

Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé

Dr Donata Marra

Remerciements

Pendant les auditions, la prise de notes a été régulièrement suspendue, pour signifier aux auditionnés qu'ils pouvaient être sincères, quel que soit leur point de vue. C'est la raison pour laquelle les propos tenus ont été retranscrits dans un contexte global, sans citer nommément leurs auteurs. Il était également important d'élargir la réflexion auprès de personnes ayant des domaines de compétences différents.

Merci à tous les représentants des étudiants qui ont contribué à ce rapport. Auditionnés à plusieurs reprises ils y ont participé de la manière la plus constructive qui soit.

Merci à tous ceux qui ont accordé du temps à cette mission. Merci de leur confiance.

Il est temps d'intervenir, pour les étudiants, pour les soignants et pour les patients.

SOMMAIRE

	Pages
A. Qualité de vie des étudiants en santé	
1. Situation et recommandation principale	4
2. Méthodes	7
3. Définitions, enquêtes, études	8
B. Situations à partir des auditions et des expériences de terrain	
1. Rendre visible l'invisible	13
2. Changements de paradigmes, changements sociétaux, changements de métiers	14
3. Harcèlement, sexisme, maltraitance	16
4. Nombre d'étudiants, environnement en stage	18
5. Formation des encadrants	19
6. Enseignements théoriques	19
7. Troisième cycle en médecine	23
8. Autres formations	24
9. Autres thèmes abordés	26
10. Les interventions	26
C. Recommandations et propositions	30
1. Recommandation principale: intervenir	32
1.1. Centre National d'Appui	33
1.2. Formations des enseignants	35
1.3. Communiquer sur les dispositifs d'accompagnement et les parcours de soins	36
1.4. Créer ou faire évoluer les dispositifs d'accompagnement	37
2. Compétences transdisciplinaires et risques psychosociaux	38
2.1. Compléter les dispositifs d'accompagnement des étudiants	39
2.2. Centres régionaux d'accompagnement spécifiques aux internes	41
3. Prévenir les risques psychosociaux par un renforcement de l'étayage pédagogique	42
3.1. Etayage en stage et professionnalisme	42
3.2. Intervenir sur les programmes et les méthodes	43
3.3. La PACES	46
4. Lutter contre le harcèlement	46
5. Parcours d'interventions et de soins	47
6. Suicide	50
7. Equité entre formations en santé	50
8. Autres propositions	51
D. Annexes	52

ABBREVIATIONS

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

APS : Activités Physiques et Sportives

BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire

BIPE : Bureau-Interface-Professeurs-Etudiants de Sorbonne Université (Paris 6)

CROUS : Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires

CNOUS : Centre National des Œuvres Universitaires et Scolaires

CPP : Comité de Protection des Personnes

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DGESIP : Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medicine

FAGE : Fédération des Associations Générales Etudiantes

FNESI : Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers

IEE : Interface-Enseignants-Etudiants

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

INVs : Institut National de Veille Sanitaire

ISNCCA : Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistants

ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale

ISNI: Inter Syndicale Nationale des Internes

HAS : Haute Autorité de Santé

RSH : Relais Santé Handicap

RPS : Risques Psychosociaux

RU : Restaurant Universitaire

SIUMPPS : Services Inter-Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

SOI : Service d'Orientation et d'Information

SUAPS : Service Universitaire d'Activités Physiques et Sportives

ONS : Observatoire National du Suicide

OVE : Observatoire de la Vie Etudiante

A. QUALITE DE VIE DES ETUDIANTS EN SANTE

1. SITUATION ET RECOMMANDATION PRINCIPALE

Y a-t-il un problème de mal-être des étudiants en Santé ?

OUI.

Le recoupement de plusieurs sources d'informations le confirme.

Ce problème est plus ou moins important selon les formations et les cycles.

Les formations apparemment mieux protégées associent plusieurs des éléments suivants:

- peu de contacts avec le milieu hospitalier et les stages émotionnellement difficiles,
- pas de concours classant en fin de second cycle,
- un nombre limité d'étudiants dans les promotions et avec un encadrement bienveillant,
- un programme académique qui n'est pas surchargé,
- de nombreux enseignements pratiques en petits groupes (TD et TP),
- une mise en situation professionnalisante rapide,
- une forte motivation préalable à l'entrée dans le cursus.

Le cursus médical est le plus concerné, notamment le 3ème cycle.

Peut-on déterminer avec exactitude l'ampleur de ce problème ?

NON

Est-il plus important qu'auparavant ?

Sur le plan international des études le suggèrent.

Les raisons avancées sont systémiques: évolution de la société (changements culturels, numérique, réseaux sociaux ...), évolution de l'exercice professionnel, difficultés des systèmes de soins.

Une conjoncture particulière à la France est décrite dans ce rapport.

Aujourd'hui, la priorité est à la mise en place d'interventions.

Les données épidémiologiques françaises ne sont pas exhaustives, mais les études et enquêtes de ces dernières années, la réalité du terrain et les données internationales, confirment la nécessité d'agir rapidement.

Il s'agit de proposer **un plan d'interventions à la mesure des enjeux**. Elles doivent être **coordonnées**, associant des interventions individuelles, de groupes, de prévention primaire à tertiaire, locales et nationales. **L'aspect systémique**, qui s'est imposé tout au long de la mission est absolument essentiel. L'étudiant est en interaction avec le milieu académique et le milieu de soin, l'ensemble a évolué, la société également. La littérature souligne des déterminants des difficultés des étudiants identiques ou similaires quels que soient les cursus de formation et les systèmes de soins.

Aux Etats-Unis, les études épidémiologiques rapportent une augmentation du burnout des médecins de 9% entre 2011 et 2014, à la différence de professionnels non soignants, atteignant plus de la moitié de la population médicale. Le risque de suicide est plus élevé que celui de la population générale. Les étudiants et les infirmiers sont également concernés. Les étiologies sont principalement liées à l'aspect systémique, en particulier la recherche constante d'une meilleure « rentabilité » du système de soins et l'introduction des nouvelles technologies.

Devant ce constat alarmant en termes de coûts humains et sociétaux, fin 2017 la National Academy of Medicine (Etats Unis) a mis en place « *the Action Collaborative on Clinician Well-Being and Resilience* ». Ce réseau de plus de 50 organisations de soignants et d'étudiants a pour objectif de mieux comprendre le mal-être des soignants, de faire connaître ce qui a trait au stress et au burnout, ainsi que les réponses à y apporter.

Le programme d'aide aux médecins et résidents du Québec (PAMQ) quant à lui, est en place depuis 1990. Il fait état d'un « *accroissement de 20 % des demandes d'aides individuelles, lesquelles reflètent les difficultés en lien avec la réalité vécue sur le terrain* » (rapport annuel 2016-2017).

En France, en 2016 le Conseil National de l'Ordre des médecins publiait une enquête faite chez les étudiants et jeunes médecins, montrant que 14% d'entre eux avaient déjà eu des idées suicidaires. En 2017, dans l'enquête des représentants des étudiants, internes et jeunes médecins un tiers étaient anxieux (les 2/3 avec des symptômes d'anxiété). Sur l'ensemble des répondants un quart d'entre eux avaient eu des idées suicidaires. En 2017 une enquête-sondage chez les étudiants en soins infirmiers mettait l'accent sur des situations de maltraitance. Même si les taux de réponse sont limités et si méthodologiquement il ne s'agit pas d'enquêtes permettant d'estimer une prévalence nationale, des études locales et internationales relaient les alertes lancées par des dispositifs de soutien aux étudiants. D'autres systèmes de santé, tout en recherchant une efficacité de leurs systèmes académiques et de leurs systèmes de soins ont réagi face à cette préoccupante situation de mal-être qui s'aggrave.

Des obstacles ou au moins des réticences à prendre conscience du problème persistent : absence de données françaises méthodologiquement valides selon l'EBM, absence de critères d'alerte reconnus, stigmatisation et discrimination entre les « fragiles » et ceux qui ne le seraient pas (par les enseignants ou par les étudiants eux-mêmes).

Tous les étudiants ne sont pas en difficulté. De même, tous les soignants ne sont pas en difficulté.

De très nombreux enseignants font leur métier avec passion et continuent à encadrer avec bienveillance et professionnalisme les étudiants. Des avancées majeures se sont mises en place dans la formation des étudiants en santé, comme la simulation que tous plébiscitent. Le numérique en enseignement lorsqu'il est encadré par les enseignants est un outil utile quand il reste dans sa fonction d'outil.

Le questionnement sur le mal-être des soignants est international. D'autres pays sont confrontés à l'évolution de la société avec le souhait d'un temps personnel, à l'évolution du métier de soignant, aux contraintes budgétaires, à la numérisation du système de santé et à ses répercussions sur les soignants.

Des spécificités françaises conjoncturelles ressortent cependant :

- Augmentation du nombre d'étudiants sans augmentation en parallèle du nombre d'enseignants,
- Diminution du compagnonnage en stage du fait de la stagnation ou de la diminution du nombre d'enseignants et du personnel soignant encadrant,
- Système de soins en souffrance, soumis à une pression constante vers la rentabilité,
- Ambiance dans le système de soins favorisant les comportements et propos inadaptés,
- Glissement des tâches logistiques et administratives vers les étudiants,
- Diminution voire disparition de la place du collectif dans les équipes de soins.
- En médecine,
 - o massification de l'enseignement en PACES, avec perte des repères humains et introduction massive du numérique sans réel encadrement autre que technique,
 - o glissement de l'enseignement du second cycle vers le tout ECN puis l'ECN, amplifiant le bachotage et induisant une diminution du sens de la formation,
 - o stress engendré par les accidents de gestion de l'ECN de l'an dernier et les modalités de communication autour de ces accidents,
 - o accentuation de la filiarisation, avec des étudiants plus nombreux qu'auparavant dans une spécialité qu'ils n'ont pas choisie et dans laquelle ils n'ont pas eu la possibilité de faire de stage.

Les étudiants en médecine peuvent avoir le sentiment d'être dans un tunnel ininterrompu du premier cycle au troisième cycle.

La réforme du second cycle devrait apporter des changements, attendus avec impatience.

La perte du collectif dans le soin s'étend à une rupture entre jeunes soignants et seniors. Nombreux en effet sont les seniors qui comprennent et perçoivent les difficultés des plus jeunes, mais ne savent comment y répondre.

La phrase « Quand sera mandatée une mission pour nous, les soignants seniors ? » a été prononcée à de multiples reprises au long de la mission.

Il ne serait toutefois pas adapté de faire dans la surenchère ni de psychiatriser à outrance le problème. Mettre un « psy » derrière chaque étudiant n'est pas une solution. Sur le plan personnel il s'agit fondamentalement d'aider à **l'empowerment** de chacun, en termes de gestion du stress, de communication, de compétences transdisciplinaires.

Au cours de la mission le constat a été fait de **l'absence de coordination**, voire d'une compétition entre dispositifs de soutien, avec en corollaire un risque de **marchandisation du mal-être**.

En France comme ailleurs, les enjeux, vont bien au-delà de la création d'un observatoire supplémentaire. Le bien-être des étudiants en santé et des soignants est un **enjeu prioritaire de santé publique**, ayant un **impact direct sur l'ensemble de la population**, en termes de **qualité des soins, de risques d'erreurs médicales, d'insatisfaction des patients, et d'augmentation des coûts du système de santé**.

La promotion de la qualité de vie des soignants et de leurs étudiants, nécessiterait de **réunir l'ensemble des expériences et des questionnements**, dans un **centre national d'appui, transdisciplinaire**, associant les représentants des étudiants, les Conférences des Doyens en Santé, les Conseils de l'Ordre des professions en Santé, les coordinations des formations en Santé non universitarisées, les représentants des patients et des professionnels de santé.

Les connaissances et compétences sur la qualité de vie des étudiants en santé et des soignants doivent être développées et partagées en dépassant les clivages existant entre les intervenants en santé ou entre étudiants.

A court terme la **priorité** d'un tel centre serait de **proposer des formations pour les responsables de formations et les représentants d'étudiants. Communiquer sur les dispositifs existants** localement et créer, lorsqu'il n'est pas formalisé institutionnellement, un **parcours de soin psychiatrique et psychologique accessible en urgence**, est à organiser rapidement. Compléter ces dispositifs interviendrait dans un second temps.

D'autres recommandations et propositions sont présentées dans le rapport.

2. METHODES

Le rapport s'appuie sur les auditions menées (liste en annexe 1), la littérature, et les expériences locales de dispositifs de soutien aux étudiants.

Les auditions se sont déroulées en deux temps :

- Une contribution libre de la personne auditionnée à partir de son expérience.
- Un entretien semi-directif avec des questions ouvertes sur la qualité de vie des étudiants (annexe 2).

La Commission des Vice-doyens à la pédagogie en médecine a été sollicitée par un questionnaire (annexe 3). Les représentants des étudiants ont été auditionnés formation par formation et/ou lors d'auditions communes. Chaque personne auditionnée pouvait se faire accompagner par la ou les personnes de son choix. Des contributions écrites ont pu compléter les auditions.

La plupart des auditions se sont tenues en présentiel, d'autres se sont faites par téléphone ou par visioconférence.

Les personnes auditionnées étaient informées qu'elles pouvaient s'exprimer sous couvert de confidentialité. Toutes les auditions ont été conduites par la chargée de mission.

Les formations en santé dont les représentants étudiants ont été auditionnés sont les suivantes: médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers, orthoptie, orthophonie, psychomotricité, kinésithérapie, ergothérapie.

Des informations et analyses ont été demandées à diverses structures : DGESIP, coordination des SIUMPPS, OVE. Très peu de données concernant la qualité de vie des étudiants en santé issues d'enquêtes nationales ont pu être consultées.

3. DEFINITIONS, ENQUETES, ETUDES.

Qualité de vie

La qualité de vie est définie comme « *La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* » (OMS, 1994).

De nombreux organismes ont mené des travaux sur les risques psychosociaux et le burnout.

Risques psychosociaux

Risques psychosociaux (RPS) :

« *Les RPS seront définis comme des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Le terme de RPS désigne donc un ensemble de phénomènes affectant principalement la santé mentale mais aussi physique des travailleurs. Ils peuvent se manifester sous diverses formes : stress au travail mais aussi sentiment de mal-être ou de souffrance au travail, incivilités, agressions physiques ou verbales, violences, etc* ». (Prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, 2014, Ministère de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique).

