon Score Dépersonnalisation (DP) sur 30
- Mon Score Accomplissement Personnel (AP) sur 48



Mesure de la fatigue (test de Pichot)

- Mon Score de l'Echelle de Pichot sur 2

Mesure de la somnolence (Epworth)

- Mon Score de l'Echelle Epworth sur 24

< 4	vous n'avez pas eu de problème de sommeil
5 à 10	vous avez un déficit de sommeil, évoyez vos habitudes
> 10	vous présentez des signes de somnolence diurne excessive

Durée hebdomadaire moyenne consacrée au travail

- Ma présence dans l'établissement peut être estimée par H par semaine
- Temps consacré au travail hors de l'établissement (dossiers, activité universitaire, etc.) H par semaine

Facultatif Nombre d'enfants à charge

Facultatif Classe d'âge 0-25 26-35 36-45 46-55 56-65 > 65

Notes importantes d'autres tests sont disponibles sur le site du CFAR (Tabac - Cyberdépendance - Alcool - Bien-être, harcèlement). Ils ne fondent pas un diagnostic mais permettent une prise de conscience de celui (celle) qui les y prête, en repérant des états qui pourraient justifier une prise de contact avec un professionnel pour faire le point en médecine du travail ou médecine traitant (psychologue, tabacologue, etc.).

A l'échelle d'une équipe, un état de lieux, réalisé de manière anonyme à partir de toutes les fiches complétées, peut permettre de voir ensemble les organisations de travail reconnues comme satisfaisantes ou pathogènes. La participation de tous les membres de l'équipe est un facteur déterminant du succès pour une telle démarche. Dans ce cas, les fiches remplies anonymement peuvent être confiées localement au responsable projet (leader, CDS). Pour en savoir plus www.cfar.org

Prévention des RPS pour le personnel de l'AP-HP

Dispositions générales

sous-Commission de la Vie Hospitalière de la
CME de l'AP-HP

Réseau des consultations de psychiatrie

PREVENTION RPS AP-HP

Historique et Synthèse des dispositifs actuels

Commission Régionale Paritaire Réunion du 28 mai 2015

HISTORIQUE

- Demande de signalement des évènements graves concernant le personnel (2008)
- Guide d'aide à la gestion de crise – Suicide d'un personnel survenu sur le lieu de travail (2009)
- En 2010, un premier plan d'actions de prévention des RPS, centré sur la méthodologie (mise en place d'un Comité de pilotage central et de comités de pilotage locaux).
- Programme de sensibilisation et de formation au risque suicidaire (2013).
- En 2013, le premier baromètre interne.
 - Il a permis de préciser le volet santé et sécurité au travail et qualité de vie au travail dans le plan stratégique 2015-2019 de l'AP- HP.
- Un **référentiel d'indicateurs** dans la démarche de diagnostic a été élaboré en 2012, et mis à disposition de comités locaux en 2013.
- Un guide de prévention de la violence en 2004, à destination des **cadres dirigeants** a été **actualisé et diffusé en 2014**. Il est désormais organisé en fiches reflexes.

ETAT D'AVANCEMENT ET PERSPECTIVES

- L'AP-HP s'est dotée d'une cellule (représentants de la direction générale + experts et membres du CHSCT) **CCPAS (depuis juin 2013)**, cellule d'analyse de prévention des suicides et tentatives de suicide.
 - Améliorer le recueil de données concernant les suicides, tentatives de suicide ou menaces de suicide des personnels afin :
 - Accompagner les collectifs de travail concernés par un évènement grave par une prise en charge médico psychologique dans **le strict respect du secret professionnel**
 - D'émettre des recommandations
 - Développer et renforcer la surveillance des suicides, tentatives de suicide, menace de suicide,
 - D'améliorer la prise en charge globale et coordonnée des personnes à risque suicidaire
 - Chercher à comprendre les conditions de travail des personnels concernés pour proposer **un plan de prévention** afin d'éviter la réitération de tels évènements graves.

ETAT D'AVANCEMENT ET PERSPECTIVES

- Une guide d'information et de sensibilisation à destination de **tous les personnels** vise à expliquer les risques psychosociaux et vers quels acteurs internes comme externes le personnel hospitalier peut se tourner pour en parler et ainsi permettre la remontée des alertes en vue de leur gestion et résolution.
- Un dispositif de formation visant à diffuser une culture de la prévention des risques psychosociaux et de la qualité de vie au travail avec implication des équipes d'encadrement (second semestre 2015).
- Un guide méthodologique simplifié d'évaluation et de prévention des RPS à destination de tous personnels en situation de responsabilité est prévu pour le second semestre 2015.

