

RISQUES PSYCHOSOCIAUX DES INTERNES, CHEFS DE CLINIQUE ET ASSISTANTS (MÉDECINE, PHARMACIE ET ODONTOLOGIE)



GUIDE DE PRÉVENTION, REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE



Sommaire

A.	CONTEXTE ET OBJECTIFS	5
B.	EFFETS DECRITS DANS LA LITTERATURE DES RPS SUR LA SANTE DES INTERNES, CHEFS DE CLINIQUE ET ASSISTANTS	6
C.	POPULATION CIBLE.....	7
1.	INTERNES	7
2.	CHEFS DE CLINIQUE, ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES ET ASSISTANTS DES HOPITAUX	8
D.	OUTILS D'EVALUATION DES RPS CHEZ LES INTERNES, CHEFS DE CLINIQUE ET ASSISTANTS	9
1.	L'EVALUATION A PRIORI	9
2.	L'EVALUATION A POSTERIORI	11
E.	PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUES PSYCHO-SOCIAUX CHEZ LES INTERNES, CHEFS DE CLINIQUE ET ASSISTANTS ET MOYENS DE PREVENTION CORRESPONDANTS	12
1.	CHARGE DE TRAVAIL	13
2.	CHARGE PSYCHOLOGIQUE.....	16
3.	AUTONOMIE ET MARGE DE MANŒUVRE	18
4.	SUPPORT SOCIAL FAIBLE / MANQUE DE RECONNAISSANCE	20
5.	CONFLITS ETHIQUES ET DE VALEUR.....	22
6.	DIFFICULTES ECONOMIQUES ET SOCIALES	23
F.	REPERAGE/DEPISTAGE DES EFFETS SUR LA SANTE DES RPS CHEZ LES INTERNES, CHEFS DE CLINIQUE ET ASSISTANTS ET STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE.....	24
1.	FORMATION/SENSIBILISATION DES INTERNES, CHEFS DE CLINIQUE ET ASSISTANTS, DES SENIORS ET RESPONSABLES ADMINISTRATIFS	24
2.	ACCUEIL DES JEUNES MEDECINS.....	25
3.	SIGNAUX D'ALERTE ET MOYEN DE REPERAGE.....	25
4.	<i>Dépistage médical et prise en charge</i>	27
a)	Obstacles.....	28
b)	Service de santé au travail	29
c)	Psychologue / psychiatre.....	29
d)	Structures associatives (centres d'appel, consultations dédiées).....	30
e)	Auto dépistage et autodiagnostic.....	30
5.	<i>Maintien/retour au travail</i>	30
G.	CONCLUSION ET PERSPECTIVE	31
H.	REFERENCES.....	32
	ANNEXE 1 : ASSOCIATIONS	36

Le secteur de la santé évolue continuellement pour s'adapter aux nouveaux besoins des patients et aux progrès médicaux. Il est confronté aux défis que représentent l'augmentation de l'espérance de vie et la hausse des maladies chroniques. Les réformes engagées pour mieux répondre à ces évolutions transforment profondément l'organisation des établissements. Ces évolutions ont un impact sur les conditions de travail et doivent être accompagnées pour améliorer le quotidien des professionnels et préserver la qualité de la prise en charge des patients.

Parmi ces professionnels, les internes se trouvent à une période charnière liée aux interrogations relatives à leur projet professionnel comme à la prise progressive d'autonomie dans leur exercice. De ce fait, ils sont susceptibles d'être concernés par un risque psycho-organisationnel accru durant les premières années de leur exercice professionnel. Il était donc nécessaire de réaliser un travail spécifique pour identifier les principaux risques psychosociaux auxquels ils peuvent être exposés ainsi que les leviers de la prévention de ces risques.

Cette démarche s'est inscrite dans le cadre du plan d'actions arrêté par madame la ministre en charge de la santé au mois de mars 2013 à l'issue des travaux du groupe de travail dédié aux « *conditions de travail des étudiants, internes et assistants* » installé en novembre 2012.

Un comité d'experts, associant les représentants des internes, des chefs de clinique et des assistants de même que des médecins experts, des responsables de la gestion administrative des internes, des chefs de clinique et assistants ainsi que des représentants du ministère de la santé, a été régulièrement réuni à partir de 2015 pour analyser la spécificité des risques psychosociaux de cette population.

Le présent guide « *Prévention, repérage et prise en charge des risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie)* » est l'aboutissement de ce travail. Il est destiné à un large public comprenant la population des internes elle-même mais également toutes les personnes intervenant dans leur cursus clinique, universitaire et administratif (chefs de service, médecins seniors, maîtres de stage, coordonnateurs universitaires, référents administratifs, ARS).

Sa rédaction a été confiée à un médecin du travail et spécialiste de ce type de problématiques, le Dr Nathalie CHEROT-KORNOBIS. Il a été construit en lien avec les représentants de ces catégories de jeunes professionnels et le comité d'experts, tout en associant les principaux acteurs institutionnels concernés.

La finalisation et la diffusion de ce guide s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé présentée par la ministre le 5 décembre 2016.

Je forme le souhait que l'ensemble des acteurs potentiellement concernés par la prévention des risques psychosociaux des jeunes professionnels, responsables hospitaliers et universitaires, associations représentatives des internes, chefs de clinique et assistants, internes eux-mêmes, puisse trouver dans ce guide les informations et les outils utiles et nécessaires pour mieux prévenir les risques psychosociaux des internes et assistants.

Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE
Directrice générale de l'offre de soins

ARS : Agence régionale de santé

COCT : Conseil d'orientation des conditions de travail

CME : Commission médicale d'établissement

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DGOS : direction générale de l'offre de soins

EIAS : événements indésirables associés aux soins

RMM : Revue de morbi-mortalité

RPS : Risques psychosociaux

SST : Service de santé au travail

SUMPPS : Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

Les termes « chefs de clinique et assistants » renvoient aux chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) pour les chefs de cliniques et aux assistants hospitaliers (AH) et assistants hospitaliers universitaires (AHU) pour les assistants.

A. Contexte et objectifs

Les risques psychosociaux communément appelés « RPS » peuvent être définis comme les contraintes professionnelles susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'un individu. Cette atteinte psychique peut engendrer une maladie mentale et/ou physique et entraîner des conséquences professionnelles et sociales. Ces conséquences individuelles mais également collectives justifient pleinement la mise en œuvre d'un plan d'évaluation et de prévention. Un guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS a été réalisé en 2014 pour l'amélioration de la prévention des risques psychosociaux (RPS) dans les trois versants de la fonction publique^[3].

Dans ce cadre et celui du programme d'actions relatif aux conditions de travail des étudiants, internes, chefs de clinique et assistants hospitaliers¹ arrêté par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en mars 2012^[4], la DGOS mène une réflexion ayant pour objectif la réalisation d'un guide pour développer la prévention, le repérage et la prise en charge des RPS spécifiquement chez **les internes, chefs de clinique et assistants**.

Pour ce faire, dans une première étape, la DGOS a constitué un groupe de travail pluridisciplinaire. Ce groupe réunit depuis 2015 des représentants d'internes et de chefs de clinique/assistants de même que des médecins experts, des responsables de la gestion administrative des internes, chefs de clinique et assistants (direction d'hôpital, ARS, coordonateurs de DES...) ainsi que des représentants du ministère de la santé^[5].

Le groupe de travail, ainsi constitué, a étudié la littérature nationale et internationale. Cette étude a été complétée par l'audition de différents acteurs intervenants régulièrement auprès des internes, chefs de clinique et assistants afin de dégager :

- les facteurs de risque liés aux contraintes professionnelles et universitaires pouvant induire une détresse psychologique entraînant parfois un état pathologique
- les pistes d'actions prioritairement collectives et secondairement individuelles pour les éviter/les réduire (prévention primaire)
- les pistes d'actions à mettre en œuvre pour dépister les effets précoces de ces RPS sur la santé (prévention secondaire) et prendre en charge les personnes en souffrance ou présentant une pathologie (prévention tertiaire)

Cette démarche a permis, conformément à l'annonce faite par madame la ministre, la réalisation d'un guide d'aide à la prévention, au repérage et à l'orientation pour la prise en charge des RPS des internes, chefs de clinique et assistants. Il est destiné à un large public comprenant la population d'étude elle-même mais également toutes les personnes intervenant dans leur cursus clinique, universitaire et administratif (e.g. chefs de service, seniors, maîtres de stage, coordonateurs universitaires, référents administratifs, ARS).

Les propositions de ce guide sont amenées à s'enrichir au gré des connaissances et autour d'expériences de chacun dans ce domaine.

¹ Installation par la ministre des affaires sociales et de la santé le 14 novembre 2012 d'un groupe de travail « conditions de travail des étudiants, internes et assistants » dont le pilotage a été confié au directeur général de l'offre de soins

B. Effets décrits dans la littérature des RPS sur la santé des internes, chefs de clinique et assistants

Pour prévenir, dépister ou prendre en charge une détérioration de l'état de santé, il faut tout d'abord définir cette altération. Cependant une altération du bien-être physique ou psychique n'est pas toujours bien définie sur le plan médical^[6]. Néanmoins, les symptômes d'épuisement psychique et physique doivent également être considérés dans le cadre d'une démarche de promotion du bien-être au travail même si leur interprétation est plus complexe. Ces questions sont soulevées dans les cas de burn-out ou épuisement professionnel qui ont été particulièrement décrits chez le personnel soignant. Dans un rapport récent, les experts psychiatres définissent le burn-out comme un cortège de symptômes² non spécifiques qui peut « *s'apparenter soit à un trouble de l'adaptation, soit à un état de stress post traumatique, soit à un état dépressif. Il peut aussi désigner un tableau de désarroi psychologique d'intensité infra clinique à celle qui est requise pour désigner une pathologie caractérisée* ». Le repérage collectif de cette entité se base sur un questionnaire qui est d'interprétation variable selon les études et qui définit le burn-out à partir de seuils statistiques, sans rapport aucun avec l'intensité de l'atteinte clinique. Pour ces raisons, ces questionnaires ne peuvent être utilisés comme outil de dépistage individuel même s'ils permettent l'étude du niveau d'épuisement professionnel subjectif d'une population^[6].

La littérature concernant l'épuisement professionnel chez le personnel médical est riche mais comporte un niveau de preuve inconstant. Les études démontrent une relation entre le burn-out et une diminution de l'efficacité professionnelle, une diminution de la qualité des soins prodigués ainsi qu'une augmentation du risque d'erreurs. Concernant les conséquences professionnelles, le burn-out est lié à des démissions plus fréquentes ou une avancée du départ en retraite. Sur le plan individuel, la chronicité de cet état favorise les conduites addictives ainsi que la dépression. Il augmente le risque d'idées suicidaires et s'associe à une réduction des relations sociales et de l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle^[7-17].