Conditions de travail et socioprofessionnelles constituant des facteurs de risque dans le développement et l'évolution des troubles psychiatriques:

- 1. la condition de haute demande environnementale associée à un bas niveau de contrôle (job strain), en particulier si associée avec un bas niveau de soutien social (iso strain) (modèle de la demande-contrôle-support),*
- 2. la condition de déséquilibre entre un effort élevé et une récompense réduite (modèle de l'effort-récompense),*
- 3. la condition de basse justice organisationnelle, en particulier de basse justice procédurale (modèle de la justice organisationnelle).*

Par ailleurs, les secteurs d'activité associés à l'augmentation du risque des troubles psychiatriques ont pu être identifiés dans le secteur des affaires pour le workaholism et ceux de l'éducation, des services sociaux et des soins de santé pour les troubles psychiatriques non- psychotiques (1).

Particularités des professions en santé

« *L'expression du corps médical sur ses conditions de travail est relativement récente. Elle a surtout pris la forme d'alertes autour de l'état de santé mentale de la profession médicale, dénonçant un niveau de stress inquiétant, évoquant des risques croissants de burnout, médiatisant les suicides. Etudiants en formation, internes, médecins libéraux, médecins hospitaliers, tous sont exposés. Les raisons de cette dégradation, avancées par les différentes organisations, font référence d'une part à leur fragilisation à la fois d'ordre juridique, symbolique et identitaire, ainsi qu'une perte de sens du travail notamment face à une pression gestionnaire et économique toujours plus*

grande générant une surcharge continue. Les relations avec leurs collègues se sont, dans certains contextes, durcies. D'autre part, ils évoquent leur difficulté à assumer le management d'équipes nombreuses pour lequel ils n'ont pas été formés. L'existence d'une ligne hiérarchique paramédicale indépendante de celle des médecins a également contribué, ici ou là, à tendre les relations entre personnels médicaux et personnels paramédicaux. Si les médecins libéraux souffrent parfois d'un isolement dans leurs pratiques, les praticiens hospitaliers se plaignent davantage de contraintes bureaucratiques les éloignant du cœur de leur métier. Certains peuvent se sentir en insécurité, craignant l'erreur, redoutant les plaintes des patients. Les médecins aspirent à des relations professionnelles apaisées, et des temps de récupération bénéfiques à leur propre santé. Plus globalement, il s'agit pour eux aussi de concilier vie professionnelle et vie personnelle » (La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. HAS sept 2017).

Fiche mémo de la HAS : les professions en santé

« Population à risque historiquement identifiée et objet de nombreuses études récentes montrant une morbidité particulièrement élevée, les professionnels de santé en activité ou en formation sont exposés au risque d'épuisement professionnel, étant donné la pénibilité de leur travail que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.) » (Fiche mémo HAS, mai 2017).

Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel

« Le terme « burnout » qualifie à l'origine une construction sociale et scientifique apparue dans les années 1970, pour décrire l'épuisement au travail de professionnels de l'aide et du soin, ... ont donné lieu à plusieurs définitions, toutes convergentes sur au moins un point : le burnout se traduirait par un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes. »

« Le syndrome d'épuisement professionnel se traduit donc à la fois par une érosion de l'engagement (en réaction à l'épuisement), une érosion des sentiments (à mesure que le cynisme s'installe) et une érosion de l'adéquation entre le poste et le travailleur (vécue comme une crise personnelle). Dans les cas les plus extrêmes, le travailleur peut se trouver dans un état physique et psychique tel qu'il ne peut pas poursuivre son activité de travail ; ce qui peut être vécu comme une rupture, un effondrement soudain, alors que des signes avant-coureurs pouvaient le laisser présager » (Guide d'aide à la prévention de l'institut de santé et sécurité au travail. INRS. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir 2015).

Comme le rappelle l'Académie de médecine dans son rapport de 2016, le burnout ne figure pas dans les nosographies médicales et n'aboutit pas à une réponse thérapeutique uniforme. Il s'agit d'un syndrome hétérogène faisant référence sur le plan psychologique à plusieurs troubles mentaux: trouble de l'adaptation, trouble anxieux généralisé, état de stress post-traumatique, épisode dépressif caractérisé, etc. Le burnout est un concept qui reste flou et les échelles qui l'évaluent sont discutables, mais il s'agit d'un mot entré dans le langage commun (2).

Les trois dimensions du burnout évaluées par le score du Maslach Burnout Inventory (MBI) sont la diminution de l'accomplissement personnel au travail, l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail.

Des traits de personnalité jouent un rôle dans la survenue de l'épuisement professionnel : l'instabilité émotionnelle (tendance à percevoir, construire et ressentir la réalité et les événements comme menaçants, pénibles et problématiques) et le caractère consciencieux (être méthodique, organisé, soigné, méticuleux, persévérant, ...).

On retrouve également l'importance primordiale du travail dans la vie et l'identité de l'individu et son engagement dans le cadre du travail.

Parmi ces traits de personnalités plusieurs renvoient à des qualités attendues chez des professionnels de santé.

Stress, troubles psychiatriques et études en Santé

L'étudiant est un jeune adulte à une période complexe: séparation-individuation familiale, autonomisation, premiers échecs sentimentaux, choix de vie, de carrière, apprentissages sociaux etc . Il s'agit de la période de la vie où peuvent se développer des pathologies psychiatriques, celle également où des troubles anxieux peuvent s'aggraver en réaction à des situations de stress.

Quel que soit le système universitaire et les modalités de sélection des étudiants, plusieurs aspects du cursus des études en santé, en particulier des études de médecine, sont reconnus comme étant générateurs de stress : cours de dissection anatomique, manque d'encadrement en stage, prise de conscience des limites de l'exercice, études longues non rémunérées, manque de temps à investir en dehors des études contribuant à une vie socio-affective limitée, situations de harcèlement avec des étudiants très réticents à en faire part aux instances facultaires...

La PACES demande une grande capacité d'adaptation : nouvel environnement, nouvelles stratégies d'apprentissage et parfois un éloignement du domicile familial, imposant l'acquisition rapide d'une autonomie pas toujours souhaitée. A l'autre extrémité du cursus, l'ECN génère également un stress important.

Les études sur le stress et les troubles psychologiques chez les étudiants en médecine sont abondamment documentées sur le plan international. En revanche, les données concernant les autres formations en santé sont beaucoup moins nombreuses, souvent parcellaires et méthodologiquement faibles.

Bien que le stress soit considéré comme un moteur inhérent au cursus médical et à l'exercice de la profession de médecin, il est loin d'être positif pour tous les étudiants et semble favoriser ou limiter l'apprentissage selon une courbe en U inversé. Pour nombre d'étudiants le stress est à l'origine de peurs, d'incompétence, d'irritabilité et de colère, il est potentiellement associé à une morbidité physique et psychologique. Considéré comme nécessaire à une formation efficace par certains enseignants, il est parfois intégré à des situations d'apprentissage à cette fin. Les répercussions sur le plan psychique et somatique de ces situations expérimentales stressantes répétées n'étant pas/peu évaluées, elles soulèvent un réel questionnement éthique.

De plus, le stress et la pression liés aux études font partie des raisons évoquées favorisant la consommation d'alcool, de toxiques et de stimulants.

Le taux de troubles anxio-dépressifs varie en fonction des instruments d'évaluation utilisés et d'autres facteurs. Dans la plupart des cas les taux apparaissent plus élevés pendant l'internat et

chez les femmes. Pour l'anxiété et la dépression ils sont très variables : de 7,7 à 65,5% (anxiété), de 9,3% à 56% (symptômes dépressifs, en moyenne 27,2 %). Les idées suicidaires sont en moyenne de 11% (7,4 à 24,2%) (3,4).

Les étudiants en médecine consultent difficilement même lorsqu'ils bénéficient d'accès aux soins facilités. Les raisons invoquées sont le manque de temps, le coût, la peur de la stigmatisation liée à une potentielle maladie mentale et le manque de confidentialité avec les répercussions sur leur dossier universitaire. Cette attitude favorise le recours à l'automédication dès l'externat.

En dehors des études de médecine les études publiées dans la littérature sont réduites, avec des résultats variables. Les études comparatives entre les étudiants en santé et les autres filières sont rares. Celles entre les différents cursus de santé le sont également et, globalement, les résultats ne permettent pas de tirer de conclusion. La plupart des auteurs s'accordent cependant pour retrouver une prévalence des troubles plus importante que dans la population générale du même âge.

En fonction des études, les internes ou seniors présentant les taux les plus élevés de burnout ou de troubles anxio-dépressifs varient selon les spécialités. Des spécialités sont citées plus particulièrement : la médecine d'urgence, la médecine physique et de réadaptation, la médecine générale, la radiologie, la psychiatrie, la pédiatrie, l'anesthésie et la chirurgie (4-17).

En France les études épidémiologiques solides manquent. En contraste, les thèses et les enquêtes se sont multipliées ces dernières années retrouvant des taux de dépression et d'anxiété qui semblent supérieurs à ceux de la population générale.

Troubles anxio-dépressifs et burnout en France

En France les données sont moins nombreuses chez les soignants et souffrent de la diversité des échelles d'évaluation utilisées. En pratique, les études épidémiologiques nécessiteraient la passation d'entretiens diagnostiques standardisés. En population générale (20-34 ans) la dépression est estimée à 10 % (INPES la dépression en France 2005-2010) et les troubles anxieux chez les 18-30 ans de 22% chez les hommes et de 30% chez les femmes (Prévalence des troubles de santé mentale InVS 2007).

Il n'y a pas d'étude permettant de suivre l'évolution des taux de burnout ou de troubles anxio-dépressifs chez les étudiants en santé en France mais, dans l'enquête de la SMEREP de 2017 en population étudiante générale, l'automédication, marqueur indirect d'un trouble, augmente de 38% à 45 % (18). De même les données préliminaires d'une enquête en population générale étudiante, dont 2572 étudiants en santé (PACES et médecine), mettent en évidence que ces étudiants ont beaucoup moins d'activités extra scolaires régulières (11% versus 49%), déclarent plus souvent avoir une symptomatologie dépressive dans les 12 derniers mois (70% versus 54%) et rapportent plus de pensées suicidaires (3,2% vs 1,7%), (B. Tzourio, résultats préliminaires).

Dans une enquête-sondage effectuée sur près de 8000 étudiants et jeunes médecins par le CNOM en collaboration avec l'ISNI, l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et ISNCCA en 2016, 14 % d'étudiants et de jeunes médecins présentaient des idées suicidaires. Les deux tiers travaillaient plus de 48h par semaine.

En 2017 l'enquête des représentants des étudiants et jeunes médecins (21768 étudiants, CCA, AHU, soit 25 % de la population) retrouvait également une possible symptomatologie anxieuse chez deux tiers d'entre eux tandis que l'anxiété était certaine chez un tiers des internes.

Le taux de dépression était de 8%, les épisodes de Binge-drinking et la prise de stimulants atteignaient des taux supérieurs à ceux connus dans la population générale. Un quart des étudiants avaient eu des idées suicidaires.

Les facteurs protecteurs de l'anxiété et de la dépression étaient proches : absence de violence psychologique, soutien des pairs, être satisfait de son DES, avoir un mentor, se réaliser dans un engagement associatif. D'autres enquêtes françaises régionales ont retrouvé de 3,7% à 22 % de dépression et des taux s'aggravant pendant l'internat. (19)

L'aggravation du burnout pendant l'internat a également été relevée lors d'une étude conduite au sein des écoles de santé des armées (données issues des auditions).

Concernant les étudiants infirmiers, dans une enquête-sondage de la FNESI ayant recueilli 14000 réponses, 7% déclaraient avoir eu des idées suicidaires et 20 % consommaient des anxiolytiques.

En population générale, en 2010, les idées suicidaires au cours de l'année étaient présentes chez 3,7% des 15-25 ans chez les femmes contre 2,6 % chez les hommes (ONS 2014).

Suicide

*« On ne constate pas d'évolution notable au cours du temps. En revanche, les taux de mortalité diffèrent sensiblement selon les secteurs d'activité. **Le secteur de la santé et de l'action sociale présente le taux de mortalité par suicide le plus élevé (34,3/100 000) puis viennent ensuite les secteurs de l'administration publique (en dehors de la fonction publique d'État) (29,8/100 000), de la construction (27,3/100 000) et de l'immobilier (26,7/100 000).** »* (Suicide et activité professionnelle en France: premières exploitations de données disponibles, INVS mai 2010).

En France, les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'enregistrement systématique. Entre 15 et 24 ans, le suicide représente autour de 17 % des décès en France (Observatoire National du Suicide février 2016)

En 2003, une enquête du Dr Léopold pour le Conseil de l'Ordre des Médecins concluait à un risque majoré de suicide de 2,37 par rapport à la population générale.

Evolution

De 2011 à 2014 le taux de burnout chez les médecins aux Etats-Unis a évolué de 45% à 55%. Le taux d'idées suicidaires et de dépression a peu varié. Le programme d'aide aux médecins du Québec dans son rapport annuel 2016-2017 souligne une augmentation de 20 % des demandes d'aides individuelles par rapport à l'exercice précédent. En ce qui concerne les données françaises, elles ne permettent pas de conclure à une aggravation de l'état psychologique des étudiants en santé et des soignants. Les quelques données épidémiologiques disponibles sont apparemment stables, et si la file active en pédopsychiatrie a nettement augmenté, il n'est pas possible de savoir si cela résulte d'un accès plus précoce aux parcours de soins et/ou d'une augmentation de la prévalence des troubles (20-23).

Les interventions proposées :

La prévention des RPS chez les étudiants, associe des interventions primaires à tertiaires, individuelles et collectives (24-33). Exemples :

A. Prévention primaire (pour l'ensemble des étudiants)

- Interventions d'aide au développement personnel et compétences transdisciplinaires : habitudes de vie (sommeil, organisation, nutrition), stratégies d'adaptation, APS, psychoéducation, estime de soi, habiletés en communication, gestion du stress : relaxation, yoga, mindfulness (méditation de pleine conscience), hypnose
- Diffusion des soutiens disponibles
- Formation des enseignants à la pédagogie et au management
- Tutorat/mentorat
- Aides par les pairs
- Groupes Balint
- Médecine narrative
- Interventions sur les programmes/milieu professionnel : système « pass/fall » ou « échec/réussite », allègement du programme et du temps de travail, etc .