Dispositif de prise en charge des
praticiens mis en place par la sous-
Commission de la Vie Hospitalière de la
CME de l'AP-HP

Missions de la sCVH

➤ Régl. Int. CME :

- « *La CVH instruit les dossiers relatifs aux conditions de vie et de travail des praticiens à l'AP-HP et aux conditions d'accueil des praticiens qui y sont recrutés* »

➤ Règles de fonctionnement sCVH :

- Participe avec le DRHM à la définition et à la mise en œuvre d'une politique d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels concernant le PM

➤ Rôle de conseil, accompagnement et soutien auprès des médecins en situation de souffrance professionnelle

Consultations souffrance psychique et travail de l'AP-HP

Consultations souffrance psychique et travail de l'AP-HP

- Consultations multidisciplinaires
- En lien avec un réseau de médecins du travail
- S'adressent en particulier aux personnels soignants
- Localisations :
 - Hôtel-Dieu
 - Bicêtre
 - Tenon
- Projet de création d'un Centre Régional de Prévention des Risques Psycho-sociaux en partenariat avec CHS Paul Guiraud (Dr P. Lascar)

Le constat

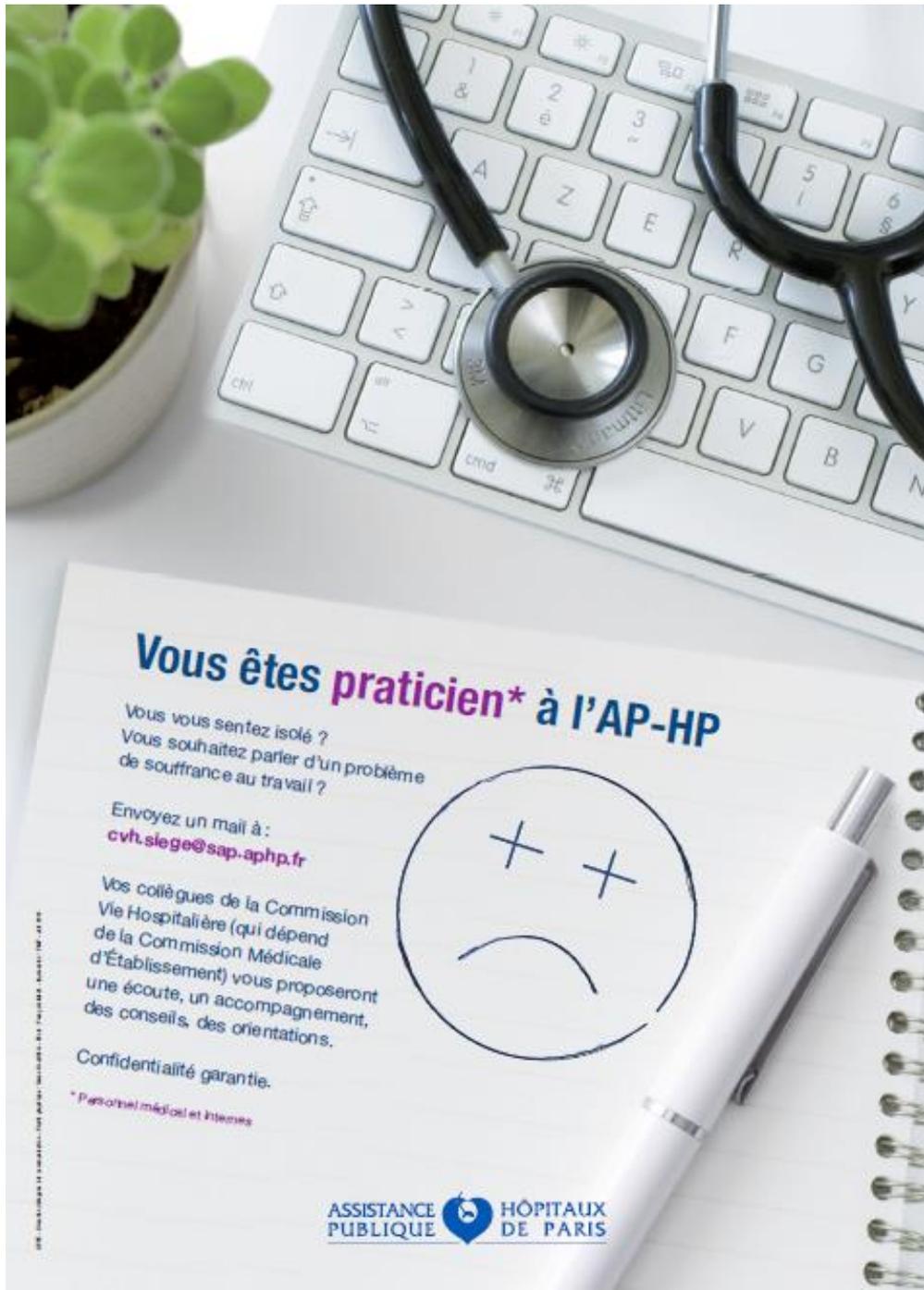
- Des praticiens en souffrance professionnelle parfois depuis des années
- Des restructurations qui accroissent ces difficultés
- Des problématiques de santé insuffisamment prises en compte
- Des dispositifs de reclassement ou d'accompagnement insuffisamment connus et mobilisés pour les praticiens
- Un traitement de ces situations qui reposait exclusivement sur le département des ressources humaines médicales