A cette littérature spécifique des internes, chefs de clinique et assistants s'ajoutent les interactions significatives retrouvées en population active générale entre les RPS d'une part et les pathologies mentales telles que la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles de l'adaptation chroniques ainsi que d'autres troubles anxieux pour lesquels on retrouve un nombre plus restreint d'arguments scientifiques. Ces pathologies ont été retenues par le groupe de travail de la Commission des Pathologies Professionnelles du COCT en lien avec le consensus européen EUROGIP³ pour définir leur conditions de réparation au titre de maladies professionnelles^[18].

² Les symptômes sont à différencier des signes cliniques qui sont objectivables par le médecin

³ EUROGIP est un Groupement d'Intérêt Public français constitué par la CNAMTS et l'INRS en 1991 pour étudier les questions relatives à l'assurance et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles aux plans européen et international. <http://www.eurogip.fr/>

C. Population cible

La population d'étude est définie selon deux périodes différentes. Nous distinguons d'une part les internes qui sont des praticiens en formation et d'autre part les chefs de clinique/assistants qui complètent leur formation après avoir validé leur formation initiale.

1. Internes

Les internes[19] sont des étudiants de 3ème cycle d'études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques. Actuellement, selon la spécialité, une maquette de stages cliniques est définie par les responsables universitaires nationaux de la spécialité et adaptée par les responsables universitaires au niveau local. Ceci ce fait en lien avec les ARS qui valident le nombre et les lieux de stage proposés. L'interne est salarié par le centre hospitalier dont il dépend même si les terrains de stage ne sont pas exclusivement hospitaliers.

Lors des stages, l'interne agit par délégation et sous la responsabilité d'un praticien senior du service. Il peut s'agir, selon les cas et de manière non exclusive, du praticien hospitalo-universitaire, du praticien hospitalier, du chef de clinique, de l'assistant ou encore du maître de stage pour les stages effectués en dehors de l'hôpital. En théorie, la progression de la mise en responsabilité clinique doit être proportionnelle au nombre de semestres effectués par les internes. Chaque terrain de stage est également indépendant des précédents et nécessite une responsabilisation progressive entre le début et la fin du semestre. Certains acquis sont communs à différents stages ; ce qui permet d'adapter la formation durant le semestre en fonction de l'expérience et du cursus de chaque interne. L'ensemble des activités cliniques de l'interne est coordonné par le responsable du service. La formation universitaire des internes est quant à elle sous la responsabilité du corps enseignant de la spécialité qui se compose de praticiens hospitalo-universitaires.

Concernant leur temps de travail, les internes ont bénéficié en 2015 d'une réforme dans le cadre du programme d'action relatif aux conditions de travail des internes, étudiants et assistants. Ainsi, le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes^[20] définit :

- les obligations hebdomadaires de service de l'interne avec mise en place d'un tableau de service nominatif prévisionnel qui organise le temps hebdomadaire à accomplir au titre de la formation en stage et hors stage :
 - 8 demi-journées/semaine de stage incluant le temps de garde et d'intervention en astreintes
 - ½ journée/semaine de formation hors stage pendant laquelle l'interne est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité

Ces deux temps sont décomptés comme du temps de travail effectif qui ne peut représenter plus de 48 heures par période de sept jours.

- ½ journée/semaine hors stage que l'interne gère de façon autonome dans l'objectif de consolider et de compléter ses connaissances ainsi que ses compétences. Cette ½ journée est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne mais n'est pas décomptée comme du temps de travail effectif
- une durée de travail hebdomadaire maximale de 48h
- le repos de sécurité immédiatement à l'issue de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant une période d'astreinte dans le cadre de la participation à la permanence des soins

Concernant leur suivi médical professionnel, 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^[21].

2. Chefs de clinique, Assistants hospitalo-universitaires et assistants des hôpitaux

Des postes hospitaliers temporaires d'assistants des hôpitaux (AH)^[22], de chefs de clinique-assistants (CCU-AH)^[23] et d'assistants hospitalo-universitaires (AHU)^[23,24] peuvent être proposés à l'issue de l'internat. Ces postes, en nombre limité, permettent aux internes retenus de compléter leur formation ou encore de s'orienter vers une carrière hospitalo-universitaire pour les postes de CCU-AH et d'AHU. Les praticiens occupant ces postes participent à l'activité et à la permanence des soins et sont considérés comme étant pleinement responsables et faisant partie de l'équipe senior encadrant les internes dans le cadre de leur formation clinique. Les chefs de clinique-assistants et assistants hospitalo-universitaires ont une spécificité supplémentaire puisqu'ils font partie des personnels bi-appartenant ayant :

- une valence hospitalière sur laquelle ils participent à l'activité et à la permanence des soins au même titre que les assistants hospitaliers
- une valence universitaire sur laquelle ils participent aux activités d'enseignement universitaire et de recherche

En 2015, le cadre du temps de travail a été modifié pour les chefs de clinique et assistants par le décret n° 2015-1260 du 9 octobre 2015 relatif au temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes des établissements publics de santé^[25]. Comme pour les internes, un repos de sécurité est fixé au décours immédiat d'une garde ou d'un déplacement lors d'une astreinte. Le service hebdomadaire est fixé à 48 heures répartis sur 10 demi-journées/semaine pour les assistants hospitaliers^[22]. Le temps de travail des CCU/AH et AHU semble moins bien défini et l'étroite intrication de leurs missions de soin, d'enseignement et de recherche ne permet pas en général de fixer un temps dévolu à l'une ou l'autre de ces missions^[4].

D. Outils d'évaluation des RPS chez les internes, chefs de clinique et assistants

A l'instar des modèles bio-psycho-sociaux, nous avons défini les RPS comme étant les contraintes psycho-organisationnelles susceptibles de détériorer l'état de santé psychique, physique et social, et non comme les symptômes ou pathologies résultant de ces contraintes.

L'évaluation des RPS s'effectue par l'intermédiaire d'indicateurs qui doivent être pertinents et adaptés à la population d'étude. Ces indicateurs doivent être définis, recensés puis analysés en fonction des contraintes pérennes ou conjoncturelles d'un service, d'une clinique ou d'un pôle voire d'un établissement pour définir les facteurs de risque psycho-sociaux.

Certains indicateurs et facteurs de risque ont déjà été définis pour la population générale active, pour un type de spécialité (e.g. anesthésie-réanimation, oncologie, soins palliatifs) ou encore pour un mode d'exercice donné (urgences). Ce travail, déjà réalisé, permet une évaluation *a priori* du risque psycho-social. Cette évaluation doit être complétée voire ajustée par une évaluation *a posteriori* qui définira de nouveaux indicateurs et de nouveaux facteurs de risque au décours d'une analyse de causalité d'événements passés. En principe, le recensement de ces risques doit venir compléter le document unique qui est réglementairement constitué par l'établissement avec en regard les actions de prévention des risques mises en œuvre^[26].

1. L'évaluation a priori

Elle est basée sur des études nationales ou internationales ayant défini un lien probable entre :

- d'une part, des indicateurs de l'état de santé ou de bien-être d'une population:
 - questionnaires standardisés spécifiques aux pathologies mentales telles que la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles de l'adaptation chronique, le trouble anxieux généralisé
 - questionnaires standardisés ou indicateurs évaluant les symptômes non spécifiques étudiés individuellement ou non (e.g. évaluation du degré d'épuisement professionnel par le MBI^[27], le CBI^[28])⁴
 - émotionnels (irritabilité, questionnaire de stress ressenti)
 - physiques (troubles musculo-squelettiques, signes cardio-vasculaires)
 - cognitifs (erreurs médicales^[8], diminution des performances)
 - comportementaux (nombre de démission, comportements agressifs)
 - motivationnels (absentéisme, changement de spécialité par droit au remords pour les internes)
 - questionnaires évaluant l'addiction qui peut être considérée comme une complication des pathologies induites ou comme un symptôme comportemental d'épuisement professionnel
 - questionnaires du risque suicidaire et recensement du nombre de suicide (observatoire national du suicide)
 - questionnaires standardisés évaluant le bien-être et la qualité de vie au travail
 - entretiens ouverts ou semi-ouverts permettant le repérage de symptômes ou les plaintes récurrentes^[29]. Les études utilisant ces outils sont des études dites qualitatives. Elles permettent de révéler l'existence de risques psychosociaux émergents et formuler de nouvelles hypothèses qui pourront ensuite être vérifiées par des études quantitatives.
- et d'autre part les contraintes psycho-organisationnelles de cette population par :
 - des questionnaires standardisés d'évaluation des contraintes psycho organisationnelles tels que :
 - modèle de Karasek et Theorell (Job contents questionnaire, 1990)
 - modèle de déséquilibre effort-récompense (Siegrist, 1996)

⁴ L'échelle collective d'épuisement professionnel actuellement la plus utilisée dans les études est l'échelle de mesure développée par Christina Maslach (MBI) qui comporte 22 questions réparties sur 3 dimensions évaluant respectivement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction du sentiment d'accomplissement de soi sur un niveau faible, intermédiaire ou élevé. Cet outil n'est pas conçu ni adapté pour un diagnostic individuel.

- modèle de justice organisationnelle avec notamment la mesure de la justice organisationnelle procédurale et relationnelle^[30]
- une approche ergonomique décrivant, dans l'organisation de travail, la marge de manœuvre situationnelle, le pouvoir d'agir et la possibilité de développement de ces deux concepts^[31-33]

En population générale^[34,35], les conditions d'emploi ainsi que les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ont été définis par un collège d'expertise formé en 2011 dans un rapport pour le suivi des risques psychosociaux au travail^[26]. Ce rapport d'experts a permis de dégager des indicateurs de surveillance et d'étude pour la population générale⁵. Ces indicateurs sont regroupés sur six dimensions⁶:

- les exigences du travail en termes de charge, de cycle et d'amplitude horaire
- les exigences psychologiques (émotionnelles ou cognitives)
- l'autonomie et les marges de manœuvre
- les rapports sociaux et relations de travail
- les conflits de valeur
- l'insécurité socioéconomique

Sur la population plus spécifique des internes, chefs de clinique et assistants, le repérage *a priori* des contraintes des six axes précédemment cités, s'est effectué par une revue d'études nationales et internationales indiquant un lien statistique entre ces contraintes psycho organisationnelles et des effets sur la santé. La grande limitation dans ce cas-ci, est le niveau de preuve apporté par ces études qui sont en majeure partie des enquêtes transversales avec un effectif et surtout un taux de réponse faibles sans inclusion d'une population témoin non exposée. Ces biais doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats et dans la réalisation des études à venir. Le risque est de conclure de manière erronée à la causalité directe et essentielle d'un ou plusieurs RPS dans la dégradation d'un état de santé ou encore à l'absence de causalité alors que les effets des RPS peuvent se développer à long terme. On retrouve ces mêmes biais lors de l'étude de l'efficacité des outils de prévention adoptés. Les conclusions et simplifications erronées de ces études peuvent alors conduire à des débats et propositions d'action non efficaces^[36]. Le développement croissant de la recherche concernant les RPS témoigne de la volonté et de la nécessité d'observer avant d'expliquer un phénomène qui demeure complexe et la réalisation d'enquêtes de cohortes qui sont coûteuses et plus difficiles à mettre en œuvre permettront, en partie, d'éviter ces écueils.