B. Prévention secondaire (pour les étudiants identifiés comme étant à risque)

- Tutorat et remédiations spécifiques, en groupes et en individuel en fonction des populations
- Ateliers d'aides au développement personnel adaptés

C. Prévention tertiaire (étudiants nécessitant une prise en charge)

- Identification et communication des parcours de soins et d'interventions
- Remédiation adaptée et aide à la réorientation

B. SITUATIONS A PARTIR DES AUDITIONS ET DES EXPERIENCES DE TERRAIN

1. RENDRE VISIBLE L'INVISIBLE

Au fur et à mesure de l'avancement de la mission, l'aspect systémique du bien-être des étudiants en santé s'est confirmé. L'étudiant apprend son métier dans un système académique, dans un système hospitalier, eux-mêmes en interaction avec l'évolution de la société.

Tous les étudiants ne sont pas en difficulté. Tous les soignants ne sont pas en difficulté, et pour ceux qui sont en souffrance, tous ne le montrent pas.

Les critères d'évaluation des signes dits « faibles » qui permettraient de sonner l'alarme et d'identifier rapidement une situation qui favoriserait les RPS manquent.

L'alarme est massive lorsque surgissent des signes visibles aussi dramatiques que le suicide d'un étudiant (ou d'un soignant).

Un suicide est la résultante de plusieurs déterminants. Lorsque ces déterminants se répètent et que la parole qui se libère dénonce régulièrement les mêmes problèmes, il est nécessaire d'en tenir compte et de proposer les mesures adaptées.

2. CHANGEMENTS DE PARADIGMES, CHANGEMENTS SOCIETAUX, CHANGEMENTS DE METIERS

Le regard des seniors sur la situation actuelle

Les enseignants conscients de la nécessité d'intervenir sont nombreux, mais tous ne le sont pas. Sur le terrain, chacun a un aperçu limité de la situation, en fonction de son mode d'exercice, du lieu, de son investissement en pédagogie

Parfois un réel sentiment d'injustice prévaut chez les soignants seniors. Les étudiants rapportent des propos comme « nous aussi on a souffert », « à notre époque il n'y avait pas de repos de sécurité ... ».

La majorité des auditionnés ont souligné qu'ils étaient de plus en plus souvent confrontés à l'impossibilité de défendre les valeurs fondatrices de leur métier de soignant, par manque de temps, par manque de moyens. L'enseignement et l'encadrement en stage en pâtissent également.

Dans le cadre des médiations, les patients rapportent que les soignants ont moins de temps. La médiatrice, représentante des usagers à l'APHP, enseignante auprès des étudiants en tant que patient expert, évoque à la fois ce manque de temps rapporté par les patients et les mots des étudiants rapportant leurs difficultés.

« Quand sera mandatée une mission pour nous, les soignants ? » est une demande exprimée à maintes reprises au cours des auditions.

L'inquiétude dominante est celle de la capacité du système hospitalier et du système de santé en général à s'adapter aux demandes des étudiants et jeunes médecins.

Les particularités de la situation relevant d'un aspect générationnel (générations Y, post-Y, digital natives), ont été évoquées par les étudiants et les enseignants auditionnés et ont fait l'objet d'enquêtes : étudiants connectés, utilisant les réseaux, apprentissage par les pairs, volonté de donner leur avis et de participer aux décisions, souhaitant avoir une vie personnelle et sociale.

L'expression « digital native » préjuge d'une capacité à utiliser les techniques du numérique dans l'enseignement or cette aptitude n'est pas toujours acquise. De plus les étudiants de 20-30 ans ne sont pas des « digital native ».

Sans rentrer dans la polémique sur la réalité des spécificités des jeunes générations que certains contestent, pratiquement tous les enseignants font état d'un profond changement sociétal.

Dans le domaine de la santé, il s'agit davantage d'un changement de culture que de génération.

Ce qui a été accepté par les générations précédentes ne l'est plus par les nouvelles.

Vivre ses études puis sa profession comme un sacerdoce est remis en cause, d'autant plus que les conditions de l'exercice médical rencontrées dans les hôpitaux sont plus difficiles.

Ceci n'est pas sans laisser les aînés désemparés, ce que perçoivent bien les juniors.

Les soignants ont vu la quantité de connaissances à apprendre exploser ces 10 dernières années. En médecine, les internes ont subi la massification de la PACES numérisée et la diminution de la présence humaine, puis l'ECN et son bachotage .

La filiarisation a diminué le sentiment d'appropriation du projet professionnel. La spécialité est parfois choisie sans avoir fait un seul stage dans cette spécialité. La souplesse qui consistait à

murir progressivement son projet professionnel en choisissant sa discipline (médecine, chirurgie etc) a disparu.

En médecine émerge régulièrement le sentiment de ne pas « récupérer sa mise de départ » en terme de quantité de travail depuis la PACES, d'absence de salaire conséquent durant près de 10 ans, et ce comparativement à d'autres formations comme les grandes écoles.

Malgré la possibilité d'accéder à des métiers passionnants et diversifiés, la filiarisation a introduit une fermeture des horizons possibles, aboutissant au sentiment de ne pas vraiment choisir son métier ou de ne pas pouvoir changer de métier. Cette perception est déstabilisante car nous sommes dans une société où le message répété en boucle aux jeunes générations, en forme d'injonction paradoxale, est qu'ils devront changer plusieurs fois de métiers au cours de leur vie.

Les réformes des programmes en cours ont pour objectif d'y remédier. Y parviendront-elles ?

Il n'est pas rare que les étudiants mettent en place un projet professionnel en opposition à ce qu'ils ont perçu du système hospitalier. L'exercice libéral n'est lui-même pas exempt de situations qui les questionne quant aux difficultés rencontrées.

La place des soignants dans la société est également en cause, avec le sentiment d'une perte de la reconnaissance des patients, de difficultés relationnelles et de la remise en question du savoir du soignant. Par ailleurs, le glissement du métier de soignant vers une fonction de technicien, associée à une répétition des tâches est source de souffrance.

Que les étudiants en santé bénéficient, à l'instar des autres futurs professionnels, des évolutions de la société en terme de recherche d'une meilleure qualité de vie est absolument licite.

Changer de paradigme

Les changements de paradigmes sont toujours difficiles: chacun analysera le problème en fonction de ses propres questionnements sur l'évolution du métier et du système de soins. Ses représentations sur ce que doivent être un jeune professionnels en santé et les études, selon ce qu'il aura vécu lui-même, interviendront dans son point de vue.

L'effort à investir est énorme pour ne pas reproduire le modèle qui a prévalu pendant plusieurs dizaines d'années, celui dans lequel les enseignants ont été formés: en médecine, l'exercice de la médecine était un sacerdoce et le médecin se devait d'être un « surhomme » infaillible (l'expression sera gardée au masculin). Ce temps là semble révolu.

Il est parfois plus simple de pointer du doigt l'étudiant « fragile » par rapport aux autres qui ne le seraient pas. En toute bonne foi, des enseignants pensent que les étudiants doivent être soumis à des situations stressantes afin de les habituer à ce qui les attend dans leur vie professionnelle.

Le stress a débuté en PACES, différente de la première année que les enseignants ont connue.

Préparer graduellement à la prise de responsabilités et aux difficultés d'un métier est une chose. Choisir de laisser s'installer un stress chronique, en est une autre. La répétition du stress et le sentiment d'absence de contrôle de la situation est source de mal-être. Etre soumis à un stress, a fortiori intense et répété, est source de décompensation psychiatrique.

De la PACES à la préparation de l'ECN, en passant par le milieu de soin actuel, les étudiants peuvent exprimer le sentiment d'une course sans fin.

Evolution des métiers de soignants

Les professions de la santé ont évolué, s'éloignant du modèle du soignant intervenant seul et de manière autonome auprès du patient, pour promouvoir des parcours de soins intégrant la collaboration sur un mode longitudinal et transversal, les maisons de santé, les équipes pluridisciplinaires... Les changements de paradigmes en cours, même s'ils ne sont pas anticipés, sont imposés sous couvert de la réalité du terrain. Les étudiants sont formés sur la base d'un raisonnement individuel et compétitif au moment où le travail collectif est mis en difficulté dans le système hospitalier.

L'introduction des nouvelles technologies a été bénéfique dans de nombreux domaines, mais aujourd'hui, elles sont soupçonnées, à tort ou à raison, de favoriser le mal-être des professions en santé. Le temps mis à répondre à ses mails, celui mis à remplir les dossiers électroniques n'est pas comptabilisé et est pris sur le temps relationnel avec le patient, sur le temps pédagogique et sur le temps libre des soignants.

Le smartphone a pris une place majeure, peut-être excessive, dans le quotidien, avec des conséquences fortes dans les métiers. Expliquer et enseigner aux étudiants les limites de son utilisation en approfondissant l'aspect éthique de cette utilisation est essentiel. Les étudiants prennent des photos, les stockent, les diffusent sans se rendre compte qu'ils peuvent briser le secret médical. Ils ne pensent pas faire mal, ils font simplement ce qu'ils ont toujours fait.

Pour les médecins, leur place dans la société a évolué, leurs revenus également. Bien que faisant partie des professions ayant des revenus élevés comparativement à d'autres, ces salaires permettent moins de pallier le manque de temps dédié à la vie personnelle, manque auparavant compensé en partie par des services à la personne.

« Increasing clerical burden is one of the biggest drivers of burnout in medicine. Time-motion studies show that for every hour physicians spend with patients, they spend one to two more hours finishing notes, documenting phone calls, ordering tests, reviewing results, responding to patient requests, prescribing medications, and communicating with staff. », « We're spending our days doing the wrong work, » Christine Sinsky, vice president for professional satisfaction at the American Medical Association, « At the highest level, we are disconnected from our purpose and have lost touch with the things that give joy and meaning to our work. » (34-40).

3. HARCELEMENT, SEXISME, MALTRAITANCE

La parole s'est libérée.

Les réseaux sociaux y ont contribué, mettant en lumière des comportements inacceptables qui auparavant étaient passés sous silence et tolérés.

Le sexisme a été très présent dans le système de santé et l'est encore, même si tous les seniors s'accordent à dire que la situation a évolué favorablement.

Les propos sexistes, pas toujours approuvés, faisaient « partie du décor ».

Le harcèlement existe dans tous les métiers. Il est d'autant plus choquant lorsqu'il survient dans le milieu du soin, alors que l'on attendrait de ceux qui soignent qu'ils se comportent de manière exemplaire. La loi du silence perdure dans un milieu où les liens d'intérêt sont multiples, « tout le monde se connaît », « si je parle, ma carrière est finie ». Ce n'est pas l'existence d'une forme de maltraitance qui est à mettre en doute mais les interventions à mettre en place qu'il faut questionner (41-43).

Le plus bienveillant des responsables d'enseignement ne pourra pas facilement avoir accès à une parole libre de ses étudiants. En effet, les représentations que se font les étudiants des responsables enseignants, les liens d'intérêts qu'ils connaissent ou supposent ne leur permettent pas toujours d'être en confiance vis-à-vis de leurs propos et de ce qui en sera fait. C'est l'une des raisons qui justifie la mise en œuvre de procédures préservant la confidentialité : dispositifs de soutiens type IEE (Interface-Enseignants-Etudiants), médiateurs, autres... Des bureaux spécifiques d'interventions contre le harcèlement sont en place dans d'autres pays. Leurs interventions sont diversifiées : prévention, formation, accueil, aide juridique, pairs relais, enseignants formés pour aider la personne en difficulté à utiliser ces dispositifs etc... Des chartes ont été proposées afin de rappeler régulièrement les engagements pris par l'institution contre le harcèlement.

L'aide au développement personnel que l'on pourrait traduire par « empowerment », est capitale pour les jeunes adultes. Les sensibiliser à l'identification des comportements harcelants est la première étape qui leur permettra de réagir rapidement et de manière adaptée dans une situation de harcèlement.

A la faculté de médecine de l'université de Montréal, un atelier de sutures a été utilisé pour simuler une situation de maltraitance. Deux acteurs jouent respectivement le rôle de l'enseignant et de l'étudiant. L'enseignant acteur va être particulièrement intimidant envers l'étudiant acteur. Lors du débriefing, il est demandé aux étudiants ce qu'ils ont retenu de la séance et la situation de harcèlement est spécifiquement abordée. C'est également l'occasion d'envisager les recours possibles.

On ne soulignera jamais assez la difficulté à prendre la parole dans des situations difficiles.

Il est aisé de comprendre que dans des centres de formation, qui plus est isolés, dans des « petites » villes, le désarroi soit encore accru dans une situation de maltraitance ou de harcèlement. L'isolement et la sensation de dépendance envers un responsable peuvent générer une profonde détresse.

Lieux de formations et stages

Les stages ont une place capitale pour tous les étudiants en santé. Les stages qui accueillent les étudiants avec bienveillance et professionnalisme sont nombreux.

Il suffit pour un étudiant de passer dans des stages sans encadrement pour voir chuter sa motivation. Il « suffit » d'être maltraité ou même harcelé en stage pour décider d'arrêter ses études. Inversement, il suffit parfois d'un stage motivant pour redémarrer dans son cursus.

Dans les stages, les étudiants sont formés mais ils sont aussi observés. Il s'agit bien d'un lieu privilégié où vont se manifester et être perçues les difficultés rencontrées par les étudiants.

Un des premiers symptômes est l'absence. Le stage est également le lieu où s'apprend et s'observe le professionnalisme attendu dans les professions de santé. En cas de difficulté, des remédiations avec des tutorats spécifiques peuvent être proposées, en ayant conscience que le milieu hospitalier n'est pas toujours bienveillant envers les étudiants ou les soignants.

La première des maltraitances en stage est de côtoyer la maladie et la mort.