Situations individuelles : dispositif

- Ouverture de la messagerie en décembre 2013 :
 - cvh.siege@sap.aphp.fr
 - Mails dirigés vers deux praticiens de la CME

- Proposition d'un entretien téléphonique et/ou rencontre
 - Entretien avec un référent de la CVH
 - Une demi-journée par mois dédiée pour recevoir les personnes
(=> un RDV proposé directement dès le premier contact par mail)

- Réunions de synthèse mensuelle avec un sous-groupe de la sCVH et le DRHM



Vous êtes praticien* à l'AP-HP

Vous vous sentez isolé ?
Vous souhaitez parler d'un problème
de souffrance au travail ?

Envoyez un mail à :
cvh.siege@sap.aphp.fr

Vos collègues de la Commission
Vie Hospitalière (qui dépend
de la Commission Médicale
d'Établissement) vous proposeront
une écoute, un accompagnement,
des conseils, des orientations.

Confidentialité garantie.

* Personnel médical et internes



Deux principes fondamentaux

➤ Confidentialité garantie

- Pas d'intervention au niveau local (direction, CVH locale ou service / pôle) sans que cela ne soit demandé par le praticien

➤ Sollicitations de la CVH locale en première intention :

- Avec l'accord du praticien
- A condition que la CVH locale soit active...

Objectifs

Objectifs :

- Evaluer la gravité de la souffrance et ses conséquences
- Soutenir
- Orienter si besoin vers une prise en charge médicale et/ou psychologique
- Conseils sur la situation administrative le cas échéant

Contexte :

- Obligation de sécurité pour le salarié
- Risque juridique (pénal +++) → Prévenir les procédures pour l'institution et les managers

Un acteur clé : le médecin du travail

- Sollicitation du médecin du travail local
- En cas d'impossibilité de recours en local, service central de santé au travail (Dr Lecieux)

Bilan des signalements 2013-2014

- Nombre de praticiens concernés : **42**
- Nombre de cas signalés via la messagerie : **17**
- Tous les GH sont concernés
- Tous les statuts sont concernés
 - PH, PA, CCA, MCU, PU, etc.
 - Sauf les internes !
- Pratique des signalements encore peu répandue (cf. information)
- Surtout des cas « *insolubles localement* »

Typologie

Typologie :

- Difficulté à classer
- Facteurs intriqués
- Classement selon le facteur principal

6 catégories retenues :

- Management (n= **17**)
- Réorganisation (n= **9**)
- Conflits (n= **9**)
- Charge de travail (n= **3**)
- Santé (n= **3**)
- Inadaptation professionnelle (n= **1**)

Situations

- Des situations qui durent parfois depuis des années
 - mais très souvent « acutisées » à l'occasion d'un changement d'orientation de service / regroupement / changement de chef d'unité ou de pôle

- Dans la majorité des cas, aller travailler devient une souffrance quotidienne :
 - Absence de dialogue, sentiment de mise à l'écart
 - Vécu d'impuissance, dévalorisation
 - « Tenir » pour les patients
 - Conséquences : arrêts de travail (malgré les réticences +++ des médecins)