Ce constat ne doit cependant pas freiner la démarche de prévention car le retentissement est important sur le sujet lui-même et sur les patients qu'il est amené à prendre en charge. C'est ce que démontrent les études les plus récentes qui confortent les hypothèses émises depuis plus de 10 ans. L'ensemble de ces études convergent sur un point qui est la nécessité de l'implication active dans cette démarche de tous les acteurs concernés. Cette implication collective permet, par des outils méthodologiques de repérage, de compléter et d'ajuster le repérage *a priori* défini précédemment chez les internes, chefs de clinique et assistants par un repérage *a posteriori* des RPS.

⁵ Indicateurs DARES, SUMER 2010, SIP 2010 (enquête Santé et Itinéraire professionnel - DREES et DARES)

2. L'évaluation a posteriori

Cette évaluation peut être réalisée au décours d'un incident ou après constatation d'effets collectifs d'une organisation par :

- un débriefing systématique après incident ou constatation d'événements indésirables associés aux soins (EIAS)
- une revue de morbi-mortalité (RMM) qui est amenée à se généraliser dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé et qui doit avoir pour but de faire évoluer les pratiques et non la recherche unique de responsabilité
- l'analyse des fiches d'événements indésirables (si le traitement de ces fiches dépasse une simple exploitation statistique)
- l'analyse régulière des accidents de travail des internes, chefs de clinique et assistants. Ces accidents de travail peuvent être corrélés aux RPS si leur nombre augmente.
- l'analyse d'indicateurs de ressources humaines qui peuvent être affinés pour notre population d'étude :
 - absentéisme pour raison médicale
 - démissions pour les chefs de clinique et assistants
 - sollicitation du droit au remords par l'interne pour changer de spécialité
 - abandon du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en cours de cursus

L'avantage de cette démarche est l'apprentissage ainsi que le rétrocontrôle rapide et adapté aux singularités d'un établissement voire d'un service donné. Cette démarche permet, par la réalisation d'un arbre des causes et sous réserve d'une méthodologie rigoureuse, de dégager les contraintes psycho-organisationnelles. Cette évaluation permet d'affiner l'évaluation des RPS dans un établissement et pour une population donnée. Elle permet également de formuler de nouvelles hypothèses qui pourront être vérifiées voire validées par de nouvelles études dont les résultats peuvent être communiqués aux autres services, pôles ou établissements constituant pour eux un nouveau moyen d'évaluation *a priori*.

La limite principale de cette démarche, est qu'elle ne peut aboutir sans l'implication respective des internes, chefs de clinique et assistants, des seniors, des chefs de service et des responsables administratifs. En outre, elle nécessite un outil efficace de saisie informatique puis de traitement des données. En pratique, cet outil apparait souvent limitant dans ce type de démarche.

E. Principaux facteurs de risques psycho-sociaux chez les internes, chefs de clinique et assistants et moyens de prévention correspondants

Les six axes définis en 2009 et confortés en 2011^[26] par le collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail sont applicables à notre population avec des déclinaisons qui lui sont spécifiques. L'évaluation telle que décrite au chapitre précédant a permis de définir les principales contraintes psycho-organisationnelles ou les principaux facteurs de risque psychosociaux chez les internes, chefs de clinique et assistants et d'y associer une ou plusieurs actions de prévention. Chacun des six axes des RPS⁶ est décrit dans un chapitre dédié comportant un tableau récapitulatif des contraintes spécifiques aux internes, chefs de clinique et assistants avec en regard les indicateurs et pistes de prévention recensés :

- d'une part, par les publications d'expériences nationales et internationales ayant apporté la preuve de leur efficacité
- d'autre part, par le partage d'expériences de représentants des internes, chefs de clinique et assistants, de praticiens seniors, d'experts psychiatres ou encore de référents administratifs

Comme évoqué précédemment, une contrainte ne constitue pas à elle seule un facteur de causalité linéaire dans la genèse d'une souffrance psychique. Aussi, est-il important de prendre en compte son intensité, sa fréquence, le temps d'exposition ainsi que l'association à une ou plusieurs autres contraintes^[35]. Tout ceci doit être mis en regard des facteurs de vulnérabilité personnels et individuels (caractéristiques personnelles, expérience professionnelle, situation sociale et familiale) car certaines contraintes ont un effet seuil qui varie selon les individus et leur faculté d'adaptation. L'enjeu est donc de ne pas dépasser les ressources adaptatives :

- en diminuant prioritairement les contraintes à risque
- en renforçant parallèlement les capacités professionnelles et personnelles de l'individu pour faire face à ces contraintes
- en surveillant l'apparition d'effets le plus précocement possible afin d'effectuer un rétrocontrôle immédiat

⁶ Charge de travail, charge émotionnelle, autonomie et marges de manœuvre, soutien social et reconnaissance, conflits de valeur, insécurité socioéconomique

1. Charge de travail

La charge de travail est une notion complexe, qui comprend un ensemble de tâches cliniques et administratives, un temps plus ou moins contraint pour effectuer ces tâches et la capacité de la personne à prioriser et effectuer ces tâches. La durée et l'organisation du temps de travail influent sur la santé et le bien-être des professionnels en général^[26,37]. Les points importants concernant notre population porte sur les tâches elles-mêmes et les amplitudes horaires.

Concernant les tâches il ressort :

- d'une part, que les tâches administratives semblent plus contraignantes que les tâches cliniques avec un sentiment de perte de temps au détriment du soin ;
- d'autre part, la contrainte liée à une même tâche clinique a tendance à diminuer avec le degré d'expérience. Ainsi, une tâche confiée à un jeune interne inexpérimenté ne représente pas la même contrainte que cette même tâche réalisée par un chef de clinique, un assistant ou un médecin senior ayant plus d'ancienneté. La prise en compte du degré de compétence d'un interne et de la nécessité d'une montée en charge progressive en rapport, fait l'objet de la réforme du troisième cycle. Cette réforme devrait permettre à chaque service de définir parmi trois niveaux celui ou ceux dans le(s)quel(s) il se positionne afin d'accueillir des internes de niveau de formation correspondant. Néanmoins, les exigences cliniques des services sont souvent peu compatibles avec une variation de compétence interindividuelle.

Concernant le temps de travail, la littérature internationale n'est pas unanime quant à l'impact du temps de travail, des cycles horaires^[38] et de l'efficacité des réformes sur le temps de travail initiées en 2003 aux Etats-Unis^[39]. Durant l'internat, il apparaît que le nombre d'heures effectuées diminuent avec l'expérience professionnelle alors que les indicateurs de santé ont tendance à se dégrader au fur et à mesure des semestres réalisés^[12]. Ceci est lié au fait que la réduction de l'amplitude horaire est associée à une concentration de l'activité et non à la réduction réelle de la charge de travail. Ainsi, les internes ayant plus d'expérience réaliseraient plus de tâches avec un temps de réalisation moindre. Néanmoins, une relation significative est retrouvée dans la plupart des études entre l'augmentation de l'amplitude horaire ou le non-respect des temps de repos et le nombre d'erreurs, d'accidents de trajet ou d'accidents de travail^[20,25,40]. De même, les amplitudes horaires importantes effectuées régulièrement entraînent une difficulté de conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée. Aux États-Unis, une étude retrouve une détérioration de cet équilibre chez les médecins entre 2011 et 2014 alors qu'il est resté stable en population générale^[9]. Par ailleurs, cette difficulté de conciliation est liée à l'épuisement professionnel des jeunes praticiens et de leur seniors^[8,9,15].

A l'échelle d'un service, l'allongement du temps de travail peut être un indicateur collectif traduisant une réelle surcharge de travail avec une inadéquation entre les demandes et les ressources pour y faire face. Dans ce cas, l'amplitude horaire sera souvent identique chez tous les praticiens du service. Lorsqu'elle est individuelle, l'augmentation de l'amplitude horaire peut révéler un déséquilibre entre les capacités du sujet et les tâches qui lui sont confiées. Dans un cas comme dans l'autre, la prise en compte de la fréquence du dépassement du cadre horaire peut permettre de redéfinir l'organisation et les stratégies du service. Cette réorganisation structurelle a toutefois ses limites comme en témoignent les difficultés rencontrées par certains établissements ou services pour organiser le tableau de présence médicale en tenant compte de la participation de l'interne, du chef de clinique ou de l'assistant à la permanence des soins^[4]. La prise en compte du niveau de compétence réel de l'interne est importante dans cette organisation et peut entraîner des réajustements au cours d'un même semestre avec une mise en responsabilité progressive ou d'un semestre à l'autre selon son ancienneté.

Contraintes	Outils d'Evaluation	Pistes de prévention primaire
Contraintes inhérentes au service		
Temps passé sur les tâches administratives (courriers de sortie, courriers de liaisons, prise de rendez-vous, codage de l'activité)	<ul style="list-style-type: none"> - temps moyen passé sur les tâches administratives 	<ul style="list-style-type: none"> - SI[†] de gestion du dossier médical virtuel - SI[†] pour les courriers de sortie et de liaison - SI[†] pour la programmation de rendez-vous et d'examens complémentaires - professionnalisation du codage de l'activité
Interruption fréquentes de tâche <ul style="list-style-type: none"> - demande des familles - demandes des patients - appels téléphoniques - utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) tels que les e-mails, les chats, le téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre d'interruptions - temps passé pour gérer chaque demande intercurrente - courriers dictés tôt le matin ou tard le soir afin de ne pas être interrompu 	<ul style="list-style-type: none"> - possibilité de s'isoler pour des tâches nécessitant une concentration particulière - définition d'horaires dédiées aux familles et aux patients - mise en place de procédures organisationnelles claires avec un temps dédié et respecté aux différentes tâches - définition de l'utilité des TIC dans le service et limitation ou cadrage de leur utilisation (organisation de tours d'astreinte téléphonique)
Densification des activités ^[10] en lien avec <ul style="list-style-type: none"> - la diminution de la DMS^{**} - le développement de l'activité ambulatoire - la traçabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de fois où le cadre horaires n'est pas respecté - respect du repos de garde - respect des congés 	<ul style="list-style-type: none"> - réorganisation structurelle du service <ul style="list-style-type: none"> ▪ redéfinition des stratégies de service en termes d'organisation de soin (priorisation et optimisation) ▪ redéfinition de la répartition des tâches
Polyvalence avec partage de l'activité sur plusieurs structures	<ul style="list-style-type: none"> - temps passé sur chaque structure 	<ul style="list-style-type: none"> - présentation à l'ensemble de l'équipe des rôles, missions et disponibilités du praticien au sein du service et en dehors du service
Difficultés de conciliation vie professionnelle / vie personnelle ^[8,9]	<ul style="list-style-type: none"> - nombre d'heures de sport ou de loisir pratiquées par semaine - situation familiale - nombre de fois où le cadre horaires n'est pas respecté - respect du repos de garde - respect des congés 	<ul style="list-style-type: none"> - définir un tableau de service - respect du cadre horaire hebdomadaire^[20,25] - organisation et respect des périodes de congés - programmation des réunions aux horaires favorisant la participation de la majorité des personnes - accessibilité aux modes de garde d'enfant spécifiques aux personnels ayant des horaires décalés, des gardes ou astreintes - Promouvoir et faciliter la pratique d'une activité sportive régulière^[41]
Difficultés d'organisation par les internes, chefs de cliniques et assistants de leur propre suivi médical (e.g. dentaire, gynécologique, ophtalmologique)	<ul style="list-style-type: none"> - délai écoulé depuis les derniers rendez-vous médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> - conseiller et favoriser l'accès au suivi médical - mise en place d'un réseau de soin dédié
Contraintes inhérentes aux gardes (permanence des soins)		
Fatigabilité liée aux gardes et astreintes	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de gardes de spécialité - nombre de gardes en dehors de la spécialité - nombre d'accidents de travail ou d'accidents de trajet qui peuvent témoigner d'un certain degré de fatigue 	<ul style="list-style-type: none"> - respect du repos de garde^[20],^[25] - suivi par le médecin du travail