Avoir choisi de devenir soignant pour aider son prochain et voir souffrir un être humain, le voir mourir est une immense tristesse et s'il y a bien un intérêt au compagnonnage, c'est dans ces

moments là. A l'heure actuelle, les étudiants sont nombreux à vivre leur première expérience avec la mort sans être encadrés sur le lieu de stage, parfois dès leur premier contact avec l'hôpital. Comme l'ont souligné plusieurs auditionnés, dans notre société l'allongement de la durée de vie, la rareté actuelle des décès à domicile, font que des étudiants de 20 ans, parfois moins, sont amenés à participer à la toilette d'un mort, alors qu'ils n'ont jamais été confrontés à la mort auparavant.

Il n'est pas rare que des étudiants de premier cycle débutent leur stage par des services « émotionnellement difficiles » ou plus difficiles que d'autres, où se trouvent des patients en fin de vie, avec un encadrement très limité voire absent.

La progressivité de l'accès à ces stages et un étayage adapté devraient être la règle.

4. NOMBRE D'ETUDIANTS, ENVIRONNEMENTS DE STAGE

Augmentation du nombre d'étudiants, pression et accélération du rythme de travail dans les hôpitaux, manque de salles pour travailler

On ne retient pas toujours leur nom, et leur absence n'est pas toujours remarquée.

D'après les témoignages recueillis, les services où bienveillance et encadrement co-existent sont de moins en moins nombreux. Lorsque les enseignants s'efforcent de maintenir une qualité d'encadrement, le nombre d'étudiants de second cycle devient rédhibitoire, ayant parfois doublé dans les services, sans compter le nombre d'internes. Les missions d'enseignant et d'encadrant deviennent alors très complexes.

Il est courant que les étudiants soient découragés par des remarques blessantes voire humiliantes des encadrants en stage. Pourtant, en toute bonne foi, des enseignants pensent que c'est rendre service à l'étudiant que de l'interroger pendant la visite ou le staff et de conclure par des réflexions pour l'inciter à travailler davantage: « Tu ne sais pas cela ? Comment est-ce possible si près des examens ? » .

Parfois les enseignants reproduisent ce qu'ils ont vécu, avec un manque de formation à la communication et à la gestion collaborative d'une équipe.

Soulignons l'effet délétère de ce que peuvent observer les étudiants lorsqu'ils sont en stage dans des services hospitaliers en difficulté et les exemples de modèles de rôles que représentent des soignants en burnout.

La violence existe également dans les rapports entre soignants. Des soignants bienveillants avec les patients peuvent s'avérer l'être beaucoup moins avec leurs collègues. Les suicides et autres situations de harcèlement qui ont fait l'objet de rapports en attestent.

Est-ce plus fréquent qu'auparavant ?

Les données méthodologiquement solides sont manquantes ou parcellaires sur ce plan là. Des soignants de soignants, notamment psychiatres font état d'une diminution de la bienveillance et du soutien entre collègues, rapportés par leurs patients.

En tout état de cause les étudiants ne considèrent pas cette agressivité comme normale. Apprendre un comportement de respect vis à vis des autres soignants, ne pas tenir des propos déplacés devrait être la règle car là commence le professionnalisme (44-45).

Plus spécifiquement en médecine, deux examens classants encadrent les deux principales étapes du cursus. La compétition est omniprésente dans le conditionnement des étudiants, favorisant sans doute des conduites de work-addict. De nombreux étudiants ont des difficultés à se dégager de cette pression de travail perpétuel et ressentent même de la culpabilité s'ils prennent

du temps pour eux. Un jeune médecin auditionné expliquait que des internes en repos de garde ne savaient pas utiliser ce temps pour investir d'autres champs que la médecine, restant dans le service ou travaillant à leurs publications. L'investissement exclusif et forcené est fréquent et source de difficultés.

A la suite d'une année de concours, rappeler à l'étudiant l'intérêt pour son équilibre personnel d'investir ou de réinvestir des activités extérieures à la médecine est un moyen de prévention des RPS. Encore faut-il qu'il en ait le temps. En médecine la 2^{ème} année, ou l'équivalent pour d'autres formations en santé, est trop chargée pour cela.

5. FORMATION DES ENCADRANTS

En médecine, des formations à la pédagogie sont proposées sous forme de diplômes universitaires à destination principalement des futurs universitaires. Nombre de CNU en ont fait un prérequis, mettant parfois les DU en difficulté face à la gestion du nombre de demandes.

La plupart des responsables de formations non universitaires n'ont pas été formés à la pédagogie et les encadrants en stage non plus. Il ne s'agit pas de nier les compétences acquises sur le terrain. Ce que rapportent les étudiants et les enseignants sur l'encadrement en stage et sur les enseignements incite cependant à souligner la nécessité d'une formation adaptée, qu'elle soit initiale ou continue selon les situations existantes.

Les futurs universitaires validant un DU de pédagogie ne sont pas tous motivés par la pédagogie. En général, ces DU ne proposent pas de formation sur les compétences nécessaires à l'encadrement des étudiants ou sur une communication renforçante (verbale et non verbale, non stigmatisante ...). Dans une carrière universitaire la pédagogie est paradoxalement le parent pauvre et reste souvent une simple variable d'ajustement.

Formation au management

Management : ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise (Larousse).

Plusieurs personnes auditionnées ont exprimé le souhait de suivre une « formation au management ». D'autres, notamment des professionnels du management, en ont souligné les limites évoquant même « l'effet de mode » qui prévaut actuellement.

Apprendre et appliquer les règles de base de la gestion d'une équipe soignante avec ses particularités, est indispensable pour tout responsable d'équipe. Une fois acquises, ces compétences devront être mises en application au quotidien dans le prolongement de l'apprentissage.

La formation au professionnalisme est à débiter tôt et progressivement, identifier les enseignants qui à l'issue d'une première formation auraient des difficultés à devenir de bons responsables d'équipe est également essentiel pour leur apporter l'aide et les compléments qu'ils estiment utiles (44-45).

6. ENSEIGNEMENTS THEORIQUES

Les étudiants en médecine ont exprimé le souhait que des enseignants non universitaires interviennent dans les enseignements, que ce soit pour l'élaboration des programmes ou en tant qu'intervenants directs, afin d'avoir une formation qui reflète le devenir de la majorité d'entre eux.

Sur ce point ils se distinguent de leurs collègues des autres formations en santé, qui globalement

regrettent que l'apport des enseignants de terrain ne s'accompagne pas de l'aspect logistique universitaire attendu, comme la transmission des documents d'enseignements, l'entraînement au changement des modalités d'examens etc ...

Au niveau de l'enseignement théorique, deux grandes modifications se sont mises en place ces dernières années : la simulation et le numérique. Tous les étudiants ont souligné l'apport indéniable de la simulation dans leur apprentissage. Les investissements réalisés sont salués unanimement mais des inégalités territoriales pour l'accès à la simulation persistent ainsi que des inégalités entre les différentes formations en santé.

L'apport de la **simulation** dans les compétences relationnelles est très clairement apprécié, par exemple lorsqu'il est fait appel à des comédiens pour des situations comme l'annonce diagnostic. Certaines facultés l'ont d'ailleurs introduite dès le premier cycle. **Les jeux de rôle** se sont répandus et parfois leur multiplication est jugée exagérée. Il s'agit d'une technique utile, sous réserve de suivre les recommandations de la HAS quant à la nécessité d'une formation préalable. Plusieurs centres de simulations se sont développés de manière professionnelle et appliquent ces standards. Ce n'est pas partout le cas.

L'arrivée du numérique a été concomitante de l'explosion des connaissances dans le domaine de la santé. Une des tentations a été de tout rendre accessible par internet : cours, documents etc ...

L'accès national à des documents via la plateforme SIDES a été apprécié par les étudiants en médecine. Du côté des enseignants, certains sont déstabilisés par la demande d'introduire « à marche forcée » le numérique dans leurs enseignements.

Les enquêtes et la littérature montrent d'ailleurs que les étudiants ne sont pas tous des utilisateurs aguerris des enseignements numériques. Ils le sont encore moins quant aux dérives possibles de leur utilisation. **L'enseignement du professionnalisme** sur ce sujet est un enjeu d'actualité.

Des expériences le soulignent: les enseignements numériques non renouvelés suscitent l'ennui et des enseignements numériques pourtant couteux ne sont utilisés que partiellement par les étudiants. L'autonomie des étudiants est en fait très variable et la nécessité pour eux d'acquérir des compétences en numérique est un des enjeux à discuter : *« Pour résumer, l'actualisation du lire-écrire-compter prend en compte l'informatique et ses technologies, afin de développer des compétences, faire acquérir des connaissances, d'émanciper les humains en leur donnant un pouvoir d'agir (empowerment). On pourrait risquer une mise à jour, en remplaçant « compter » par « computer », jeu de mot facile, et expression euphoniquement peu heureuse, mais qui permet d'attester de la présence des machines dans la trilogie de base. » (46-47)*

Beaucoup ont souligné la rapidité avec laquelle évoluent les nouvelles technologies et questionnant l'évolution de l'enseignement.

Pluridisciplinarité et collectif dans l'enseignement

A une très forte majorité les étudiants demandent l'introduction **d'enseignements impliquant l'ensemble des formations en santé.**

Ces enseignements sont une occasion de former les étudiants au **travail collectif**, multiprofessionnel en santé, adapté aux **parcours de soins.**

Dès la PACES ces travaux collectifs pourraient être introduits. Ils permettraient des périodes d'apprentissage à distance du stress et favoriseraient la création de liens.

PACES et enseignement

Des réformes sont en cours qui ne seront pas abordées dans le cadre de la mission, pour lesquelles un suivi du vécu des étudiants et des enseignants sera conduit .

La massification de la PACES a entraîné des réactions négatives très claires de la part de nombreux enseignants auditionnés : difficulté à gérer le nombre d'étudiants dans des conditions d'enseignements adaptées, absence ou très nette diminution des contacts avec les enseignants, multiplication des recours administratifs, des enseignements où le numérique prévaut.

Tout ceci participe à une réelle rupture des liens sociaux. Les lieux de vie se situent dans les bibliothèques, et l'iniquité se cristallise autour de l'accès à des préparations privées très présentes sur le terrain.

La première année de licence a fait l'objet de nombreuses interventions d'accompagnements afin de faciliter l'adaptation des étudiants à l'université et leur réussite.

Cela n'a pas été le cas en PACES.

Le concours y prend toute la place, reléguant au second plan l'accompagnement de lycéens, plongés du jour au lendemain dans l'univers de la faculté, avec des cours en amphithéâtre et sur internet favorisant l'isolement, des changements de méthodes pédagogiques majeurs à mettre en place, des enseignants inaccessibles, un réseau social en rupture par rapport au lycée, ...

Tous les psychiatres auditionnés ont fait état d'une pression sociétale majeure sur la nécessité de réussir.

Enfin, même si l'entraînement à la forme des évaluations est essentiel pour tous les cycles et toutes les formations, la multiplication des concours blancs en PACES pose question. L'autoévaluation fait partie de l'apprentissage mais apprendre exige d'avoir un temps d'apprentissage à distance de toute évaluation sanctionnante, y compris un concours blanc.

Tutorat PACES

Les actions des tutorats étudiants de PACES sont motivées. Ils essaient d'aider leurs camarades par de nombreuses activités qui se sont multipliées ces dernières années. Ils ont un site d'information et se retrouvent chaque année pour échanger.

Pourtant, le périmètre d'intervention de ces aides et de leur responsabilité n'est pas sans soulever des questions. Tenter d'apporter des aides individuelles pédagogiques, de pallier au stress, à l'isolement de la PACES est difficile, même en déployant beaucoup d'énergie.

Les tutorats étudiants ont un rôle majeur à jouer dans la lutte contre l'isolement, dans la transmission de leur expérience de la première année etc

Ils sont aussi étudiants, bien moins nombreux que les étudiants de PACES, avec leur propre cursus à mener et peuvent se retrouver eux-mêmes en difficulté. La diversité des étudiants auxquels ils s'adressent est une notion difficile à bien appréhender et certaines interventions relèveraient plutôt de co-interventions ou seraient clairement du ressort d'enseignants. Les interventions de soutiens psychologiques doivent être encadrées et menées conjointement avec les dispositifs de soutien locaux.

Des facultés forment leurs tuteurs étudiants de PACES, parfois via des UE optionnelles, en les rémunérant. Ces modalités d'intervention devraient s'étendre. En l'état actuel, les interventions par les pairs ayant fait l'objet d'une évaluation sont très peu nombreuses. Elles peuvent être utiles en particulier pour les étudiants tuteurs (compétences transdisciplinaires ...). (48-49)

Second cycle en médecine

Sur le plan pédagogique, la sortie du tout ECN a été au centre de la réforme proposée pour le second cycle.

Le passage à l'iECN, a renforcé un bachotage intense, à tel point que des étudiants essayaient de se souvenir des stratégies d'apprentissage utilisées en PACES pour les réutiliser.

Des QCM qui « tirent dans les coins » et ne sont pas le reflet de la quantité de travail fourni, sont deux éléments identifiés comme susceptibles de réactiver le stress vécu pendant la PACES.

Des collègues auditionnés ont tenu à rappeler le bon niveau de formation atteint en fin de second cycle, qui persiste en dépit de toutes les difficultés et qui est reconnu au niveau international. D'autres ont fait part de la situation de jeunes internes qui, depuis le passage à l'iECN, semblaient avoir plus de difficultés à hiérarchiser les informations. On ne soulignera jamais assez la masse de connaissances qu'il est demandé aux étudiants d'acquérir pendant toutes ces années.

Un aspect particulier doit être abordé pour les ECN blancs ; ils sont utiles et réclamés par les étudiants, mais lorsqu'ils s'accompagnent d'une multiplication des classements et sont le seul type d'évaluation proposé, la situation redevient celle d'un stress chronique, comme en PACES.

Passerelles entrantes

Les étudiants empruntant les passerelles ont une motivation sans faille qui leur permet de surmonter d'énormes difficultés. Ces difficultés peuvent être financières (certains ont épuisé leur droit à bourse dans leur formation précédente ou ont des charges de famille) ou d'adaptation (apprentissage accéléré des années précédentes du programme et bachotage).