- Des situations qui touchent parfois tout un service

Difficultés

- Manque de temps pour se consacrer correctement à nos collègues
 - Le dispositif repose sur la disponibilité des membres de la CVH
 - Nécessité d'un suivi « administratif »
 - Assuré par le secrétariat DRHM
 - Peu de CVH locales actives
 - Peu de rapports d'activité communiqués à la CVH centrale
 - Soutien variable des CMEL et directions de GH ?
 - Quelques interventions contradictoires d'autres acteurs
- ➔ ***Des « exfiltrations » parfois, mais peu d'actions sur les facteurs causaux...***

Perspectives et propositions

- Officialiser un rôle de médiation pour la CVHc ?
 - En relais de la CVH locale
 - Quand une décentralisation est nécessaire
- Enquêtes administratives ?
 - Quelles modalités ?
- Ne pas proposer des dispositifs différents selon les statuts
 - Travailler avec le « Groupe des Internes » de la CME
- Management des médecins
 - Sensibiliser les responsables de structures et services aux RPS
- Améliorer l'information
 - ➔ **Consolider le dispositif situations individuelles**

Les Internes

isni

SOS-SIHP

Plan d'action AP-HP

Prévention essentiellement tertiaire
pour les internes

InterSyndicat National des Internes

<http://isni.fr/>

Besoin d'aide

Vous avez une question ou bien vous rencontrez une difficulté personnelle ou professionnelle dans le cadre de votre internat ?

Les équipes de l'ISNI sont à votre disposition pour vous accompagner en respectant la confidentialité la plus stricte.

Indiquez vos coordonnées pour que nous puissions vous recontacter ainsi que votre message ci-dessous :

Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris



<http://www.sihp.fr/>

Portail d'accueil et onglet « droit et devoirs »



BURN OUT

Le terme de Burn out date de 1974, et désigne épuisement professionnel. Il concerne toujours des personnes très investies dans leur travail, souvent dans des activités à connotation sociale. Les internes sont donc particulièrement exposés.

UN SYNDROME PSYCHOLOGIQUE À TROIS DIMENSIONS

- Epuisement Emotionnel (fatigue, vécu d'usure, impuissance, répétition sans fin....)
 - Dépersonnalisation (insensibilité, cynisme et réactions impersonnelles vis-à-vis des usagers) ·
 - Réduction de l'accomplissement personnel (perte de maîtrise de son travail, démotivation....)
- qui aboutit à une dépression grave.

AU DÉPART DES SIGNES DISCRETS QUI DOIVENT DONNER L'ALERTE



- Troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire, manque de mots , lapsus)
- Diminution rentabilité... et auto-accélération, augmentation de l'implication, «présentéisme » pour tenter de retrouver efficacité et satisfaction antérieures
- Fatigabilité
- Dénier du surmenage et de la surcharge de travail



QUE FAIRE ?

Que faire si un co-interne, un ami, (ou vous-même) est dans cette situation ?

Parlez en :

Des solutions existent, ne restez pas seul avec ce problème.

Parlez en à vos proches (famille, amis, co-internes...) pour qu'ils vous soutiennent.

Le SIHP est là pour vous aider dans ce genre de situation donc n'hésitez pas à [nous contacter](#)

Plan d'action AP-HP pour accompagner les internes en difficulté

*Jean-Yves ARTIGOU pour le groupe CME des Internes
et Gwenn PICHON-NAUDE (DOMU)*

CME 12 Mai 2015

DECES TOUTES CAUSES CONFONDUES RAPPORTEES AU NOMBRE TOTAL D'INTERNES IdF

	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (au 1 ^{er} mai 2015)
Nombre d'internes IDF (nov année n)	3961	4421	4851	5136	5368	5368
Décès toutes causes confondues (HRA)	0	1	3	2	2	1

Le nombre des décès au cours de l'internat est connu mais :

- Les suicides qui surviennent quelques mois après la fin de l'internat doivent nous préoccuper tout autant
- Les tentatives de suicide ne sont pas connues
- A l'inverse : décès n'est pas synonyme de suicide

Réflexions

du groupe CME des internes

- Thème majeur de réflexion du groupe CME des internes réunions des 17 février 2014, 7 avril 2014, 16 juin 2014, 13 octobre 2014, 15 décembre 2014 , 9 février 2015 et 20 avril 2015
- Réunion du groupe restreint sur ce thème le 4 juin 2014
- Réunion avec la CVH les 15 décembre 2014 et 9 février 2015 et CVH 8 avril 2015
- Participation à la CCPAS le 9 février 2014
- Réunion PCME 13 mars 2015
- ARS (mars 2015) et DGOS (mars 2015)

INTERNE EN DIFFICULTE

- Concept plus large
- Elargi aux situations difficiles de toutes natures : psychologiques, médicales, sociales ...
- Situation de « Burn-out » qui semblerait plus fréquente chez l'interne par rapport à une population de même âge

PLAN D'ACTION :

1-dépister les internes en difficulté

1-1. Certificat d'aptitude

Article R6153-7 CSP : 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 hospitalières qu'il postule. (...)