SI : Système d'information **DMS : durée moyenne de séjour des patients

Contraintes	Outils d'Evaluation	Pistes de prévention primaire
Contraintes inhérentes au travail universitaire		
Travail de thèse et mémoire pour les internes	- fiche de suivi individuel universitaire tenu par le coordonateur de DES	- définition avec le service de stage de l'objectif de la 1/2 journée dédiée au travail personnel universitaire ^[20] (e.g. travail de thèse ou mémoire, publication d'article, formation complémentaire) - planification en amont des sujets de thèse et mémoire et précision des échéances dans la maquette de la spécialité afin d'éviter les travaux à réaliser sur un délai trop court - information quant aux échéances dès l'accueil des nouveaux internes par le responsable de l'équipe enseignante ou son représentant
Travail de publication d'articles	- réunions de travail avec les co-auteurs	- définition avec le service des temps dédiés au travail personnel universitaire
Encadrement d'étudiants hospitaliers par les internes, chefs de clinique et assistants	- nombre d'étudiants hospitaliers - nombre de sessions cliniques organisées pour les étudiants de premier cycle	- planification et intégration de cette activité dans le planning du service - répartition de l'activité
Cours et intégration à l'équipe enseignante des chefs de clinique et assistants	- nombre de cours à effectuer	- planification des cours et intégration dans le planning du service
...	- ...	- ...

2. Charge psychologique

La charge psychologique, qui comprend la charge émotionnelle et cognitive, est inhérente à l'activité de soin. En effet, une revue de la littérature américaine de 2016 retrouve une prévalence du burn-out parmi les étudiants en médecine supérieure à celle des étudiants en population générale ce qui suggère l'impact particulier de cette profession qui comporte une charge émotionnelle spécifique^[10,13,42,43]. Les trois catégories de contraintes qui ressortent des études et qui seront abordées dans ce chapitre sont la gestion des émotions face aux patients, la charge cognitive liée au métier ainsi que les violences internes et externes qui contribuent également à la charge psychologique.

La contrainte la plus décrite est la gestion de sentiments parfois contradictoires ou la nécessité de cacher ses émotions peuvent augmenter la charge émotionnelle entraînant un stress qui est plus ou moins bien géré^[6]. La personnalité et les facultés d'adaptation de l'individu (empathie, résilience, capacité d'acceptation), le soutien de l'entourage professionnel et institutionnel sont des facteurs protecteurs vis-à-vis de ce stress et sont importants à considérer^[8,44,45]. L'empathie fait partie des qualités professionnelles essentielles pour le praticien et doit être associée à une prise de distance raisonnable dans la relation praticien-patient. Les bases théoriques enseignées à la faculté font état de la nécessité d'acquérir cette compétence qui fait par ailleurs l'objet d'une évaluation en fin de second cycle des études médicales. L'acquisition de cette aptitude professionnelle peut s'effectuer au travers :

- de simulations d'entretiens réalistes organisés durant l'enseignement universitaire ou au sein des services
- de mise en situation réelle à l'occasion des stages cliniques soit en tant qu'acteur principal, soit en tant qu'observateur lors de prises en charge de patients par le praticien senior (tutorat)

Une autre contrainte répertoriée est liée à l'augmentation des connaissances et techniques médicales, à l'augmentation de l'exigence en termes de qualité de soin et à l'intégration dans les décisions des problématiques de santé publique. Ces facteurs alourdissent la charge cognitive. La gestion du stress en lien avec la charge cognitive est modulée par l'expérience professionnelle qui n'est pas identique en début et en fin de cursus d'internat ou chez un jeune praticien par rapport au senior plus expérimenté. Néanmoins, cette charge cognitive peut également augmenter avec la responsabilisation et donc avec l'expérience et l'ancienneté.

Enfin, la violence interne (au sein de l'équipe) ou externe (e.g. patients, famille) fait également partie des contraintes psychologiques et peut constituer un facteur de stress. Des solutions existent pour diminuer cette violence au sein des services. Parmi celles-ci, on citera des solutions collectives telles que l'adaptation de l'espace d'accueil et de prise en charge ainsi que la bonne gestion des flux de patients et de leurs proches. Le rétablissement ou le maintien de la communication au sein du service est également primordial pour diminuer les conflits internes mais aussi pour moduler les effets des autres RPS.

Contraintes	Outils d'Evaluation	Pistes de prévention primaire
Entretiens difficiles avec les patients ou leur famille : - rapport à la mort - rapport à la douleur - annonce d'une mauvaise nouvelle	- type de spécialité du service - nombre d'entretien d'annonce effectués seul	- professionnalisation de la gestion des situations difficiles : ▪ formation initiale : ateliers de simulation et de mise en scène ▪ formation continue au sein des services: groupes d'analyse de pratiques, possibilité d'assister aux entretiens d'annonces réalisés par les séniors - formation initiale ou continue à la gestion du stress même si les études montrent que ce type de formation semble plus efficace en prévention tertiaire, une fois que le sujet est en difficulté
Gestion de la précarité du patient ou autre situation sociale difficile en plus de sa pathologie		- prise en charge précoce et multidisciplinaire de la composante sociale du patient - mise en place dans les services de groupes d'analyse de pratiques permettant d'évoquer les conduites à tenir spécifiques en rapport avec la spécificité de ces patients
Actes de soin non maîtrisés - acte technique vital - acte technique thérapeutique	- évaluation par le senior - type de spécialité du service	- formation universitaire avec simulation des actes de soin avant leur réalisation chez un patient - importance de la seniorisation dans l'acquisition de la maîtrise des actes de soin avec responsabilisation progressive
Culpabilité et stigmatisation liée aux erreurs médicales (EIAS) ^[46-48] : concept de seconde victime	- statistique des EIAS* - RMM**	- introduction de la notion d'erreur et d'effet indésirable liés aux activités de soin lors de la formation initiale - dispositif EIAS avec debriefing empathique et sans jugement favorisant ▪ la verbalisation ▪ l'expression d'une détresse
Gestion des internes et étudiants hospitalier par les chefs de clinique/assistants	- expérience de gestion d'étudiants ou d'équipe	- formation à la pédagogie ▪ groupes d'analyse de pratique au sein de l'équipe enseignante ou entre les chefs de clinique/assistants ▪ journées ou séminaires de pédagogie organisés en général par l'université lors de l'intégration des nouveaux chefs de clinique/assistants
Violences		
Violence interne - tension au sein de l'équipe soignante - tension au sein du service	- absentéisme - alerte du médecin du travail	- importance de la présentation de l'interne/chef de clinique/assistant à l'ensemble de l'équipe et définition de son rôle et ses besoins auprès de l'équipe - aménagement de temps d'échange - suivi par le médecin du travail - intervention d'un médiateur, interne ou externe au service formé au repérage et à la gestion des conflits
Violence externe : - verbale voire physique de patients en difficultés ou leur famille	- type de service (urgences, psychiatrie) - étude des fiches d'événements indésirables	- politique de fermeté de l'établissement vis-à-vis de ce type de violence - professionnalisation de la gestion des conflits - formation initiale : ateliers de simulation et de mise en scène - formation continue au sein des services: groupes d'analyse de pratiques - définition préalable de protocoles de prise en charge de patients agités - comité violence institutionnel avec réalisation d'un arbre des causes sur les signalements d'événements indésirables et mise en place de facteurs correctifs relayés par des référents dans les services - contact avec l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) au sein de la DGOS permettant une analyse et un repérage des points faibles d'un service en matière de sécurité. Des actions correctives pourront ensuite être mises en place. ▪ rapports de l'ONVS ▪ Fiches points clés d'une politique de sécurité
...	- ...	- ...

EIAS : Evénements indésirable associés aux soins ** RMM : Revue de morbi-mortalité

3. Autonomie et marge de manœuvre

L'absence d'autonomie et l'absence ou la diminution de contrôle sur l'environnement sont des facteurs de risque importants d'épuisement professionnel chez les jeunes praticiens. Ces facteurs sont souvent décrits en lien avec la charge de travail et notamment la charge administrative^[15].

L'autonomie correspond à la latitude laissée au sujet pour atteindre son objectif. Elle ne doit cependant pas être confondue avec l'absence d'objectif^[49]. Classiquement, l'association d'exigences de travail élevées et d'une faible autonomie potentialise l'effet individuel de chacun de ces deux risques^[50].

L'utilisation et le développement des compétences influent sur le plaisir, la motivation et le sentiment de se réaliser professionnellement. La question de l'autonomie est évoquée sous deux angles et en proportion différente selon la catégorie de personnel étudiée. On distingue :

- d'une part, le principal objectif de l'internat, du clinicat ou de l'assistantat qui est l'acquisition d'une compétence ou d'une expérience professionnelle
- d'autre part, le service rendu par les internes, chefs de clinique et assistants au sein du service d'accueil

Cet équilibre entre la formation professionnelle et la participation à l'activité du service est fragile car les objectifs cliniques sont de plus en plus orientés vers l'efficacité de la prise en charge du patient. Le service est amené à prioriser et à raccourcir le temps dédié à certains actes ce qui peut réduire le champ des possibilités d'enseignement ou d'accompagnement. L'enjeu est donc de définir des objectifs communs à l'arrivée du jeune praticien, de les évaluer et les faire évoluer durant son cursus. Ces objectifs communs représenteront un compromis entre les exigences cliniques et de formation. Concernant les internes, les coordinateurs universitaires peuvent intervenir dans la définition de ces objectifs communs. L'évaluation des stages hospitaliers est souvent utilisée par les internes entre eux pour les aider dans le choix des stages hospitaliers. Cet outil, s'il est standardisé et anonymisé peut être un outil d'évolution des pratiques dans la mesure où il est communiqué aux services, aux coordinateurs universitaires et aux directeurs d'établissement.