Des facultés ont mis en place des aides spécifiques pour les étudiants en provenance de passerelles entrantes avec une équivalence de master ou de licence.

Enseignement en Sciences humaines et sociales (SHS) et autres enseignements

Les Sciences humaines sont actuellement peu présentes dans le parcours des étudiants en santé. En complément des enseignements sur les relations médecins patients et sur l'éthique clinique, des facultés ont proposé d'autres interventions comme des cafés éthiques etc . L'apport des SHS est essentiel pour de futurs professionnels du soin. Le regard critique et la distance nécessaire qu'elles apportent dans des situations complexes sont primordiales. Peu d'enseignants parmi les soignants sont formés aux SHS, ce qui est un frein à la diffusion des concepts et à leur contextualisation dans la vie quotidienne des soignants.

L'intervention de patients experts dans les enseignements médecins-patients est également de plus en plus fréquente ce qui contribue à la qualité relationnelle patients-soignants.

Enfin, la place des Activités Physiques et Sportives est réduite à la portion congrue dès le début des études en Santé. L'arrêt de la pratique d'un sport pour les étudiants passant des concours, et l'absence de reprise pour ceux qui ont un cursus surchargé est la règle.

Connaître l'intérêt des APS pour les patients, apprendre à les prescrire est un élément important de la pratique médicale. Trouver les formes qui permettraient d'inciter les étudiants à reprendre ou à débiter des APS est un enjeu non seulement pour leur bien-être mais également pour l'ensemble des patients.

Orientation et réorientation

Dans une société où l'image dominante est celle que tout professionnel doit savoir changer de métier, l'étudiant en médecine a le sentiment d'avancer dans un chemin de plus en plus étroit. La filiarisation y a grandement contribué.

Le changement de spécialité par l'exercice du droit au remord n'est pas si simple : il faut avoir le classement qui le permette, tenir des délais contraints, en parler avec les responsables des spécialités, reconnaître son erreur devant les collègues alors même qu'un doute peut persister quant au second choix.

Le questionnement du changement de parcours existe dès la PACES, quand la motivation intrinsèque est fluctuante, dont on ne sait si elle évoluera au gré des rencontres de modèles de rôles et des stages. Habituellement, la pression générale relayée par les camarades, la famille, les aspects financiers, l'absence de passerelles identifiées incitent à rester dans le cursus de médecine, en tenant compte d'une « mise de départ » majeure, lors de la réussite de la PACES.

Transmettre le message que les étudiants peuvent s'être trompés et qu'il est possible de les aider à réussir leurs études sur un plan personnel sans être rejetés par la faculté est primordial.

Il s'agit de les informer le plus tôt possible sur la diversité des modes d'exercices et des spécialités, sans pression ni stigmatisation, et de les encourager à adopter une posture réflexive sur ce qui pourrait correspondre à un projet professionnel investi.

En complément des stages, les **forums** des carrières avec présentation des différentes modalités d'exercice et spécialités sont une source efficace de diffusion de l'information. Enfin, bénéficier d'un **entretien individuel** permet d'obtenir des réponses à des questions plus personnelles.

Des facultés ont fait le choix de faire appel à des psychologues d'orientation. D'autres ont développé une expérience autour de tuteurs enseignants spécifiques des IEE. En s'appuyant sur un entretien semi-structuré, avec des enseignants ne préjugant pas du devenir de l'étudiant, un panel de spécialités et de modes d'exercices est identifiable. L'étudiant est ensuite mis en contact avec les professionnels en question. Lorsque cela ne suffit pas ou si le souhait d'une réorientation est ferme, les réseaux universitaires peuvent être sollicités. La majorité des étudiants vus dans ces circonstances sont simplement dans un moment de doute et repartent avec des conseils leur permettant d'avancer dans leurs études.

Dans l'expérience du BIPE, axer trop rapidement la question sur une réorientation, ne fait que fragiliser l'étudiant qui se sent rejeté. Si aucune orientation en médecine ne convient, la réorientation sera aidée et, en fonction des formations envisagées, des UE peuvent être validées afin que l'étudiant ne débute pas en S1 de la nouvelle formation. Le sérieux et le travail des étudiants en santé est reconnu et valorisé.

Il convient en parallèle d'identifier des passerelles de sortie donnant accès à des circuits professionnels, en assurant une équivalence licence/ master en sciences de la santé.

Il faut être attentif à ne pas considérer ces passerelles comme un moyen indirect de réguler l'accès aux spécialités.

7. TROISIEME CYCLE EN MEDECINE

Dans la littérature internationale, l'année de prise de fonction des internes est reconnue comme étant la plus difficile à vivre et source de stress lors de la mise en responsabilité.

Au niveau national, la spécificité des internes tient à leur double appartenance : étudiants en troisième cycle et soignants. Plusieurs mesures ont été prises, visant à améliorer la qualité de

vie des internes : repos compensatoire, temps de formation... Ces mesures ne sont pas appliquées dans tous les services, même si la situation s'améliore. Dans l'enquête des représentants des étudiants et des jeunes médecins (2017), les spécialités pour lesquelles des difficultés d'application du repos de sécurité étaient rapportées étaient la chirurgie, la cardiologie et l'urologie.

L'ensemble des professionnels estime que le certificat d'aptitude n'a pas d'utilité.

Anesthésie et chirurgie

Les anesthésistes ont été les premiers à se préoccuper d'interventions contre le mal-être de leurs collègues. Une commission dédiée SMART (Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail) est en place.

Anesthésistes et chirurgiens se côtoient et travaillent dans un milieu particulièrement difficile. Le bloc opératoire est décrit comme un lieu agressant, moralement et physiquement. Les techniques opératoires ont évolué, elles tendent à s'uniformiser, sont soumises à des contraintes de procédure, accordant moins de place à l'autonomie, tout en nécessitant une vigilance élevée. La répétition des gardes, même récupérées, participe à une forme insidieuse d'isolement social.

Les chirurgiens parlent peu de leurs difficultés, des drames récents l'ont montré.

Le modèle dominant est celui de l'infaillibilité et la nécessité d'apprendre les gestes techniques à travers un grand nombre d'heures au bloc prime sur tout le reste. Pourtant la revendication d'une vie sociale et personnelle commence à s'exprimer plus ouvertement. La féminisation de la profession y contribue, tout comme elle a contribué à dénoncer les comportements inadaptés parfois sexistes.

Les difficultés à transmettre un mal-être, la facilité d'accès à des produits toxiques, la crainte permanente de l'erreur, rappellent l'urgence d'identifier rapidement les chirurgiens et anesthésistes qui seraient en difficulté en particulier les jeunes, et de promouvoir des interventions adaptées.

Des changements semblent se profiler quant à la reconnaissance par les chirurgiens de leurs difficultés (50-55).

Médecine générale

Les internes en médecine générale ont le sentiment d'être oubliés de la formation du second cycle. Souvent ils bénéficient de soutien par des groupes balint et un tutorat individuel.

Ils ont fait état d'une grande variabilité dans l'encadrement et d'un programme de travail théorique trop important avec notamment des traces d'apprentissage, méthode difficile à maîtriser, qui participe de la surcharge de travail lorsqu'elles se multiplient.

Ils regrettent que de brefs rappels théoriques contextualisés ne soient pas proposés dans toutes les facultés.

8. AUTRES FORMATIONS EN SANTE

Etudiants en odontologie et en pharmacie

Les difficultés pour les étudiants dans ces deux formations sont différentes de celles des étudiants en médecine. Les représentants des étudiants n'ayant pas rapporté de difficultés aussi importantes que pour le cursus de médecine, une explication pourrait résider dans les programmes. En Odontologie, la formation est ainsi très professionnalisante dès la seconde

année.

Concernant les études de Pharmacie, les enquêtes des représentants pointent un pourcentage élevé d'un tiers d'étudiants déçus de leur orientation en début d'année. En seconde année le taux de redoublement peut atteindre 30%. En fin de cursus le taux d'insatisfaits redescend à 5-10%. Les amphithéâtres sont peu fréquentés et le nombre de TD et TP est important, tandis que la simulation s'est largement développée depuis plusieurs années avec des officines. En pratique les étudiants sont rapidement actifs. Finalement, peuvent être en difficulté les étudiants orientés par défaut à partir de la PACES et ceux qui n'ont pas réussi le concours de l'internat dont les modalités diffèrent de l'ECN.

Etudiants en maïeutique

Les étudiants en maïeutique ont le sentiment de ne pas être intégrés dans les formations médicales. Les promotions de petit nombre (30 à 40) permettent plus de solidarité que dans d'autres formations.

L'absence de référent en stage et l'absence de temps dédié pour l'enseignement en stage semblent fréquents.

Comme pour d'autres formations, la mutualisation des cours n'est pas considérée comme satisfaisante : il s'agit souvent des cours de PACES sans feedback des enseignants.

En deuxième année la gestion des bourses par la région est régulièrement source de difficultés avec des retards de versements de plusieurs mois.

Les stages en milieu libéral sont très appréciés mais les maîtres de stage sont trop peu nombreux et ne sont pas rémunérés.

Etudiants en soins infirmiers

L'une des particularités soulignée dans la dernière enquête de la FNEFI, concerne des directions d'instituts de formations.

Les problèmes d'encadrements peuvent être vécus très douloureusement lorsqu'ils surviennent dans un contexte d'isolement de l'étudiant sans possibilité de faire appel à un dispositif d'aide assurant une réelle confidentialité. Comme pour toutes formations avec un fonctionnement dit « d'école », dans des villes où « tout le monde se connaît », chaque problème prend une dimension majeure.

Des pourcentages d'arrêt des études allant jusqu'à près de 50 % d'une promotion ont été rapportés et devraient être analysés afin de trouver des solutions en termes de management.

Des professionnels de diverses formations en santé, ont tenu à alerter sur des sanctions prises à l'encontre des étudiants en soins infirmiers à la suite d'erreurs commises par ces étudiants sur les lieux de stage.

Les étudiants en soins infirmiers sont particulièrement concernés dès le début de leur formation par des stages émotionnellement difficiles avec peu ou pas d'encadrement.

Autres formations en santé

Les formations en santé n'ont pas toutes évoqué des difficultés portant sur la qualité de vie : difficultés variables des parcours, nombre de concours dans le cursus, durée des formations, taille des promotions, type de direction de la formation, lieux de formations, interface avec les difficultés des soins, mises en stage précoces, pourcentage des reconversions professionnelles,

réformes de programme en cours. Quelques commentaires sont rapportés :

Lorsque les promotions sont de petites tailles, les enseignants connaissent leurs étudiants et réciproquement et la vie de promotion est très développée.

Lorsque les formations ont un fonctionnement sur un mode dit « d'école », qu'elles soient ou non universitarisées, si la direction manque de bienveillance, les répercussions sur la qualité de vie des étudiants sont évidentes.

Les étudiants candidatent à plusieurs concours qui, se déroulant dans des lieux différents, entraînent un coût important qui s'ajoute aux frais nécessaires à une préparation privée.

Lorsque les formations sont intégrées dans les facultés de Santé, le sentiment dominant est celui d'être les « parents pauvres » de la faculté.

Les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les kinésithérapeutes n'ont pas signalé de difficultés majeures de mal-être spécifiques à leur cursus. Le coût de la formation pour les kinésithérapeutes est cependant régulièrement source de problèmes.

Enseignants et étudiants en orthophonie et orthoptie ont souligné la surcharge des programmes consécutive à la dernière réforme.

9. AUTRES THEMES ABORDES

Vivre ensemble

Des responsables d'enseignement ont fait part de leur inquiétude devant la survenue de comportements violents plus fréquents.

Aspects financiers

Le bureau du CNOUS et plusieurs responsables d'enseignement ont rapporté une augmentation des signalements de ruptures familiales entraînant des difficultés à financer leurs études.

Evolution de la société, des parents, ou des étudiants qui maintiennent leur projet professionnel malgré tout ? Il est difficile d'y répondre.

L'information que des logements du CROUS sont disponibles au second semestre, sur de courtes périodes, semble méconnue des étudiants et pourrait être une aide lors de la passation des concours.

10. LES INTERVENTIONS

Dans le contexte des RPS la littérature souligne la nécessité d'intervenir à la fois au niveau individuel et collectif, de la prévention primaire à la prévention tertiaire sur le plan pédagogique et psychologique.

Un foisonnement de propositions a été transmis pendant la mission.

L'absence de coordination, voire la **mise en concurrence** des dispositifs, leur redondance sur certains points et l'absence de propositions sur d'autres, ne tenant compte ni de l'existant, ni des compétences adaptées à la problématique, font craindre qu'elles ne se révèlent délétères.

La recherche manifeste de nouveaux terrains d'influence, pour ne pas dire de marchés, à investir et de nouveaux champs d'action dans le domaine du bien-être invite à la vigilance, **les risques de marchandisation étant réels.**

Les incitations à décider dans l'urgence, réelle, ne doivent pas faire perdre de vue **les enjeux**

déontologiques et éthiques inhérents à cette population de jeunes en formation. Une sanctuarisation des interventions et dispositifs proposés aux étudiants en Santé est impérative.

Le bien-être des étudiants en santé, ne peut être abordé par le seul prisme du soignant ou de l'étudiant. Il devra l'être par les deux aspects et sur l'ensemble des déterminants impliqués dans leur qualité de vie.

Etudiants en difficulté et adaptation aux études en santé

Des enseignants s'interrogent sur l'opportunité d'aider des étudiants en difficulté à rester dans leur formation, alors qu'ils le seraient peut-être moins dans une autre filière.

L'évaluation de la situation pour comprendre les difficultés rencontrées par les étudiants est primordiale. Il est fréquent qu'un ou deux entretiens suffisent à remotiver l'étudiant et à lui faire reprendre confiance dans ses études et dans son futur métier.

Lorsque la situation le nécessite, l'étudiant pourra être accompagné pour se réorienter.

Tous les étudiants peuvent être en difficulté, même les plus brillants d'entre eux et les difficultés sont souvent plurifactorielles.

Il n'existe pas de gold standard garantissant de déceler celui qui sera un bon médecin dans sa spécialité.