- Réalisé avant la prise de fonctions
- Il établit l'absence de contre-indication, notamment mentale
- Il engage la responsabilité de son signataire, souvent titulaire à l'AP
- Il constitue une opportunité de dépistage

PLAN D'ACTION :

1- Dépister les internes en difficulté

1-2. Médecine du travail

Article R6153-7 CSP : (...)Les internes relèvent du service de santé au travail de l'entité où ils effectuent leur stage. A défaut, ils relèvent du service de santé au travail de leur centre hospitalier universitaire d'affectation.

- Concerne trop peu les internes
- Nécessité d'imposer une visite de médecine du travail au cours du premier semestre notamment pour informer sur les risques en milieu hospitalier (RPS, risques biologiques, Rayonnements ionisants...)
- Bordereau à faire tamponner par le médecin du travail puis à remettre au bureau du personnel médical de l'hôpital d'affectation
- Sensibilisation des coordonnateurs, des médecins du travail et des BPM à la nécessité de ce document pour inciter les internes

PLAN D'ACTION :

1- Dépister les internes en difficulté

1-2-3 Ce dépistage est l'affaire de tous:

- Médecin du travail
- Coordonnateur
- Doyen
- Chef de service
- Co-interne
- CCA
- Cadres de santé
- ...

PLAN D'ACTION:

2- Dispositifs de prévention

- Plateforme d'appel de la CVH centrale :
adresse électronique dédiée
- Traitement des demandes par la CVH
- Activation éventuelle d'un médecin
ressource (consultant)

2- Dispositifs de prévention

- Action adaptée selon la demande : chef de service, coordonnateur, médecin du travail, psychiatre...
- Accès aux plateformes existantes : syndicat des internes ...
- Transmission des informations à la Cellule Centrale de Prévention et d'Analyse des Suicides et des tentatives de suicides

3- Communication

- Vers les internes : livret d'accueil
- Vers les chefs de service, les coordonnateurs, les CCA et cadres de santé notamment avec rédaction d'un document spécifique
- Précisant l'importance :
 - De la rédaction du certificat d'aptitude
 - De la nécessité de la visite du travail
 - Du suivi régulier au cours du semestre
 - Entretien à mi-stage avec le chef de service
 - Coordonnateur : entretien de suivi
 - De la prévention du « Burn-out »
 - Du respect du repos de sécurité

Réseau des consultations de pathologies professionnelles

Prévention tertiaire
pour tout public

Apport des consultations de Pathologie Professionnelle en matière de RPS

Dr Z Médiouni

Unité de pathologie professionnelle
Garches

Consultations de Pathologies Professionnelles

- Exécutées par des médecins du travail avec des équipes souvent pluridisciplinaires avec psychiatre, psychologue, toxicologues, pneumologues, dermatologues, allergologues, ergothérapeutes, assistantes sociales...
- Rôle d'enseignement universitaire, de recherche et de formation de médecine du travail,
- Au sein d'établissements hospitalo-universitaires,
- En IdF (5 CPP) et autres régions (27 CPP).

Groupe de réflexion souffrance psychique et travail

- Médecins et psychologues des consultations de pathologie professionnelle d'Ile de France.
- Echanges entre pairs sur les pratiques des consultations de RPS et travail.
- Encourager l'innovation et la recherche en matière de prise en charge des RPS.

Le rôle des consultations de Pathologies Professionnelles

- Revoir, avec le patient, pour mieux les comprendre, les éléments qui ont participé à la dégradation de la situation professionnelle,
- Identifier les conséquences de la situation professionnelle sur la santé,
- Faire émerger par le dialogue les orientations utiles pour accompagner le patient dans son projet thérapeutique et professionnel,
- Faire le lien entre les intervenants pour une meilleure synergie des actions dans le cadre d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

La Clinique du stress
Dr P. Lascar
Garches (GH Paul Guiraud)

Prévention tertiaire et secondaire
pour tout public

La Clinique du stress

Dr P. Lascar

Garches (GH Paul Guiraud)