Contraintes	Outils d'Evaluation	Pistes de prévention primaire
Manque d'autonomie lié au service		
<ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité de participer à la formation clinique <ul style="list-style-type: none"> ▪ réunions de dossiers ▪ staffs ▪ réunions d'échanges de pratique 	<ul style="list-style-type: none"> - présence aux réunions 	<ul style="list-style-type: none"> - planification des réunions avec roulement des praticiens permettant la compatibilité entre la nécessité d'une présence clinique d'une part et la nécessité de formation d'autre part - compte rendu de la réunion permettant à la personne absente d'accéder à la synthèse de la réunion
<ul style="list-style-type: none"> - Absence de participation aux décisions du service 	<ul style="list-style-type: none"> - présence aux réunions de service 	<ul style="list-style-type: none"> - participation du jeune praticien à la constitution et à la révision de protocoles du service - présentation des cas cliniques par le jeune praticien - inclusion de l'interne dans un groupe de travail au sein du service - prise en compte de l'avis du jeune praticien dans l'organisation des plannings - possibilité pour le jeune praticien d'ajuster son planning tout en respectant ses obligations et les contraintes de service
<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie non adaptée aux capacités professionnelles du jeune praticien 	<ul style="list-style-type: none"> - EIAS* - RMM** - nombre d'accidents de travail (AES***) - Questionnaire standardisé et anonymisé d'évaluation du stage 	<ul style="list-style-type: none"> - définition de pré requis nécessaires à l'attribution de certaines tâches - appui du coordinateur universitaire pour les internes dans la définition des objectifs communs cliniques et pédagogiques - entretien en début et en cours de stage pour définir et adapter les objectifs communs - importance de la seniorisation - arbre des causes réalisé dans le cadre de RMM** non sanctionnante - attitude bienveillante du praticien senior dans le repérage des erreurs commises : <ul style="list-style-type: none"> ▪ en amont des effets sur le patient ▪ discussion autour des causes de l'erreur et des stratégies à mettre en œuvre afin de les éviter ▪ éviter la stigmatisation qui génère une « seconde victime »
<ul style="list-style-type: none"> - Sous-utilisation des compétences 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire standardisé et anonymisé d'évaluation du stage - absentéisme 	<ul style="list-style-type: none"> - définition des objectifs et réévaluation régulière - mise en adéquation du degré d'autonomie et de l'expérience acquise par le praticien
Manque d'autonomie lié au cursus professionnel		
<ul style="list-style-type: none"> - Choix des stages 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire standardisé et anonymisé d'évaluation du stage 	<ul style="list-style-type: none"> - possibilité de cursus individualisé après concertation avec le coordonateur universitaire de la discipline - possibilité de stages inter-hospitaliers dans le cadre d'un cursus individuel concerté
...

EIAS : Evénements indésirables associés aux soins ** RMM : revue de morbi-mortalité *** AES : accident d'exposition au sang

4. Support social faible / Manque de reconnaissance

Le soutien social apparaît comme un facteur modérateur des autres RPS. Ainsi, notamment chez les internes, une forte charge de travail ou émotionnelle n'aura pas les mêmes effets si elles sont associées ou non au soutien de ses collègues ou des seniors. Les relations interindividuelles peuvent impacter la personne du fait d'un manque de reconnaissance, d'un défaut d'intégration ou d'un sentiment d'injustice. Ces trois concepts ont été quantifiés par différents modèles validés comme le modèle de soutien social de Karasek et Theorell (1990), le modèle d'équilibre effort-récompense de Siegrist (1996) ainsi que le modèle plus récent de justice organisationnelle qui est de plus en plus utilisé. Ces outils sont destinés aux enquêtes épidémiologiques et ne peuvent être utilisés pour un dépistage individuel ou sur un faible effectif.

Concernant les internes, les études suggèrent un lien significatif entre la mauvaise qualité des interactions avec le(s) senior(s) et l'augmentation de la prévalence de l'épuisement professionnel. De même, un esprit de compétition trop présent influe négativement les rapports entre internes notamment pour les spécialités comportant des actes techniques importants à maîtriser pour leur avenir professionnel^[10]. Les seniors, les chefs de service et les Commissions Médicales d'Etablissement (CME) peuvent intervenir dans la prévention de ce type de facteur de risque.

Contraintes	Outils d'Evaluation	Pistes de prévention primaire
<ul style="list-style-type: none"> - Absence ou faible interaction avec le senior : <ul style="list-style-type: none"> ▪ manque d'interaction ▪ manque de retour ▪ forte exigence associée à un manque de reconnaissance 	<ul style="list-style-type: none"> - entretien - fiche d'évaluation du stage - réunion de service 	<ul style="list-style-type: none"> - désignation d'un référent de secteur ou d'une activité précise - définition des objectifs communs au jeune praticien et au senior - tours ou staffs seniorisés permettant une discussion sur les dossiers - formation des seniors à la pédagogie <ul style="list-style-type: none"> ▪ journée pédagogique dans certaines facultés lors de l'intégration des jeunes chefs de clinique et assistants - réunions de service avec temps d'échange sur les bonnes pratiques ou pour définir les critères communs de qualité des soins - favoriser les lieux et moments de rencontre et de convivialité pour échanger de manière informelle - promouvoir l'esprit de corps professionnel par la participation aux congrès
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de reconnaissance des seniors 		<ul style="list-style-type: none"> - enseignement et rappel des règles d'éthique professionnelle <ul style="list-style-type: none"> ▪ en formation initiale ▪ par le service ▪ par l'établissement (CME) - discussion au sein des services sur les process dysfonctionnels
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de reconnaissance des confrères <ul style="list-style-type: none"> ▪ individualisme ▪ absence de transmission/coordination lors d'un transfert de patients d'un service à l'autre, lors des astreintes/gardes 		<ul style="list-style-type: none"> - constitution d'un livret d'accueil dédié aux internes, aux chefs de clinique et aux assistants <ul style="list-style-type: none"> ▪ disponible en ligne ▪ présentation de l'établissement ▪ contacts utiles - organisation de journées d'accueil
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de reconnaissance de l'administration 	<ul style="list-style-type: none"> - attractivité - démission 	<ul style="list-style-type: none"> - présentation du praticien et de son planning à l'ensemble de l'équipe du service avec définition de temps d'échanges
<ul style="list-style-type: none"> - Mutualisation des ressources humaines hospitalières : <ul style="list-style-type: none"> ▪ activité multi-site du praticien ▪ risque de rupture des collectifs de travail^[29] 	<ul style="list-style-type: none"> - type de contrat 	<ul style="list-style-type: none"> - entretiens précoces concernant les perspectives de carrière avec le coordinateur du DES, le chef de service, responsable de structure - information en amont de la fin de formation de l'interne sur les possibilités d'accéder à un poste hospitalier ou hospitalo-universitaire post-internat - politique de gestion prévisionnelle des effectifs au sein de l'établissement - organisation de points de rencontre (journées d'intégration, carrefour carrière...) entre les structures ou établissements de santé et les jeunes praticiens qui compléterait le livret d'accueil disponible en ligne
<ul style="list-style-type: none"> - Incertitude quant à l'obtention d'un poste hospitalier ou hospitalo-universitaire - Compétition, concurrence 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> -
<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> -

5. Conflits éthiques et de valeur

Les conflits éthiques et de valeur naissent chez les soignants du sentiment qu'ils pourraient faire mieux pour le patient s'ils avaient plus de moyens. La vision du gestionnaire, qui reflète le niveau de financement que la collectivité peut mettre à la disposition des acteurs de santé, n'est pas toujours compatible avec les valeurs du soignant. Ces valeurs sont personnelles mais également en rapport avec l'enseignement qu'il a reçu. Le soignant est également soumis à l'exigence croissante du patient en termes de qualité de soin, d'accompagnement ou encore d'éducation thérapeutique. Un rapport de l'Observatoire National du Suicide fait état de l'impact dans le processus suicidaire de la souffrance éthique « *qui exprime l'existence d'un désaccord entre ce que les personnes estiment devoir faire dans leur travail et ce qu'elles sont conduites à faire en raison de l'organisation du travail et qu'elles réprouvent*⁷ ». Cet impact rend nécessaire la recherche de compromis acceptables entre les acteurs de soin, leurs patients et les gestionnaires appliquant les politiques de santé. Les espaces de discussion autour des conflits éthiques connus ou émergeant sont importants pour moduler leur impact sur la santé psychique des jeunes praticiens. Ces discussions peuvent avoir lieu lors de la formation universitaire (initiale ou continue) et dans les services au cours de la formation professionnelle.

Contraintes	Outils d'évaluation	Pistes de prévention primaire
- Disparité entre les bonnes pratiques enseignées et les moyens alloués pour les mettre en œuvre		- prise en compte des contraintes économiques dans l'enseignement initial - réunion au sein des services permettant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ un échange de pratiques ▪ une définition commune des critères de qualités de soins ▪ une adaptation des bonnes pratiques théoriques avec la réalité du terrain
- Conflits éthiques entre les praticiens ou entre les praticiens et le personnel paramédical <ul style="list-style-type: none"> ▪ soins palliatifs, acharnement thérapeutique ▪ prélèvement/don d'organe ▪ procréation médicale assistée ▪ Evènements Indésirables liés aux Actes de Soins (EIAS) 	- entretien - fiche d'évaluation du stage - réunion de service	- réunion éthique au sein des services permettant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ un échange de pratiques ▪ l'expression des conflits éthiques de chacun ▪ une réflexion concertée concernant les difficultés d'ordre éthique
...	- ...	- ...

⁷ Rapport de l'observatoire national du suicide (2014)

6. Difficultés économiques et sociales

Les difficultés économiques et sociales rencontrées par les internes, chefs de clinique et assistants existent mais ne semblent pas jouer un rôle prépondérant. La prise en compte de ces difficultés constitue néanmoins un axe de prévention primaire pour diminuer l'effet des autres RPS. Les postes en post-internat ne sont pas garantis et le statut de chef de clinique ou d'assistant n'est pas permanent. C'est l'incertitude quant à la poursuite d'une carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire qui est souvent problématique et ce sentiment d'insécurité, générateur de RPS peut être accru par des difficultés économiques et sociales.