Dispositifs de soutien

Des facultés de médecine proposent depuis plusieurs années des soutiens aux étudiants, d'autres ont débuté une réflexion sur ce thème. Leur fonctionnement et les professionnels y participant sont divers :

- commissions pour les étudiants en difficultés,
- tutorats individuels
- interfaces-enseignants-étudiants, IEE
- parcours de soins spécifiques pour les urgences psychiatriques
- autres modalités...

Dans les formations en santé, de nombreux dispositifs d'accompagnement pour les étudiants ont pris la forme de commissions pour les étudiants en échec académique ou de tutorats individuels. En médecine, plusieurs de ces commissions étendent leurs interventions progressivement à la prévention.

Des facultés de médecine qui avaient institué dans un premier temps un tutorat individuel y ont renoncé. Le principe est rassurant, mais l'attribution d'un tuteur (« mariage arrangé ») ne préjuge pas de la relation qui est personne-dépendante. Quand l'étudiant ne peut choisir son tuteur cela est contre-productif et il n'est pas aisé pour lui d'en faire part. Le nombre d'étudiants est également un frein car il aboutit à solliciter des encadrants dont certains n'ont pas les compétences, ne pouvant répondre seuls à l'ensemble des interventions requises.

A la suite du BIPE, des facultés de médecine ont débuté la mise en place d'une IEE (Annexe 4) et se sont ouvertes aux étudiants en Santé.

L'évolution des IEE et des commissions pour les étudiants en difficulté se fait en fonction des besoins identifiés localement : développement du « vivre ensemble » avec des interventions artistiques, interventions de sensibilisation à la violence et au harcèlement, renforcement de l'aide à l'orientation

Quelques facultés ont intégré dans leurs propositions d'aides aux étudiants des interventions à la gestion du stress : yoga, relaxation, hypnose, mindfulness

Des initiatives étudiantes ont répertorié les aides possibles et mettent en lien leurs camarades avec ces dispositifs.

Des ateliers de compétences à la communication sont proposés dans le cadre des dispositifs de soutien et/ou des centres de simulation relationnelle, et des interventions de type « apprendre à apprendre ».

Le décret concernant le troisième cycle des études médicales du 12 avril 2017, comporte un item concernant le stress : l'interne « se doit de savoir gérer son stress ».

Le verbe « devoir » paraît d'interprétation délicate ou ambiguë.

Une formulation plus adaptée aurait pu être « Tout interne devra bénéficier des **interventions nécessaires à la gestion d'un stress spécifique à l'exercice de sa profession.** »

Confidentialité et soutiens aux étudiants

Que ce soit pour les étudiants ou les soignants, la confidentialité lors des interventions individuelles est un élément essentiel.

La littérature souligne la réticence des soignants et des étudiants à consulter, une véritable « black mark ».

Plusieurs causes ont été avancées pour l'expliquer. Sur le plan strictement médical, les réticences des populations de jeunes à consulter sont connues, difficultés financières inconscience des risques pour leur santé. Pour les futurs soignants, s'ajoute la crainte de la stigmatisation qui débute dès la première année.

Inciter les soignants et étudiants à avoir leur propre médecin est louable, mais sans un parcours de soins prenant en compte ces particularités, notamment la confidentialité, cela restera souvent un vœux pieux. En effet, dans le cadre des dispositifs de soutien aux étudiants auditionnés cet impératif de confidentialité est diversement pris en compte. A titre d'illustration, dans le cadre du BIPE, la prévention tertiaire psychiatrique est de courte durée et le tuteur, une fois le suivi institué à l'extérieur, reprend sa place d'enseignant-tuteur.

Au cours des auditions plusieurs collègues ont soulevé la question des conséquences légales d'un suivi médical conduit sans enregistrer en consultation l'étudiant.

La durée de cette prise en charge qui précède un suivi extérieur au lieu de formation, dépend des possibilités de parcours de soins locaux.

Des dispositifs suivent les étudiants dans le CHU sans les enregistrer, d'autres, enregistrent les étudiants en consultation mais dans des plages horaires où les autres étudiants ne sont plus présents dans le service. Quoique peu nombreux, même avec ces dispositifs certains étudiants demandent à être suivis à l'extérieur du CHU.

Dans tous les cas cette activité exige une stricte application du secret médical.

La lutte contre la stigmatisation à tous les niveaux et avec tous les soignants devraient être une priorité.

Cette stigmatisation s'applique également sur le plan de la santé physique à des étudiants qui refusent d'entreprendre des démarches auprès de la médecine préventive et du relai santé handicap par crainte d'être identifiés comme ne pouvant poursuivre leurs études.

Il n'existe pas de procédure d'accompagnement pour un étudiant ayant, pour raisons médicales, des aménagements de son cursus de second cycle lorsqu'il entre en troisième cycle. La poursuite des études médicales se fait au cas par cas, avec des étudiants non accompagnés.

Les plateformes d'écoute associatives

Les plateformes d'écoute sont l'une des modalités de réponses à des besoins de prévention tertiaire.

Deux types de plateformes d'écoute ont été auditionnées et sont accessibles pour les étudiants et les soignants :

- les plateformes gérées par des associations de soignants (AAPML et SPS)
- les cellules d'écoute proposées par les syndicats d'internes sur le modèle de SOS SHIPS

Les plateformes des associations existent, pour la plus ancienne d'entre elles, AAPML, depuis 2004 (Association d'Aides aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux)(56). En 2016, l'association SPS (Soins aux Professionnels de Santé) a également proposé une plateforme téléphonique.

Ces plateformes mettent en relation un soignant avec un psychologue.

Les syndicats d'internes parisiens en 2015 ont été amenés à réagir aux drames des suicides de leurs collègues en proposant, un dispositif d'écoute et d'aide à l'adressage pour une prise en charge pour les internes en difficulté (SOS SHIPS). Des internes en psychiatrie, et d'autres spécialités comme des internes de médecine de santé au travail y participent .

A partir de cette expérience ce concept a essaimé dans d'autres villes. Ces dispositifs soulignent également les difficultés des internes à parler de leurs difficultés et à demander de l'aide à leurs supérieurs hiérarchiques. Ils rapportent un sentiment d'isolement, persuadés d'être les seuls en souffrance et ne souhaitant pas d'arrêt de travail malgré des horaires surchargés.

Les difficultés rencontrées font état :

- de problèmes de délais de rdv avec un senior référent et de la nécessité de pouvoir s'appuyer sur un réseau de psychiatres libéraux tenant compte des limites financières des internes,
- des difficultés relatives à la gestion médico-légale de la confidentialité,
- de situations difficiles à gérer par des pairs internes : interne en grande détresse, signalement d'internes en difficultés etc

L'aide aux pairs peut être source de difficultés également pour l'aidant.

D'autres dispositifs existent plus particulièrement pour les soignants comme la commission SMART du CFAR (Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs) ; l'association MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne ; le réseau ASRA du Conseil Régional Rhône-Alpes de l'Ordre des Médecins, où des médecins, volontaires et bénévoles, assurent une astreinte téléphonique ;

Médecine préventive universitaire et Médecine de santé au travail **(voir C. recommandations)**

C. RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS

Preliminaire

De nombreuses recommandations et propositions de ce rapport sont applicables à l'ensemble des étudiants en santé, pour tous les cycles d'enseignement. Les délais nécessaires à leur mise en place seront parfois plus longs pour certaines formations, d'autres recommandations ou propositions sont spécifiques à certains cycles ou à certaines formations.

Les étudiants en médecine pourront sembler être particulièrement cités. De fait, il existe un nombre de données plus importantes sur leurs difficultés et les internes sont à court terme une des urgences identifiées dans les recommandations.

Le terme « étudiants » recouvre tous les étudiants de tous les cycles, internes compris.

Les recommandations s'entendent comme des interventions nécessaires qui devraient être particulièrement étudiées.

Les propositions relèvent de ce qui pourrait améliorer la situation et serait à adapter en fonction des particularités locales et/ou à envisager dans un second temps et/ou issues des auditions mais dépassant le mandat de cette mission et/ou nécessitant une concertation avec les professionnels concernés.

La prévention primaire s'entend, comme s'adressant à tous les étudiants afin d'améliorer leur bien-être pendant leurs études et leur réussite personnelle, même lorsqu'ils ne sont pas en difficulté. La prévention secondaire s'adresse aux populations d'étudiants considérées comme étant à risque d'échec académique et/ou avec des risques psychosociaux, la prévention tertiaire concerne les étudiants en difficulté académique (redoublants, étudiants régulièrement en seconde session d'examens) et/ou présentant des problèmes graves médico-socio-psychologiques entravant leur bien-être et la poursuite de leurs études.

Les recommandations sont élaborées à partir des éléments recueillis lors des auditions menées dans le cadre de la mission, des expériences des dispositifs d'aides locaux, comprenant celle des IEEs, et de la littérature.

Les recommandations se veulent pragmatiques et constructives, elles relèvent d'une part de mesures pédagogiques, dont certaines sont en cours de discussion dans la réforme du second cycle, et d'autre part de concepts de base en pédagogie, qui du fait du « tout ECN » et d'un nombre d'étudiants en augmentation ont été délaissés.

Leur objectif est de renforcer l'aspect humain de la formation des étudiants et de les aider à trouver leur place dans le cursus, sans oublier l'aspect systémique des difficultés relevant du système de soins et de la société.

1.	Créer un CENTRE NATIONAL D'APPUI pour promouvoir la Qualité de vie des étudiants en santé et des soignants. Débuter par la FORMATION des responsables d'enseignement et des représentants d'étudiants.
2.	En urgence COMMUNIQUER sur les dispositifs d'accompagnement et les parcours de soins existants. Créer ou compléter les DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT pour les étudiants.
3	Prévention des risques psychosociaux par les COMPETENCES TRANSDISCIPLINAIRES : « EMPOWERMENT »
4.	Créer des CENTRES REGIONAUX D'ACCOMPAGNEMENT pour les internes
5	Prévenir les risques psychosociaux par l'ETAYAGE en STAGE et le PROFESSIONNALISME. « Lecture critique du numérique »
6	Prévenir les risques psychosociaux par des interventions PEDAGOGIQUES sur les PROGRAMMES et METHODES
7	EN PACES : Renforcer l'étayage PEDAGOGIQUE, renforcer le COLLECTIF
8	LUTTER contre le HARCELEMENT : Créer des comités ou bureaux d'intervention contre le HARCELEMENT « EMPOWERMENT » des étudiants pendant leur cursus : SIMULATION, sensibilisation
9	Médecine préventive universitaire et Médecine de Santé au travail : COORDINATION et COMPLEMENTARITE des approches.
10	Pour les étudiants : PASS SANTE pour un accès aux soins en libéral Réseaux de SOINS AUX SOIGNANTS
11	Faire que le SUICIDE des étudiants en Santé devienne l'un des objectifs prioritaire de l'Observatoire national du suicide. Etude nationale sur le suicide des étudiants en santé et des soignants
12	EQUITE entre formations en santé

1. RECOMMANDATION PRINCIPALE: INTERVENIR

1.	<p>Créer un CENTRE NATIONAL D'APPUI pour promouvoir la Qualité de vie des étudiants en santé et des soignants.</p> <p>Débuter par la FORMATION des responsables d'enseignement et des représentants d'étudiants.</p>
2.	<p>En urgence COMMUNIQUER sur les dispositifs d'accompagnement et les parcours de soins existants.</p> <p>Créer ou compléter les DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT pour les étudiants.</p>

Aujourd'hui, la priorité est à la mise en place d'interventions.

La littérature souligne des déterminants du burnout identiques ou similaires quels que soient les cursus de formations et les systèmes de soins. Les expériences françaises peuvent être complétées par celles plus anciennes et plus nombreuses existant dans d'autres pays.

Il s'agit de proposer un plan d'interventions à la mesure des enjeux. Elles doivent être **coordonnées**, associant des **interventions individuelles et de groupes, locales, et nationales**, en accordant une attention toute particulière aux **interventions sur les cursus de formations, et les milieux de soins.**

Cet aspect systémique est absolument essentiel.

Comme précisé dans la première partie de ce rapport, **l'interaction et la dépendance, entre le bien-être des étudiants et les deux systèmes**, de soins et de formation, au sein desquels les étudiants apprennent leur futur métier, est l'un des points majeurs du rapport.

A défaut de prise en compte de l'aspect systémique de la situation, aucune des interventions préconisées ne saurait à elle seule l'améliorer réellement. C'est la raison pour laquelle la plupart des interventions sont des recommandations.

Les interventions pour les étudiants en grande difficulté (prévention tertiaire) sont essentielles, mais ne doivent pas se faire au détriment des interventions pour les étudiants à risques (prévention secondaire), ou de celles pour l'ensemble des étudiants (prévention primaire).

Les ressources financières sont contraintes. Tout en tenant compte de cette contrainte et de la nécessité d'intervenir, il est primordial de donner une place centrale aux mesures de prévention. Les étudiants sont de jeunes adultes en cours de développement, avec de **réelles capacités de résilience.**

Il s'agit d'aider l'ensemble des étudiants à développer des **compétences transdisciplinaires** qui seront par la suite utiles à la prévention des risques psychosociaux chez ces futurs soignants et en parallèle d'agir sur ce qui relève de l'aspect systémique.

Un repérage et une prise en charge précoce des étudiants en difficulté sont également essentiels lorsqu'il s'agit d'étudiants souffrant de maladies psychiatriques, à un âge où peuvent survenir les premières décompensations.