- Spécialisée depuis 14 ans dans les pathologies psychiques d'origine professionnelle.
- Son originalité réside dans sa double mission de prévention secondaire et tertiaire.
- Envoyer sur le terrain dans les établissements publics ou privés, une équipe spécialisée pluridisciplinaire pour des actions de prévention secondaire des RPS en liaison avec les CE, CHSCT, service de santé au travail et DRH.
- Assurer un travail de prévention tertiaire en accueillant des salariés en souffrance, en leur proposant des soins adaptés et protocolisés dans une démarche d'évaluation, soin, enseignement, recherche.
- En initiant avec les services de psychiatrie et de pathologies professionnelles des établissements de santé d'Ile de France un Dispositif régional de prévention des RPS.

Et la prévention primaire ?

- ORSOSA
- DGT



ORSOSA

ORganisation des SOins-SAnté

Prévention primaire

pour les personnels hospitaliers publics

<http://www.orsosa.fr/>

ORSOSA 2

- démarche de prévention primaire conduite après une phase de diagnostic au niveau de l'unité de travail, là où se situent les solutions concrètes et préhensibles.
- outil permettant d'avoir un point de vue global sur l'unité en révélant ses ressources et ses points à améliorer.

ORSOSA

- Début sur les CHU de Lille et Grenoble
- Réseau national des services de médecine du travail du personnel hospitalier
- Élargissement à tous les hôpitaux publics
- Avec l'appui de la CNRACL

ORSOSA

une démarche d'amélioration de la Qualité de Vie au Travail

1. Rencontre des acteurs (médecine du travail, DSSP, DRH...)
2. Rencontre des cadres et médecins référents des services
3. Rencontre de l'équipe (présentation ORSOSA)
4. Questionnaire IDE et AS (22 questions), saisie et analyse des résultats
5. Restitution, recherche de solutions en interne, formalisation et hiérarchisation des actions de prévention
6. Suivi et bilan des préconisations

ORSOSA

- Nécessité de l'implication d'un(e) psychologue du travail
- Questionnaire uniquement chez IDE et AS : outil d'évaluation qui permet aussi une implication de toute l'équipe locale
- Déploiement sur tous les pôles des CHU de Lille et de Grenoble, sur les hôpitaux publics dans plusieurs régions

L'outil conçu par la DGT

méthodologie d'intervention qui permet de guider la démarche de prévention des risques psychosociaux.

Sur internet, il permet de choisir une option parmi trois possibilités :

- 1.** préciser et objectiver la situation : la première chose à faire sera de "prendre la température", faire un premier diagnostic, repérer les facteurs de tension présents dans les différents secteurs de l'entreprise.
- 2.** peut-être sera-t-on dans le cas d'une intervention dite « à tiède » ou « à chaud » (situation ou problème repéré à partir de signaux d'alerte, crise individuelle ou collective),
- 3.** ou plutôt dans le cas d'une intervention dite « à froid » (dans une véritable attitude préventive).

L'outil conçu par la DGT

Une fois le choix opéré entre ces trois options, on rentre soit dans le cercle « comment prendre la température » soit dans le tableau en choisissant la colonne (à froid ou à tiède/chaud) et la ligne (quel niveau de tension appréhender). On décline alors les étapes suivantes :

- Que faire ?
- Avec qui agir ?
- Avec quels outils ?

Comment prendre la température, évaluer, objectiver ?