Contraintes	Outils d'évaluation	Pistes de prévention primaire
- Internat effectué à distance de la région d'origine	- fiche administrative comportant le lieu de résidence habituel	- Livret d'accueil de l'interne comportant <ul style="list-style-type: none"> ▪ des renseignements quant aux possibilités de logement ▪ des renseignements quant à la ville d'accueil - Favoriser l'accès au logement universitaire pour loger les internes lors de leur stage hors subdivision, notamment à Paris et dans les établissements ne disposant pas de lieu d'hébergement. ^[4]
- Situation familiale liée aux enfants	- fiche administrative	- Accessibilité des crèches ou mode de garde avec horaires d'accueil adaptés aux contraintes horaires spécifiques (gardes, astreintes)
- Situation financière	- nb de dossiers d'aide financière constitués auprès des assistantes sociales - nombre de boursiers	- Accès aux assistantes sociales avec coordonnées accessibles via le livret d'accueil disponible en ligne
...	- ...	- ...

F. Repérage/Dépistage des effets sur la santé des RPS chez les internes, chefs de clinique et assistants et stratégies de prise en charge

Le niveau d'intervention primaire décrit précédemment doit permettre de diminuer les sources de stress en agissant sur les causes des RPS plutôt que sur leurs conséquences. Néanmoins, des études récentes explorant les origines du stress, ses effets sur la santé et la gestion de ces conséquences, décrivent l'importance de la perception du sujet vis-à-vis de son travail ainsi que l'importance des facteurs de risques inhérents au sujet lui-même (e.g. neuroticisme, surinvestissement, absence de compassion vis-à-vis de soi, manque d'empathie, résilience faible)^[44,45,51,52]. Ainsi, le deuxième niveau de prévention consiste à dépister les effets précoces et à aider les internes, chefs de clinique et assistants à faire face aux RPS encore existants malgré un plan de prévention primaire efficace. Ce niveau d'intervention peut permettre d'améliorer l'adaptation au stress ou de soulager ses effets précoces (e.g. activité sportive, relaxation, pleine conscience)^[53]. Ce niveau de prévention est souvent contesté par les personnes soumises aux RPS qui estiment en premier lieu qu'aucun RPS ne devrait subsister après un plan de prévention primaire bien mené. Or, si le dépistage positif d'effets précoces sur la santé doit en effet permettre un rétrocontrôle sur le niveau de prévention primaire, il sera parfois nécessaire d'améliorer également les stratégies de gestion du stress pour cultiver la notion de bien-être au travail.

Un niveau de prévention tertiaire sera mis en place pour les cas où les effets sur la santé ou les pathologies se déclarent malgré les deux niveaux de prévention primaire et secondaire. Ce niveau de prévention tertiaire sera orienté vers la prise en charge ou le traitement des pathologies induites mais également vers le maintien ou le retour dans le cursus professionnel ainsi que la surveillance d'éventuelles récurrences.

Si la prévention primaire doit être prioritairement collective pour prévenir les causes des RPS dans la majorité des cas et fixer un cadre repère pour chaque intervenant dans le cursus des internes, chefs de clinique et assistants, le dépistage précoce des effets des RPS ou de la détérioration d'un état de santé sera quant à lui essentiellement individuel. Ainsi, la lutte contre le surinvestissement peut par exemple faire partie intégrante de la démarche de prévention^[6] mais d'autres traits de personnalité ne pourront pas être pris en compte sur un plan collectif. De même, les symptômes ressentis par la personne sont des éléments d'alerte d'un processus pathologique en cours. Seule une consultation avec un professionnel de santé permet d'objectiver la plainte par la recherche de signes cliniques qui permettront de guider la prise en charge. Néanmoins, ces symptômes peuvent entraîner une modification du comportement et ce sont finalement ces modifications du comportement que l'encadrement doit rechercher ou surveiller. Dans ce cadre, il est utile d'avoir identifié les personnes ou structures ressources qui pourront ensuite dépister, réorienter ou prendre en charge. L'enjeu pour les responsables est alors de promouvoir et faciliter l'accès à ces structures. Par contre, cette prise en charge individuelle ne peut être efficace que si elle est associée à une analyse des causes ainsi qu'un rétrocontrôle sur le plan de prévention si cela s'avère pertinent.

1. Formation/Sensibilisation des internes, chefs de clinique et assistants, des seniors et responsables administratifs

L'importance des effets psychologiques, physiques et sociaux du stress et leurs conséquences en termes de santé publique justifient pleinement l'intégration de cette problématique dans les programmes de formation initiale et continue. Ceci fait d'ailleurs partie des préconisations de l'académie nationale de médecine dans son rapport de 2016^[6]. Une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques, des symptômes et des prises en charges efficaces participeront à la sensibilisation

des futurs praticiens vis-à-vis de cette problématique et à l'amélioration de la prise en charge des patients concernés. Il existe d'ailleurs des questionnaires spécifiques d'aide au diagnostic ou d'évaluation d'intensité spécifiques de certaines pathologies psychiques que tout médecin doit savoir utiliser^[6].

De même, les questions éthiques connues et émergentes (e.g. mort, soins palliatifs, don d'organe, procréation médicale assistée, Evènements Indésirables liés aux Actes de Soins) ou les entretiens difficiles (e.g. annonce d'une maladie grave, d'une mauvaise nouvelle, prise en charge de maladies chroniques) peuvent être évoquées lors d'une formation pratique qui est déjà mise en place dans certaines universités (e.g. jeux de rôle, mise en situation, entretiens filmés). Cet apprentissage est complété lors des stages cliniques permettant de professionnaliser la gestion de ces situations et ne pas puiser sur ses propres ressources émotionnelles ou éviter les conflits de valeur.

Une sensibilisation à la problématique des RPS devrait également faire partie de la formation de tout encadrant ou manager qu'il soit responsable clinique ou administratif afin d'anticiper et de mener une réflexion en amont et non au décours des incidents. Les études ou rapports concernant cette problématique sont unanimes quant à l'importance de cette sensibilisation dans la démarche de prévention et surtout son efficacité^[6,10,26].

2. Accueil des jeunes médecins

- De nombreuses initiatives régionales ou locales existent pour structurer l'accueil des internes (e.g. livrets d'accueil, journées d'accueil). Une charte des internes a d'ailleurs été signée en 2014 par toutes les conférences, la FHF et les syndicats d'internes qui prévoit les modalités de cet accueil.

Elles sont un élément d'attractivité et de fidélisation des futurs professionnels dans les régions concernées mais également un moyen de sensibilisation et de transmission d'informations importante dans le cursus de chacun^[4]. Ces actions peuvent être collectives et/ou individuelles :

- mise en place d'un référentiel dédié comportant les noms et coordonnées des responsables administratifs, du service de santé travail, de l'assistante sociale, d'associations d'entre-aide. Ce référentiel doit être adapté à la population à laquelle il s'adresse et consultable à la demande (site internet)
- journée de formation à la pédagogie pour les assistants et chefs de clinique
- désignation, au sein du service et au sein de l'institution, d'un référent sensibilisé à la problématique des RPS
- accueil au sein du service à chaque changement de stage pour les internes ou lors de l'arrivée des assistants et chefs de clinique
- accueil par le coordinateur de DES qui centralise les informations venant des internes eux-mêmes et des responsables/tuteurs des services d'affectation

Ces différents types d'accueil peuvent être programmés à différents moments du cursus afin de multiplier les points de sensibilisation. Chaque point de rencontre peut ainsi favoriser le repérage de problèmes émergents. Les organisations syndicales jouent actuellement un rôle important dans l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des internes, chefs de clinique et assistants tout au long de leur cursus.

3. Signaux d'alerte et moyen de repérage

L'objectif de ce chapitre est de donner, aux encadrants, aux responsables et aux collègues des internes, chefs de clinique et assistants, les signaux d'alerte et les possibilités d'intervention existantes ou à mettre en place. Il faut considérer que :

- le sentiment de détresse ou les symptômes peuvent être évoqués spontanément par la personne
- le sentiment de mal-être peut se révéler pendant ou au décours d'un entretien
- la personne peut ne pas ressentir de manière précoce les effets négatifs des RPS qui peuvent être insidieux. Il n'y aura donc dans ce cas pas forcément de plainte spontanée ou lors d'un entretien. Une modification du comportement peut alors être le seul signe même si toute modification de comportement ne révèle pas systématiquement un mal-être

Ces constats permettent de dégager des outils de repérage avant d'orienter vers la structure qui confirmera ou non la dégradation de l'état de santé psychique et proposera un suivi ou une prise en charge adaptée. On peut ainsi établir :

- D'une part, des lieux ou temps privilégiés pour effectuer ce repérage:
 - au travers d'entretiens individuels systématiques avec le chef du service ou de l'unité fonctionnelle ou encore avec le maître de stage. A titre d'exemple, cet entretien pourrait être organisé au début puis à mi-stage pour les internes ou annuellement pour les chefs de clinique et assistants
 - au travers d'entretiens individuels avec le coordinateur de spécialité universitaire pour les internes
 - lors des entretiens avec les directeurs de thèse et mémoire
 - à l'occasion du remplissage systématique en fin de stage par les internes, d'un questionnaire dont les résultats collectifs devraient être communiqués aux services concernés
 - à l'occasion de campagnes de sensibilisation organisées par les organisations syndicales
 - à l'occasion de rassemblements moins formels et conviviaux (séminaires, congrès)
- Et d'autre part, les signaux à prendre en compte dans ce repérage surtout s'ils sont inhabituels et qu'ils se pérennisent :
 - plaintes de patients sur la qualité des soins
 - courriers de sortie réalisés avec un délai important
 - entrées non vues, erreurs minimales ou plus graves
 - changements fréquents sur le tableau de garde
 - plaintes des collègues de l'équipe médicale ou paramédicale
 - absentéisme ou présentéisme
 - augmentation des accidents de travail
 - agressivité, hypersensibilité, pleurs
 - propos cyniques inhabituels
 - apparition d'un désinvestissement, isolement, perte de confiance

En cas de repérage de tels signaux, une première démarche d'entretiens collectifs ou individuels peut avoir lieu au sein du service ou dans un environnement externe si la situation le nécessite. La personne qui mène les entretiens pourra selon les cas faire ou non partie de l'équipe afin d'éviter de cristalliser le problème avec une prise de position trop ferme (phénomène de polarisation). Pour que cette démarche soit pertinente, l'entretien individuel ou collectif requière alors :

- une écoute empathique témoignant de la prise en considération et de la volonté de compréhension de la personne même si son point de vue n'est pas partagé
- la définition des attentes de la personne ou du groupe avec la possibilité de recadrer les attentes irréalistes
- l'organisation d'entretiens avec les personnes ayant un point de vue différent ou qui sont directement concernés par les attentes définies
- de mettre en place un groupe de travail si nécessaire et de définir un plan d'actions qui pourront également être déclinés dans d'autres services

Cette démarche peut être initiée immédiatement ou à l'occasion d'une situation de crise mais devra surtout se poursuivre au-delà, lorsque les tensions auront diminué ou lorsque la prise en charge médicale, si elle est nécessaire, sera efficace.