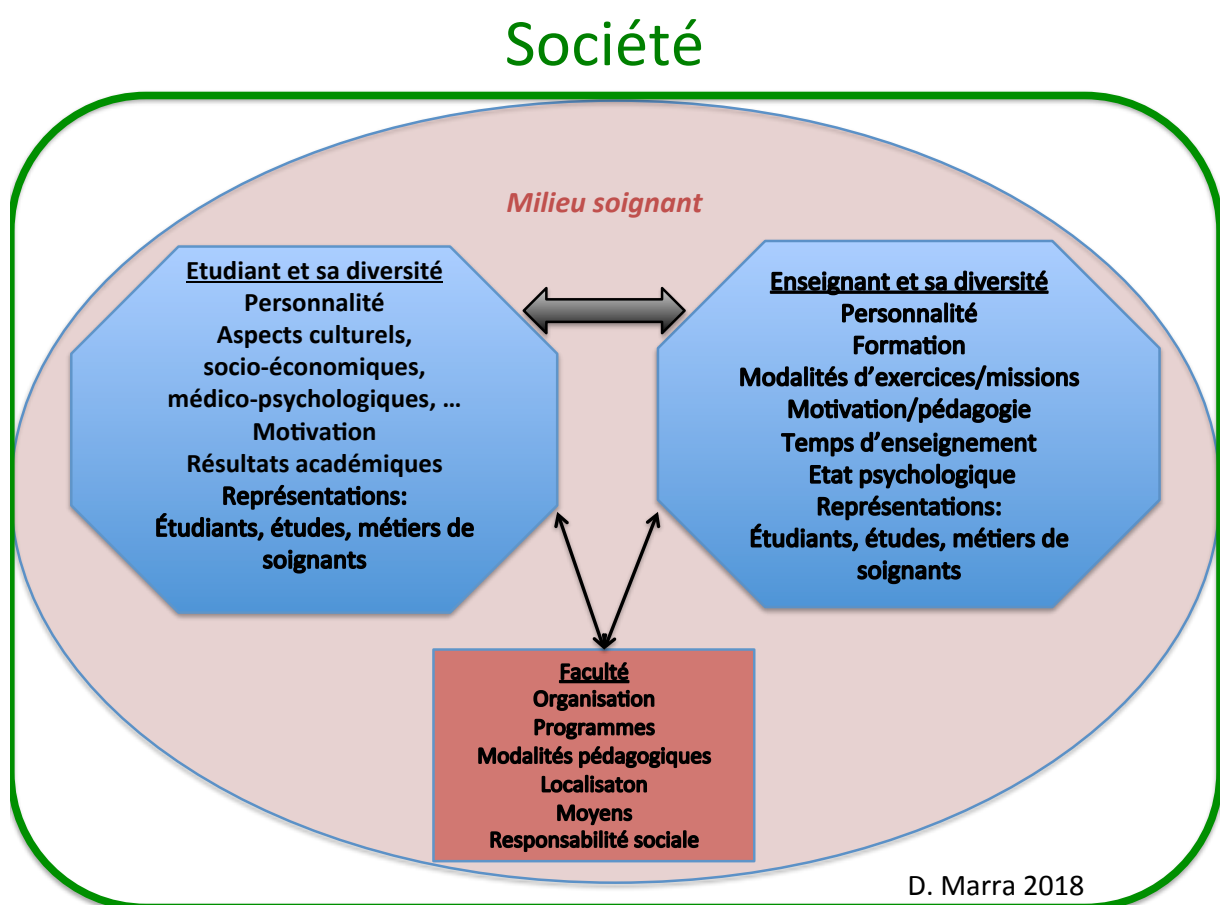
La ligne de crête s'est confirmée tout au long de l'avancement de cette mission: être bienveillant, ou plus simplement être un formateur accueillant et professionnel, sans tomber dans la

surenchère de « psychologisation à outrance » qui ne résoudra pas les problèmes, sans sous-estimer la nécessité d'intervenir sur le plan psychologique et psychiatrique, ni les réticences et résistances aux évolutions et changements de paradigmes.

Une vraie détermination à accompagner les changements nécessaires est indispensable

Au total, il s'agit de développer une véritable politique facultaire, favorisant le bien-être des étudiants et leur réussite personnelle, sans oublier l'interface avec un système de soin qui est actuellement en souffrance (schéma 1).

Schéma 1
Aspect systémique de la Qualité de vie des étudiants en santé



1.1. CENTRE NATIONAL D'APPUI.

➔ Créer un centre national d'appui (CNA) pour promouvoir la qualité de vie des étudiants et des professionnels en santé.

Le bien-être des étudiants en santé et des soignants est un enjeu prioritaire de santé publique, ayant un impact direct sur l'ensemble de la population, en terme de qualité des soins, de risques d'erreurs médicales, d'insatisfaction des patients, et d'augmentation des coûts du système de santé. Les connaissances et compétences sur la qualité de vie des étudiants en santé et des soignants

doivent être développées et partagées en dépassant les clivages habituels existant entre les intervenants en santé ou entre étudiants.

➔ **Constitution d'un CNA.**

La promotion de la qualité de vie des étudiants et des soignants nécessiterait de réunir l'ensemble des expériences et des questionnements, dans un centre national d'appui, transdisciplinaire, associant :

- Les représentants des étudiants,
- Les Conférences des Doyens en Santé,
- Les Conseils de l'Ordre des professions en Santé,
- Les coordinations des formations en Santé non universitarisées (à développer) ;
- Les représentants des patients,
- Des représentants des professionnels en santé.

➔ **Principaux objectifs.**

- Organiser des formations pour les enseignants et les étudiants,
- Fournir une veille bibliographique,
- Proposer un site d'informations et de formations,
- Organiser un colloque annuel,
- Communiquer sur les projets pilotes,
- Planifier des bilans épidémiologiques,
- Identifier les facteurs de RPS spécifiques aux étudiants et aux soignants (taux d'arrêts d'études dans les formations en santé, départs des professionnels ...),
- Identifier les signaux dits « faibles » de souffrance,
- Développer des commissions d'éthique pour les études sur les populations d'étudiants et soignants ne relevant pas d'un CPP.

Il ne s'agira pas de constituer une « commission », mais bien un centre national d'appui opérationnel répondant à des objectifs précis et concrets, avec un calendrier et des acteurs identifiés et responsabilisés.

Des relais régionaux devront s'organiser, impliquant enseignants et étudiants, en coordination avec l'ensemble des dispositifs déjà en place avec lesquels la communication sera renforcée (annexe 5). Un comité interdisciplinaire pour les internes en grande difficulté devrait y être associé.

Ils intégreront les formations d'enseignants référents (universitaires et non universitaires), et d'étudiants relais, au besoin en ayant recours à la vidéotransmission.

La recherche sur la qualité de vie en santé, en fonction des thématiques, veillera à impliquer les professionnels compétents de manière pluridisciplinaire, en collaboration avec les équipes de médecine de santé au travail, les psychiatres, les médecins en santé publique, les médecins généralistes etc

Les observatoires existants (ONS, OVE) devraient mener des enquêtes avec des indicateurs appropriés proposés par cette instance nationale.

Les données sur le suicide et le burnout des étudiants et des professionnels en santé seront de fait complétées dans le cadre des évaluations qui iront de pair avec les interventions.

➔ **Confidentialité et soins aux étudiants et aux soignants.**

Déterminer et communiquer les mesures prises pour **une gestion du secret médical adaptée** aux soins aux étudiants et aux soignants serait l'une des missions du CNA.

Les soignants et leurs étudiants ne sont pas égaux face aux autres professionnels vis à vis de la gestion du secret médical et de la réactivité nécessaire à leur prise en charge. Cette situation nécessite des parcours de soins dédiés et une gestion spécifique de la confidentialité de ces parcours.

Les étudiants et les soignants en santé sont en effet les seuls à avoir des collègues, parfois même leur propre employeur, susceptibles d'avoir accès à leur dossier médical. Ce manque de confidentialité s'étend au dossier médical de leurs proches.

Tout comme leurs collègues et employeurs qui y auraient accès, ils ont les compétences pour interpréter le contenu des dossiers médicaux, avec potentiellement des conséquences sur le plan professionnel.

Leurs compétences et leurs réticences à consulter justifient une réactivité, d'autant qu'ils ont parfois débuté seuls leur prise en charge (autodiagnostic et auto-prescription), avec une demande d'aide qui se trouve de fait retardée.

1.2. FORMATIONS DES ENSEIGNANTS

L'accompagnement et le soutien aux étudiants nécessitent que les enseignants et encadrants aient développé des compétences dans ce domaine.

➔ **Des enseignants référents et des représentants d'étudiants formés**

- Déterminer des enseignants référents (ou leaders) en pédagogie, investissant plus particulièrement la pédagogie, avec pour **mission de diffuser les connaissances et les compétences en pédagogie, d'inciter et de favoriser les changements de paradigmes.**
- Former rapidement, ou compléter la formation de ces leaders en pédagogie, motivés sur les thèmes de la **prévention, de la détection et de l'évaluation des étudiants en difficulté.**
- Il est essentiel de débiter dès 2018 des formations courtes pour **les responsables d'enseignements**, notamment les **coordonnateurs des différentes spécialités et des représentants d'étudiants.**
Ces formations seraient la première étape du CNA.
- **Valoriser l'investissement en pédagogie** des enseignants et des encadrants en stage, et en particulier des enseignants leaders.
- A partir du CNA, favoriser le développement de **centres de références en pédagogie** incluant le développement d'activités de recherche en pédagogie

Des compétences en psycho-neuro-pédagogie sont nécessaires, et accessibles par des formations, par exemple pour le dépistage et l'évaluation des étudiants en difficulté.

Tout comme les soins aux soignants doivent faire l'objet de compétences spécifiques, l'aspect psycho-neuro-pédagogique incluant la prévention des risques psychosociaux dans les formations en Santé, doit se développer à partir d'un corpus de compétences de base, pédagogiques et/ou psychologiques.

➔ **Former au management collaboratif**

La formation au management collaboratif, devrait être un pré-requis pour tout professionnel en santé responsable d'une équipe, en particulier les chefs de clinique assistants.

Ces formations ne préjugent pas des compétences réelles sur le terrain et devraient faire l'objet d'un renouvellement en formation continue et d'un feedback par les équipes.

En introduisant la formation au professionnalisme en santé dès le début des études, des compétences essentielles, comme les habiletés en communication, et le travail en équipes pluridisciplinaires, concernent tous les cycles de formations.

Propositions

➔ **Temps pédagogique pour les formateurs.**

Le temps attribué aux missions pédagogiques dans les CHU et en dehors des CHU, devra être mieux défini pour l'ensemble des formateurs en santé et ne pas être considéré comme une variable d'ajustement.

➔ **Enseignement et diversité des modalités d'exercices.**

Introduire/renforcer des enseignements en collaboration avec des **intervenants ayant des compétences en pédagogie et pouvant faire le lien avec la réalité du terrain, la « vraie vie »**, en dehors de la faculté et des instituts de formation.

1.3. COMMUNIQUER SUR LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT ET LES PARCOURS DE SOINS EXISTANTS

Dans toutes les formations en santé, lorsque cela n'est pas encore le cas, il y a **urgence à communiquer aux étudiants l'ensemble des dispositifs existants** pour leur venir en aide et auxquels ils peuvent avoir accès : facultaires ou intra-institut de formation, universitaires, plates-formes téléphoniques, aides par les pairs ...

Il s'agit de **répondre à la situation actuelle rapidement et de manière coordonnée**, en s'attachant à ce que les **messages transmis** soient adaptés pour être **entendus par tous les étudiants**, en particulier ceux en difficultés.

Une communication adaptée, sans stigmatiser ceux qui seraient en difficulté, ni surenchérir est essentielle.

*Utiliser les médias et les réseaux sociaux pour souligner la nécessité d'agir et l'urgence est compréhensible. En revanche, **sur-médiatiser les passages à l'acte sans compléter ces informations par celles concernant les soutiens en place ou en développement accentuerait la fragilité des étudiants en grande difficulté.***

Les actions vont bien au-delà d'un buzz médiatique, et des réseaux sociaux, qui pourraient se focaliser sur des interventions de prévention tertiaire. Ces dernières sont nécessaires mais ne peuvent résoudre à elles seules une situation qui exige une approche systémique de la situation. Il ne s'agit en aucun cas de favoriser la loi du silence, mais bien d'aider les étudiants, les futurs soignants, sans oublier les soignants en difficulté.

1.4. CREER OU FAIRE EVOLUER LES DISPOSITIFS D ACCOMPAGNEMENT

Dans chaque faculté en santé ou équivalent, dans un délai court, mettre en place ou développer en tenant compte des structures déjà en place, des dispositifs de soutien et d'accompagnement ouverts aux étudiants, avec la participation de **psychiatres ayant une connaissance des cursus** et de l'environnement spécifique des diverses formations en santé.

L'adaptation du dispositif et des intervenants est à prévoir en fonction des particularités locales.

➔ Première étape des objectifs ou complément des dispositifs existants

Mettre à la disposition des étudiants un **numéro de téléphone** et un **mail** transmis par la faculté (ou équivalent) s'engageant à:

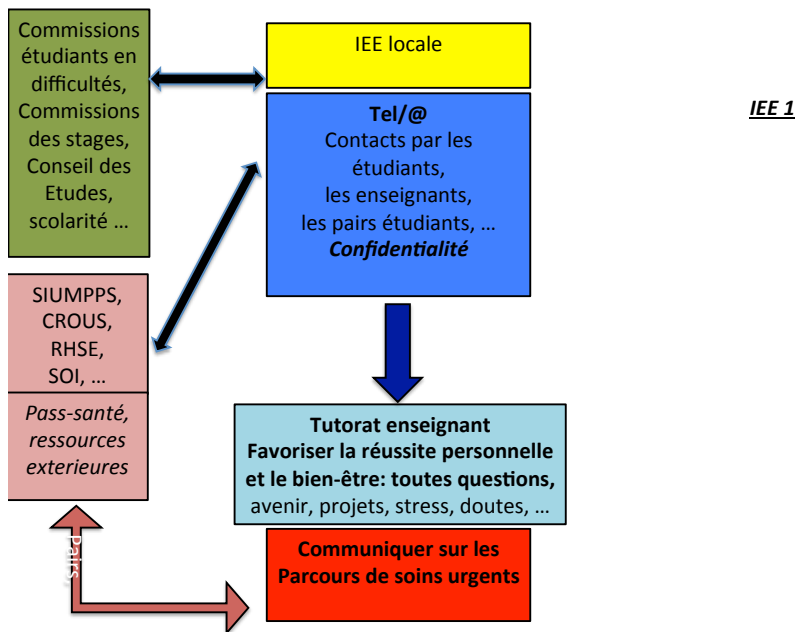
- **Recevoir les étudiants quelles que soient leurs questions, qu'ils soient ou non en difficulté**, sans imposer le tuteur enseignant,
- Gérer les demandes de manière **confidentielle** vis à vis des instances de décision de la formation*,
- Avoir une **politique de communication** adaptée, diversifiée et répétée, avec un accès direct aux étudiants, regroupant l'ensemble des informations sur les dispositifs existants,
Rq : Le dispositif sera rattaché directement au Doyen, ou équivalent directeur de la formation.
- **Identifier un groupe d'enseignants « leaders » en pédagogie** motivés et mandatés pour s'occuper de ces dispositifs.