Vous voulez, ou devez agir, sur	A froid, en prévention	A chaud, en régulation
Les exigences du travail et son organisation	<p><u>« La charge de travail est bien répartie »</u></p> <p><u>« Les responsabilités sont clairement identifiées »</u></p> <p><u>« Les salariés ont des marges de manoeuvres et des tâches variées »</u></p>	<p><u>« On est épuisé »</u></p> <p><u>« On n'est pas assez nombreux »</u></p> <p><u>« Il y a des violences »</u></p>
Le management des relations de travail	<p><u>« Le travail est reconnu »</u></p> <p><u>« Il règne un bon esprit d'équipe »</u></p> <p><u>« Les conditions de vie dans l'entreprise sont agréables »</u></p> <p><u>« Les conditions de travail sont un sujet de dialogue social ouvert et apaisé »</u></p>	<p><u>« Il y a des disputes, il n'y a pas d'entraide »</u></p> <p><u>« On ne me respecte pas »</u></p> <p><u>« Les gens s'en vont »</u></p> <p><u>« il y a des boucs émissaire, des injustices »</u></p> <p><u>« il y a des personnes en crise, une tentative de suicide ou un suicide »</u></p>
La prise en compte des valeurs et attentes des salariés	<p><u>« Le travail permet de concilier vie personnelle et vie professionnelle »</u></p> <p><u>« Les conditions de travail sont attractives »</u></p> <p><u>« Les perspectives d'emploi et de progression sont satisfaisantes »</u></p>	<p><u>« Je pars trop tard »</u></p> <p><u>« Il n'y a pas d'avenir pour nous »</u></p> <p><u>« Je ne suis pas reconnu »</u></p> <p><u>« Les clients me traitent mal »</u></p> <p><u>« Comme manager, je n'y arrive pas »</u></p>
Les changements du travail	<p><u>« Les conséquences des changements techniques ou organisationnels sur l'emploi et les conditions de travail sont anticipées »</u></p> <p><u>« Les salariés ont une vision de leur avenir professionnel »</u></p>	<p><u>« Que va-t-on devenir ? »</u></p> <p><u>« Vais-je garder mon emploi ou le même travail ? »</u></p> <p><u>« Vais-je garder le même chef ou mon équipe ? »</u></p> <p><u>« c'était mieux avant »</u></p>

Type d'actions possible	Avec qui le faire	Comment le faire, quels outils ?
<p>Surveiller la charge de travail</p> <p>Vérifier les compétences disponibles</p>	<p>Responsables de planning et bureau des méthodes</p> <p>Responsables de production et ressources humaines</p> <p>Sous le pilotage de la direction avec les représentants des personnels</p>	<p>Outils de mesure de la charge</p> <p>Diagnostic de l'organisation de l'entreprise</p> <p>Fiches de fonction/compétences-</p> <p>Plannings de production et de personnel</p> <p>Objectifs prenant en compte les compétences de chacun</p> <p>Fixation, réalisation et évaluation des objectifs discutées régulièrement avec les supérieurs</p> <p>Permettre aux salariés de contrôler leur rythme de travail et les aléas (stocks tampon, coopération)</p> <p>Organiser la rotation et la polyvalence aux postes de travail</p> <p>Développer l'écoute et la participation des salariés à l'enrichissement de leurs tâches</p> <p>Indicateurs de santé</p> <p>Indicateurs de gestion</p> <p>Former les salariés à la relation avec les clients</p>

Type d'actions possible	Avec qui le faire	Comment le faire, quels outils ?
<p>Concevoir, mettre en place et se former à la Gestion des relations et des conflits par un management efficace et respectueux</p>	<p>Encadrement</p> <p>Ressources humaines et équipes</p> <p>Pilotage direction avec représentants du personnel</p>	<p>Formation des managers</p> <p>Groupes de travail</p> <p>Participation des salariés à l'élaboration d'une politique de prévention</p> <p>Prévention du harcèlement</p> <p>Procédure d'alerte sur les malaises ou comportements portant atteinte à l'intégrité</p> <p>Gestion de la diversité interculturelle, intergénérationnelle, de l'égalité professionnelle</p> <p>Mise en place d'indicateurs de satisfaction ou des plaintes, d'indicateurs de climat social, d'indicateurs dans le bilan social et d'indicateurs de résultats</p>

Il faut anticiper, expliquer et accompagner les changements

Assurer à chaque niveau une information et une concertation aussi précoce et précise que possible

Prendre en compte dès l'amont les besoins des personnes concernées par les changements

Pilotage direction avec représentants du personnel et tous les échelons successifs

Responsables du changement

Communication sur l'avenir de l'entreprise, les mutations technologiques et économiques

Mise en place de groupes de suivi
Formation des utilisateurs
Formation des concepteurs de projets

Proposition d'actions de prévention I, II, III



Enjeux actuels de la gestion de l'internat en Ile-de-France

Commission Régionale Paritaire - 28 mai 2015

Les internes en médecine en Ile-de-France / 1^{er} mai 2015

Spécialités	Internes en formation	Dont ECN 2014	ECN 2015 (Prévision arrêté quinquennal 2014)
Anesthésie réanimation	416	92	92
Biologie médicale	63	17	17
Gynécologie médicale	34	10	10
Gynécologie obstétrique	204	45	45
Médecine générale	1706	564	630
Médecine du travail	87	24	25
Pédiatrie	305	80	80
Psychiatrie	427	102	102
Santé publique	72	16	16
Spécialités chirurgicales	557	118	113
Spécialités médicales	1232	310	312
Total	<u>5103</u>	<u>1378</u>	<u>1442</u>