4. Dépistage médical et prise en charge

Les moyens de dépistage et de prise en charge précoces des effets sur la santé ont été étudiés afin d'**identifier** les structures de dépistage qui orienteront si nécessaire, vers une prise en charge spécialisée. La connaissance de ces structures et de leur fonctionnement par l'ensemble des destinataires du guide apparaît essentielle afin d'en faire la promotion. Ces démarches de prévention secondaire et tertiaire peuvent compléter l'analyse collective *a posteriori* des RPS qui sera réalisée dans le respect du secret médical. De nouveaux risques et indicateurs pourront émerger par ce biais et permettront une orientation vers de nouveaux axes de prévention primaire.

Le dépistage peut être réalisé au travers l'organisation d'un suivi régulier des internes, chefs de clinique et assistants mais également lors d'une demande de consultation spontanée. Ce dépistage et surtout la prise en charge requièrent des personnes qualifiées et formées spécifiquement à la problématique des RPS. Tout comme les entretiens non médicaux, différentes étapes sont à respecter pour que la prise en charge soit pertinente :

- Dans un premier temps, un entretien individuel sera réalisé avec la personne en souffrance et comportera :
 1. une écoute empathique et compréhensive pour permettre à la personne en souffrance de comprendre et d'exprimer sa problématique. Il sera important à ce stade d'expliquer qu'aucun diagnostic de causalité ne peut être fait sur la base d'un entretien
 2. un inventaire des pistes de travail sur la base des causes attribuées par la personne
 3. une définition de ses attentes avec correction des attentes irréalistes
 4. une analyse des stratégies de gestion du stress (coping) déjà mises en œuvre
 5. une proposition d'intervention et/ou de prise en charge
 6. une réévaluation lors d'un suivi permettant d'adapter ou de définir de nouvelles stratégies d'intervention ou de prise en charge

- Parallèlement et avec l'accord de la personne un entretien individuel pourra être organisé avec les autres membres du service comportant :
 - une information sur le motif de l'entretien
 - une information sur les attentes définies par les entretiens précédents
 - une écoute empathique, sans jugement de valeur

I. OBSTACLES

Les obstacles liés au niveau de prévention secondaire et tertiaire sont de différents ordres. Des études et thèses de médecine ont répertorié ces obstacles relatifs au dépistage et à la prise en charge médicale [54-58] :

- le manque de temps
- l'arrivée sur un nouveau site avec absence de médecin référent
- l'absence de besoin ressenti d'un suivi médical en général entraînant un manque de suivi des pathologies chroniques en lien avec :
 - l'automédication et un sentiment fort de capacité à se soigner soi-même
 - la gêne ou la honte à consulter un confrère
 - l'inquiétude concernant la qualité du soin qu'il pourrait recevoir ne prenant pas en compte sa spécificité de soignant
 - le doute sur la compétence des confrères
- l'inquiétude quant à la confidentialité avec notamment la crainte sous-jacente d'un avenir professionnel compromis si certaines de leurs pathologies étaient révélées
- un suivi insuffisant en santé travail
 - du fait d'un manque de moyens et de consultations proposées
 - du fait du non respect par les responsables du caractère obligatoire d'un tel suivi
- le coût financier

Paradoxalement on retrouve à travers les mêmes études une demande forte d'orientation vers :

- un référent en santé-travail et notamment à chaque changement de stage pour les internes
- le respect du caractère obligatoire du suivi en santé travail
- la facilitation de l'accès aux consultations spécialisées (e.g. ophtalmologue, dentiste, psychiatre/psychologue, addictologue)
- la constitution d'un réseau de soin adapté à leur spécificité

II. SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

La réglementation prévoit déjà un suivi obligatoire par le service de santé au travail (SST) qui devrait être initié dès l'arrivée de l'interne ou du jeune praticien dans la structure qui l'accueille ou dont il dépend. Comme pour les autres spécialités médicales, le nombre de médecin du travail diminue et n'est pas en adéquation avec l'effectif des personnels à suivre. Néanmoins, s'il n'est pas en capacité de mettre en place un suivi périodique, le SST reste disponible et peut être sollicité pour une intervention collective ou individuelle de dépistage ou de prise en charge dès lors qu'un signal d'alerte a été repéré. L'équipe médicale du SST coordonne une équipe pluridisciplinaire qui peut comporter une psychologue du travail ou clinicienne. Le rôle et les missions de ce service est mal connu des internes, chefs de clinique et assistants ce qui limite son accès spontané^[55]. Ceci pourrait être amélioré par une information initiale et en ligne (livret d'accueil en ligne) concernant le suivi médical au sein du SST :

- il peut être sollicité par les internes, chefs de clinique et assistants eux-mêmes et répond à toutes demandes d'intervention collective ou individuelle
- il respecte le secret médical
- il permet d'aborder certaines problématiques de santé au travail en dehors d'un contexte de crise et d'instaurer un suivi adapté si des facteurs de risques sont repérés
- il est complémentaire et ne se substitue pas à un suivi médical général (médecin traitant, gynécologue)
- il permet d'orienter vers d'autres intervenants pour améliorer les stratégies de gestion du stress (e.g. gestion des émotions, pleine conscience) ou pour une prise en charge d'effets avérés (urgences psychiatriques, suivi médical ou psychologique)
- il permet de réaliser un point sur les addictions (tabac, alcool, drogues, anxiolytiques, hypnotiques)
- à la demande de l'intéressé, il peut faire suite à un suivi initié dans le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS)

Concernant spécifiquement les chefs de clinique qui sont hospitalo-universitaires, le SST universitaire est également un acteur de prévention. La coordination de ce service avec le SST hospitalier apparaît nécessaire afin de faire remonter les problématiques à ces deux composantes.

Néanmoins, en l'absence de sensibilisation des responsables cliniques ou des seniors quant à l'importance de ce suivi, les internes, chefs de clinique et assistants ne bénéficieront pas du temps nécessaire ou ne verront pas l'intérêt de se présenter aux rendez-vous dans le service de santé-travail. Une information au niveau des encadrants est donc également importante.

III. PSYCHOLOGUE / PSYCHIATRE

La consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre peut se faire dans le cadre d'une demande de renforcement des stratégies d'adaptation ou lors de la nécessité d'une réelle prise en charge. Dans ce dernier cas, qui témoigne souvent de l'échec de la prévention primaire et secondaire, cette prise en charge peut être réalisée dans un contexte d'urgence. Les services d'accueil et de crise, intégrés ou non dans les services d'urgence sont régulièrement sollicités pour des problématiques en lien avec l'activité professionnelle. Ce type de prise en charge en aigüe donnera lieu à un suivi si nécessaire. Dans certains établissements, la prise en charge par un professionnel de santé mentale s'effectue au sein du SST ou s'articule avec ce service. Ceci permet une évaluation régulière de la prise en charge individuelle et collective au niveau du service.

Le psychiatre ou le psychologue peuvent être sollicités :

- Via le médecin du travail qui a dépisté des signes de souffrance chez le jeune praticien
- Via le médecin traitant qui a dépisté des signes de souffrance chez le jeune praticien
- Via une association ou un réseau de prise en charge comme il en existe déjà dans certaines spécialités
- Par le responsable de l'établissement ou du service pour une prise en charge collective d'un épisode difficile ou pour un débriefing régulier dans les services spécifiques

Les prises en charges proposées peuvent être individuelles ou collectives. En ce qui concerne les programmes de réduction ou d'amélioration des stratégies d'adaptation (e.g. relaxation, pleine conscience, thérapies cognitivo-comportementales), leur efficacité a surtout été démontrée en prévention secondaire et tertiaire c'est-à-dire lorsque la personne se sent vulnérable ou a déjà développé des effets

pathologiques^[8,10,59]. De plus, il semble que les effets bénéfiques de ces programmes soient plus durables lorsqu'ils sont associés à un plan de prévention primaire de restructuration de l'organisation^[60].

IV. STRUCTURES ASSOCIATIVES (CENTRES D'APPEL, CONSULTATIONS DEDIEES)

La problématique inhérente aux internes, chefs de clinique et assistants est de ne pas toujours vouloir être pris en charge par d'éventuels collègues au sein d'une structure qui accueille parfois leurs propres patients. Cette réticence est prise en compte par les structures associatives qui répondent précisément au besoin d'anonymat. Ces associations proposent une communication par messagerie ou une écoute bienveillante directe par téléphone ou chat. Au fil du temps, elles ont constitué un réseau d'intervenants vers lesquels chaque personne peut être orientée en fonction de sa demande. Certaines associations sont locales alors que d'autres tendent à couvrir l'ensemble des régions. Leur financement provient par ailleurs de sources multiples et apparaît inhomogène. Les réseaux de prise en charge sont ainsi constitués avec plus ou moins de proximité. Le nom et les coordonnées de ces associations sont répertoriés en annexe 1 de manière non exhaustive.

V. AUTO DEPISTAGE ET AUTODIAGNOSTIC

La question est parfois posée quant à l'intérêt d'optimiser le repérage de signes précoces ou de pathologies avérées par le sujet lui-même. Des questionnaires existent et permettent en théorie d'analyser :

- d'une part la souffrance psychologique (tests classiques d'état mentaux, test de stress perçu, test de qualité de vie, tests de souffrance psychologique globale...)
- et d'autre part l'évaluation des modes d'adaptation ou de désadaptation au stress (évaluation des stratégies d'adaptation, gestion des émotions, inventaire de personnalité...)

Ces questionnaires sont cependant difficiles à utiliser par la personne concernée car le résultat de certains questionnaires n'ont aucune valeur individuelle et ne sont utilisés qu'en étude de population. De plus, le rendu de résultats de ce type de questionnaire doit être accompagné et de tels questionnaires ne peuvent, à eux seuls, orienter vers une prise en charge.

En revanche, la communication de situations classiques d'épuisement professionnelle par un moyen convivial et adapté aux jeunes praticiens (e.g. newsletter, journal) peut inciter ceux qui se sentent concernés à consulter (e.g. verbatim d'internes, mise en scène sur une plaquette, poster ou encore dans une bande dessinée...)

5. Maintien/retour au travail

Cette étape nécessite la collaboration des responsables, de la direction, du médecin du travail/psychologue ainsi que du jeune praticien lui-même qui doit au minimum donner son accord pour ce travail collaboratif :

- Le médecin du travail évalue la nécessité médicale (ou non) d'extraire le jeune médecin des contraintes psycho-organisationnelles en proposant si possible un aménagement du stage voire un changement de stage si nécessaire en collaboration avec le coordinateur universitaire et l'ARS. En cas d'arrêt maladie, il évalue la possibilité de reprise en fonction de la persistance des contraintes persistant dans le service et de la prise en charge efficace qui permettra d'éviter la récurrence. L'avis du médecin traitant/psychiatre par l'intermédiaire d'un courrier remis au patient contribue à l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge.
- Au niveau du service un travail peut être fait en amont de la reprise s'il y a eu un arrêt maladie ou parallèlement à la prise en charge du jeune médecin si l'arrêt maladie n'est pas nécessaire. Ce travail peut consister en la réalisation d'un arbre des causes pour mieux comprendre et dégager des pistes de réflexion pour faire évoluer l'organisation du service en tenant compte des contraintes
- L'établissement peut médier cette démarche et favoriser la communication des conclusions du groupe de travail afin de permettre à d'autres services d'effectuer un rétrocontrôle si nécessaire. Il s'agit là d'enrichir le plan de prévention par l'expérience propre de l'établissement.