- **Arrêté du 20 Février 2015:** le Ministère de la Santé impose d'organiser les choix semestriels de stages en prévoyant un différentiel de 7 % entre les effectifs d'internes et les stages proposés (sauf exception pour la médecine générale dont les effectifs autorisent une marge plus faible).
- **Objectif pédagogique :** permettre aux internes de disposer d'une marge de postes leur permettant une construction personnalisée de leur parcours de formation.
- **Application scrupuleuse de la règle** en Ile de France compte tenu de la vigilance du Ministère sur la région. L'organisation des choix de stage a été précédée de réunions associant Universitaires et représentants des internes pour une application stricte et transparente de la règle et l'ouverture de postes supplémentaires .
- **Le tropisme des internes pour les établissements du centre de la région s'est exercé au détriment de ceux de la Couronne** (difficulté à recruter au dernier moment et à mobiliser les crédits nécessaires à ces recrutements).

- Territoires particulièrement concernés : 77, 91 et 93.
- Typologie des services préservés avec accord Université / Agence et consultation des internes : les **urgences** et la pédiatrie générale.
- Médecine générale : compte tenu de la nature de leur formation, les internes de MG effectuent une part importante de leurs stages dans les hôpitaux généraux de Couronne. L'application de l'arrêté se traduit au final par la vacance de **68** postes (1220 postes ouverts au total) contre seulement 11 à l'été dernier.
- Psychiatrie : les internes de cette spécialité effectuent aussi une part importante de leurs stages dans les structures spécialisées de Couronne : **40** postes pas choisis essentiellement dans des services d'adultes.
- Néonatalogie : 35 postes non choisis sur l'**ensemble** des services de la région (la latitude de choix laissée aux internes de pédiatrie leur permet de les contourner).

- Effet de ces choix : du 1^{er} Mai au 31 Octobre 2015 -

- **Décret du 26 Février 2015** : actualisation de la réglementation relative au temps de travail des internes
- **Contexte** : injonction faite par la Commission européenne à l'Etat français de se conformer à la législation européenne sur le temps de travail des internes
- **Mise en œuvre** : les obligations de service de l'interne passent de 11 à 10 demi-journées dont 8 en stage pratique et 2 demi-journées en formation hors stage. La traçabilité du temps de travail réellement accompli par l'interne est assurée dans le cadre d'un tableau de service nominatif.
- **Gardes et repos compensateur** : les dispositions prévues par le décret rendent incontournables la constitution de lignes de garde évaluées à 7 internes ce qui est loin de la réalité constatée dans les services de Couronne.
- **Date d'effet** prévue par le décret: 1^{er} Mai 2015

- Le décret prévoit des **sanctions** à l'encontre des établissements (arrêtés d'application à venir) : financières et pédagogiques, retrait de l'agrément donné au service, mettant fin à la possibilité d'accueillir des internes mais aussi des faisant fonction (FFI).
- L'Université est attachée à la qualité de la formation de ses internes et à la sécurité de leurs conditions d'exercice. La preuve de l'existence de lignes de gardes conformes va peser de plus en plus dans les avis qu'elle donnera pour l'agrément des services et pour la localisation des postes d'internes. Compte tenu de leurs caractéristiques, les services du CHU seront les mieux placés pour répondre aux nouveaux critères.
- Il est dès lors indispensable d'identifier les sites où les lignes de gardes sont indispensables compte tenu de l'activité (anesthésie-réanimation, obstétrique, chirurgie, radiologie...) et *a contrario* les sites où elles disparaîtront.

- **Éléments de contexte:** volume des effectifs en formation, maquette de formation courte orientée vers la médecine de proximité et par voie de conséquence surreprésentation des internes de médecine générale dans les établissements de Couronne (accueil des urgences, pédiatrie générale et médecine adulte à caractère polyvalent).
- **Exigences croissantes** des enseignants de médecine générale pour ce qui concerne la sécurité d'exercice de leurs internes (et des patients) pendant les gardes de nuit / **lignes de gardes conformes** aux exigences du décret du 26 Février 2015 et véritable **séniorisation** de ces gardes / nombre et en qualification des médecins participant à ces gardes.
- Mise en évidence récente et partagée entre Agence et Université de faiblesses sur plusieurs sites d'accueil d'urgences pédiatriques de nuit en Couronne (nombre de lignes de garde et séniorisation) et interrogation sur la pérennité de ces centres.