G. Conclusion et perspective

Le travail ayant permis la réalisation de ce guide a permis de retenir certaines idées fortes que l'on peut résumer ainsi :

- tout d'abord, la nécessité d'une information et de l'engagement de tous dans une démarche active de prévention des RPS
- ensuite, l'importance d'exclure toute approche manichéenne, de ne pas cristalliser les situations et d'agir dans le respect de l'individu. Ceci est d'autant plus réalisable si la problématique des RPS est prise en compte de manière collective et en amont des situations aiguës. Ces situations aiguës, qui peuvent être conjoncturelles, témoignent parfois de l'absence d'anticipation ou de l'inefficacité des actions proposées
- enfin, il apparaît nécessaire de respecter une certaine méthodologie afin de ne pas démultiplier les outils et actions de prévention. Par ailleurs il faudra évaluer la pertinence des outils et l'efficacité des actions retenues avant d'en faire la promotion auprès d'autres structures

L'enrichissement de ce guide constitue la principale perspective. Il s'agit d'un outil vivant qui nécessitera des mises à jour régulières, à mesure du déploiement des plans d'actions et des conclusions des instances de concertation. Dans ce but, la désignation d'un relai local apparaît utile pour promouvoir, coordonner et évaluer la mise en place de cette démarche.

Rappel réglementaire :

La démarche d'évaluation des risques professionnels est obligatoire et menée sous la responsabilité du chef d'établissement. Le document unique résulte de cette démarche en répertoriant ces risques mais également les plans de prévention mis en œuvre^[1].

Ces obligations et les éventuelles conséquences en cas de non respect de ces dispositions sont rappelées aux chefs d'établissements par la circulaire N°DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011^[2]. En cas de manquement à ses obligations, la responsabilité de l'établissement est d'ordre indemnitaire mais peut également être pénale. La jurisprudence indique qu'une simple méconnaissance d'un risque existant du fait de l'absence de démarche d'évaluation est répréhensible et constitue une mise en danger d'autrui sans qu'il ne soit forcément constaté de dommage. Le juge aura alors à définir quelle démarche d'évaluation des risques et quel plan de prévention primaire, secondaire et tertiaire en rapport ont été développés par l'établissement ou les responsables des personnels concernés.

Références

1. Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2001-1016 nov 5, 2001.
2. CIRCULAIRE N° DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière. NOR: ETSH1135661C.
3. DGAFP. Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique. Ministère de la fonction publique; 2014 mars.
4. DGOS (SDRH). Rapport final du groupe de travail sur les conditions de travail des étudiants, internes et assistants. Ministère des affaires sociales et de la sante; 2013 mars.
5. Laanani M. Mise en place d'un groupe de travail sur la prévention, le dépistage et la prise en charge des risques psychosociaux et du burn-out chez les internes et assistants [Mémoire de Master 2 Intervention en promotion de la santé]. Université de Lorraine; 2015.
6. Olié J-P, Légeron P. Le burn-out. Académie nationale de médecine; 2016 févr p. 16.
7. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. JAMA. 2009;302(12):1338-40.
8. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. Libyan J Med. 2014;9:23556.
9. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clin Proc. 2015;90(12):1600-13.
10. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Med Educ. 2016;50(1):132-49.
11. Campbell DA. Physician wellness and patient safety. Ann Surg. 2010;251(6):1001-2.
12. Campbell J, Prochazka AV, Yamashita T, Gopal R. Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2010;85(10):1630-4.
13. Matheson KM, Barrett T, Landine J, McLuckie A, Soh NL-W, Walter G. Experiences of Psychological Distress and Sources of Stress and Support During Medical Training: a Survey of Medical Students. Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry. 2016;40(1):63-8.
14. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet Lond Engl. 14 nov 2009;374(9702):1714-21.
15. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. Am J Med. 2003;114(6):513-9.
16. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, Dewas S, Pointreau Y, Rodrigues M, et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. 2010;46(15):2708-15.
17. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. mars 2013;63(608):e217-24.

18. Groupe de travail de la Commission des Pathologies Professionnelles du COCT. Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle - 1ere partie: pathologies psychiques. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social; 2012.
19. Article R6153-2 Modifié par Décret n°2015-225 du 26 février 2015 - art. 1. Code de la santé publique.
20. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. févr 26, 2015.
21. Article R6153-7 Modifié par Décret n°2010-1187 du 8 octobre 2010 - art. 8. Code de la santé publique.
22. Articles R6152-501 à 537. Code de la santé publique.
23. Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires - Articles 26-1 à 11. févr 24, 1984.
24. Décret n°90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires - Articles 4 à 6. 90-92 janv 24, 1990.
25. Décret n° 2015-1260 du 9 octobre 2015 relatif au temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes des établissements publics de santé. oct 9, 2015.
26. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Paris: Collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales; 2011.
27. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99-113.
28. INRS. FRPS 38 - Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Réf En Santé Au Trav [Internet]. 2014 [cité 17 févr 2016];(138). Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2038>
29. Estry-Behar M, Leimdorfer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Rev Fr Aff Soc. 9 févr 2011;(4):27-52.
30. Grynderup MB, Mors O, Hansen ÅM, Andersen JH, Bonde JP, Kærgaard A, et al. Work-unit measures of organisational justice and risk of depression--a 2-year cohort study. Occup Environ Med. juin 2013;70(6):380-5.
31. Coutarel F, Caroly S, Vézina N, Daniellou F. Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir : des concepts à l'intervention ergonomique. Trav Hum. 20 févr 2015;78(1):9-29.
32. Caroly S, Simonet P, Vézina N. Marge de manœuvre et pouvoir d'agir dans la prévention des TMS et des RPS. Trav Hum. 20 févr 2015;78(1):1-8.
33. Lamy S, Gaudemaris R de, Sobaszek A, Caroly S, Descatha A, Lang T. Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. Santé Publique. 17 sept 2013;25(4):389-97.
34. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. Occup Environ Med. juill 2008;65(7):438-45.
35. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. BMC Public Health. 2015;15:738.
36. Nasse P, Légeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Paris: Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité; 2008.

37. Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST, Singh-Manoux A, Fransson EI, Alfredsson L, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet Lond Engl.* 31 oct 2015;386(10005):1739-46.
38. Ripp J, Babyatsky M, Fallar R, Bazari H, Bellini L, Kapadia C, et al. The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2011;86(10):1304-10.
39. Ripp JA, Bellini L, Fallar R, Bazari H, Katz JT, Korenstein D. The impact of duty hours restrictions on job burnout in internal medicine residents: a three-institution comparison study. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2015;90(4):494-9.
40. Reed DA, Fletcher KE, Arora VM. Systematic review: association of shift length, protected sleep time, and night float with patient care, residents' health, and education. *Ann Intern Med.* 2010;153(12):829-42.
41. Gerber M, Brand S, Elliot C, Holsboer-Trachsler E, Pühse U, Beck J. Aerobic exercise training and burnout: a pilot study with male participants suffering from burnout. *BMC Res Notes.* 2013;6:78.
42. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172(18):1377-85.
43. Brazeau CMLR, Shanafelt T, Durning SJ, Massie FS, Eacker A, Moutier C, et al. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2014;89(11):1520-5.
44. Olson K, Kemper KJ, Mahan JD. What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? *J Evid-Based Complement Altern Med.* 2015;20(3):192-8.
45. van der Wal RAB, Bucx MJL, Hendriks JCM, Scheffer G-J, Prins JB. Psychological distress, burnout and personality traits in Dutch anaesthesiologists: A survey. *Eur J Anaesthesiol.* 2016;33(3):179-86.
46. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider « second victim » after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* oct 2009;18(5):325-30.
47. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf Jt Comm Resour.* août 2007;33(8):467-76.
48. Venus E, Galam E, Aubert J-P, Nougairede M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf.* avr 2012;21(4):279-86.
49. DGT, Anact, INRS. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout: mieux comprendre pour mieux agir [Internet]. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social; 2015. Disponible sur: www.travailler-emploi.gouv.fr
50. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32(6):443-62.
51. Gramstad TO, Gjestad R, Haver B. Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. *BMC Med Educ.* 2013;13:150.
52. Ito JK, Brotheridge CM. Resources, coping strategies, and emotional exhaustion: A conservation of resources perspective. *J Vocat Behav.* 2003;63(3):490-509.

53. Servant D. Du burn-out à la dépression professionnelle. Nouvelles approches en psychiatrie. Eur Psychiatry. nov 2015;30(8, Supplement):S63.
54. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2008;58(552):501-8.
55. Mousnier-Lompre C. Problématiques de santé et suivi médical des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie [Thèse d'exercice]. Université Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2015.
56. Le Quintrec T. Le suivi médical des étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine à la Faculté d'Angers [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2013.
57. Schreck C. Comment les internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique [Thèse d'exercice]. [Université européenne de Bretagne]: Université Rennes 1; 2013.
58. Oxtoby K. Why doctors don't take sick leave. BMJ. 2015;351:h6719.
59. Siedsma M, Emler L. Physician burnout: can we make a difference together? Crit Care Lond Engl. 2015;19:273.
60. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient Educ Couns. févr 2010;78(2):184-90.

Annexe 1 : Associations

Réseaux nationaux⁸ :

- AAPML (Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux)
N° Indigo : 0826 004 580
<http://www.aapml.fr/>
- APSS (Association pour les soins aux soignants)
<http://www.apss-sante.org/>
- Collège français d'anesthésie-réanimation (CFAR)
N° Vert : 0800 00 69 62
e-chat
<http://cfar.org/sante-au-travail-smart/>
- MOTS (Médecin Organisation Travail Santé)
N°: 0608 282 589
<http://www.association-mots.org/>
- SPS (Soins aux professionnels de santé)
N° Vert : 0805 23 23 36
<http://www.asso-sps.fr/>

Réseaux locaux⁹ :

- Montpellier
EIAS (Accompagnement lors d'une Erreur, Incident, Accident liés aux Soins) - CHRU Montpellier
N° GSM: 07 88 01 40 48 (ou 1/4048 par téléphone interne)
eias@chu-montpellier.fr
- Paris
SOS SIHP (Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris)
sossihp@gmail.com

⁸ Liste non exhaustive et par ordre alphabétique