**Cela pourrait nécessiter d'avoir accès à un tuteur issu d'une autre formation.*

➔ Circuit court psychiatrique ou psychologique de crise

Identifier/proposer un circuit court psychiatrique en fonction des spécificités locales, ou un circuit psychologique ayant des compétences en évaluation des situations de crises, permettant d'adresser un étudiant vers un parcours de soins adapté en cas de troubles psychiatriques, (idées suicidaires ...).

Schéma 2 : Interface-Enseignants-Etudiants (1)



→ Planifier de compléter le dispositif

Planifier de compléter la mise en place du dispositif d'accompagnement et de soutien par des interventions psycho-neuro-pédagogiques, de prévention et de développement de compétences transdisciplinaires (paragraphe 2.)

→ PACES

Pour les étudiants de PACES, les interventions devront être adaptées en tenant compte des contraintes liées au Concours et en développant des interventions spécifiques (aides à l'orientation, sensibilisation du tutorat étudiant etc).

2. COMPETENCES TRANSDISCIPLINAIRES ET RISQUES PSYCHOSOCIAUX

- | | |
|-----------|---|
| 3 | Prévention des risques psychosociaux par les COMPETENCES TRANSDISCIPLINAIRES : EMPOWERMENT |
| 4. | Créer des CENTRES REGIONAUX D'ACCOMPAGNEMENT pour les internes |

Les étudiants doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement et de soutien tout au long de leurs études. Cet accompagnement va de pair avec le développement de compétences transdisciplinaires et du professionnalisme attendu chez les futurs soignants. Il ne s'agit pas de promouvoir un modèle unique, mais de rendre compte des retours des expériences du terrain de type bottom-up, avec une

porte d'entrée la plus large possible sans préjuger des problèmes, en développant et complétant les dispositifs existants.

Il faudra veiller à ne pas multiplier les tutorats ou référents enseignants.

2.1. COMPLÉTER LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT DES ETUDIANTS

Dans un délai court, il faut proposer des dispositifs de soutien et d'accompagnement englobant et dépassant les seules aides aux étudiants en échec académique grave ou souffrant de troubles psychiatriques.

L'organisation de ces dispositifs pourrait se faire en fonction des possibilités locales, en impliquant les représentants des étudiants, la scolarité, et en se coordonnant avec les services de médecine préventive, la médecine de santé au travail, les CROUS

L'accès à ces dispositifs devrait être proposé à tous les étudiants en Santé, en tenant compte des particularités locales et des formations.

La mise en place de formations spécifiques pour les enseignants devrait accélérer le processus (voir CNA).

*Les étudiants et internes en difficulté ne sont **pas toujours conscients de ces difficultés et/ou ont peur de la stigmatisation, des répercussions** sur leur formation et des conséquences sur leur carrière. Leur ouvrir largement la porte, donner accès à un « **guichet unique** » sans imposer le choix du tuteur enseignant, permet de faciliter la démarche de ceux en souffrance, d'autant que leurs **difficultés peuvent interférer avec leurs capacités à identifier les aides** qui leur seraient utiles.*

L'objectif est de donner des outils profitables à tous et de prévenir les risques psychosociaux.

*Il sera impératif de **lutter contre la stigmatisation** et d'effacer l'image répandue mais erronée qui consiste à penser que les étudiants en difficulté sont ceux en échec pédagogique, souvent qualifiés de « fragiles » et qui présenteraient des troubles psychiatriques, contrairement aux autres.*

Tous les étudiants peuvent être en souffrance psychologique, même ceux ayant des résultats académiques brillants.

Les étudiants doivent pouvoir être accueillis par un tuteur enseignant pour de simples conseils concernant leur cursus, ou la gestion de leur vie quotidienne, qu'ils soient brillants ou en échec académique : là est le rôle d'une interface enseignants-étudiants.

Les facultés et instituts de formation qui proposent déjà des commissions pour les étudiants en échec, pourraient faire évoluer et/ou compléter leur dispositif vers des structures de type interface enseignants-étudiants.

➔ **Interventions du dispositif de soutien et d'accompagnement : Interface Enseignant-Etudiant (schéma 3):**

En prévention primaire : en individuel et en groupes

- Aider au projet professionnel, à l'orientation et à la réorientation, à la motivation,
- Développer des stratégies d'auto-apprentissage utiles tout au long de la vie, incluant l'aide à la motivation, les méthodes d'apprentissage, la gestion du temps de travail, le sommeil, les habiletés en communication, la gestion du stress et la prévention des risques psychosociaux, ...
- Sensibiliser aux comportements inadaptés incluant le harcèlement (en collaboration avec les autres interventions et dispositifs),

- Réunir les étudiants pour leur permettre de transmettre leurs difficultés et propositions,
- Proposer un forum des métiers et des carrières contextualisé selon les formations.
Il s'agira pour les étudiants de rencontrer des professionnels afin d'échanger sur les différents modes d'exercices, la vie quotidienne des soignants, les formations envisageables en 3eme cycle et/ou après la diplomation, ...

- Etc ..

Les interventions proposées dans l'aide à la gestion du stress devraient être variées, sans dogmatisme et en diversifiant les approches.

En prévention secondaire : en individuel et en groupes.

- Apporter un soutien psychologique et psychiatrique contextualisé aux études en Santé, avec des professionnels **connaissant les cursus, présents sur les lieux de formation**, et compétents dans le domaine de la santé mentale des jeunes adultes.
- Apporter une aide spécifique aux étudiants identifiés comme étant à risque de difficulté: étudiants passerelliens, redoublants ...
- Apporter de l'aide aux collègues et responsables de stage identifiant un étudiant en difficulté,
- Etc ...

En prévention tertiaire.

- Evaluer les situations d'échec académique sans préjuger des causes.
Il est nécessaire qu'une partie de l'évaluation se fasse de manière confidentielle par rapport aux responsables des commissions d'enseignement, dans une Interface-Etudiant-Enseignant, afin d'évaluer la situation en minimisant les réticences des étudiants. Le retour vers les responsables des commissions se fera si besoin, mais avec l'accord des étudiants.
- Apporter un soutien pédagogique aux étudiants en échec ou en difficulté académique (tutorat spécifique ...).
- Si une intervention psychiatrique est nécessaire, voire un suivi, les parcours de soins sont à envisager en fonction des particularités locales.

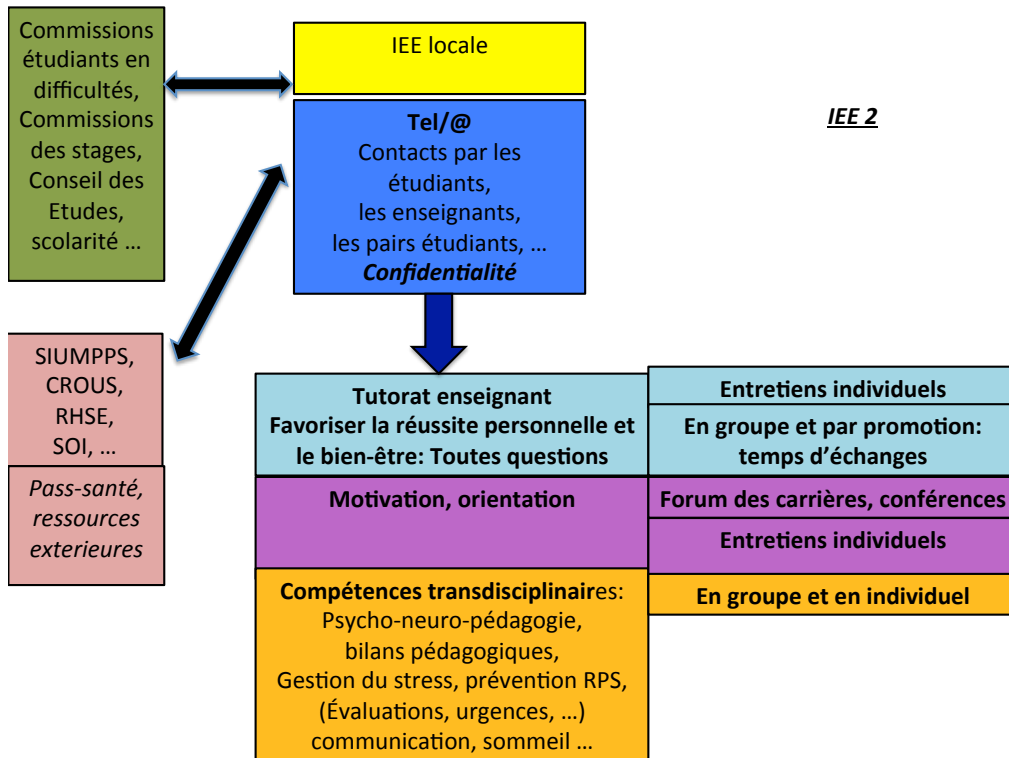
Idéalement le suivi psychiatrique ou psychologique (prévention tertiaire), devrait se faire à distance du lieu de formation. Toutefois, cela n'est pas toujours possible.

*Lorsque l'IEE inclut la prévention tertiaire psychologique ou psychiatrique, une attention particulière devra être portée **au secret médical** vis à vis des instances pédagogiques.*

Si l'étudiant est suivi en dehors des dispositifs d'IEE, les psychiatres ou psychologues du dispositif auront un rôle essentiel d'intervenants pouvant aider l'étudiant dans la suite de son cursus, tout en respectant la confidentialité souhaitée par l'étudiant.

Ces recommandations s'appliquent également aux situations où les problèmes des étudiants relèvent d'une pathologie somatique.

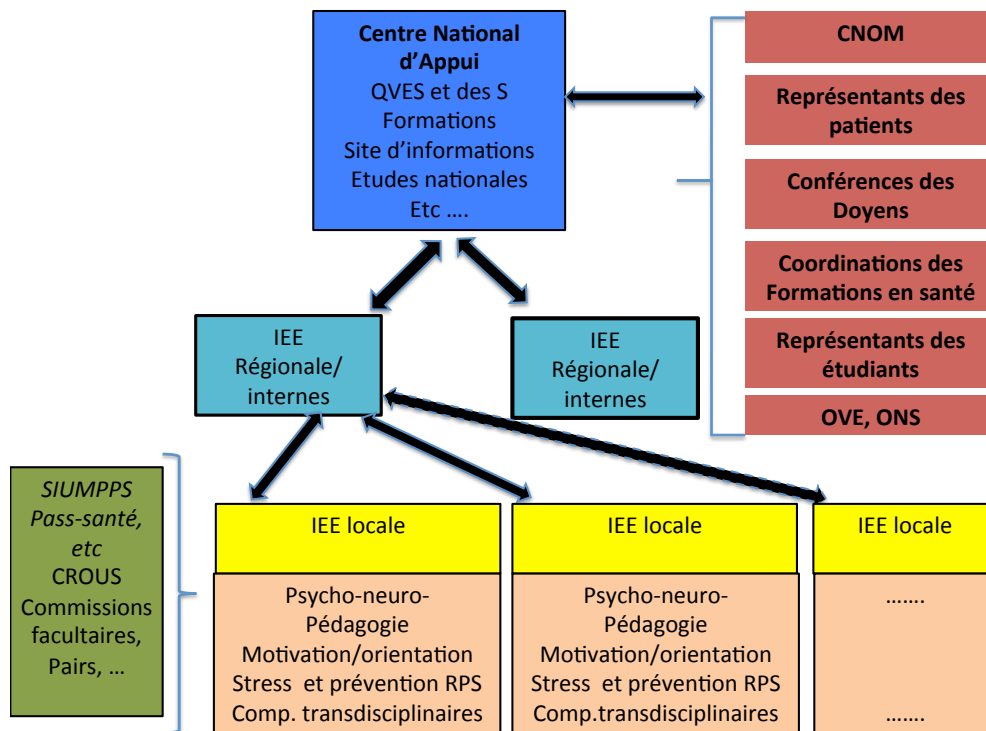
Schéma 3 : Interface-Enseignants-Etudiants (2)



2.2. CENTRES REGIONAUX D'ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUES AUX INTERNES (annexe 5)

- Pour répondre aux spécificités des internes (mobilité entre hôpitaux, droit au remord, ...) des dispositifs d'accompagnement régionaux pourraient être proposés en lien avec les coordonnateurs, les dispositifs facultaires, les aides par les pairs,
- Pour les internes en grandes difficultés, en parallèle de l'accompagnement proposé dans les centres, des commissions régionales pluridisciplinaires auraient pour rôle de statuer sur leur projet professionnel.

Schéma 4 : CNA et dispositifs d'accompagnement



3. PREVENIR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX PAR UN RENFORCEMENT DE L'ETAYAGE PEDAGOGIQUE

5 Prévenir les risques psychosociaux par l'étayage en STAGE et le PROFESSIONNALISME
Lecture critique du numérique

6 Prévenir les risques psychosociaux par des interventions PEDAGOGIQUES sur les PROGRAMMES et les METHODES

3.1. ETAYAGE EN STAGES ET PROFESSIONNALISME

→ Les stages

- Accompagnement pédagogique en stage et progressivité

Tous les étudiants en santé devraient bénéficier d'un encadrement pédagogique en stage, en tenant compte des difficultés rencontrées dans leur quotidien professionnel par les soignants seniors.

La mise en contact avec des lieux de stage reconnus comme étant émotionnellement difficiles devrait se faire progressivement, en évitant la première année ces lieux de stage (par ex : lieux de

soins où de nombreux patients sont en fin de vie). Pour les autres années du cursus, aménager un temps d'échanges dans les situations difficiles.

- Objectifs de stages et enseignant référent

Définir les objectifs des stages et désigner nommément un enseignant référent pour les étudiants sur le lieu de stage, en précisant son mandat, notamment celui de faire un **feedback pédagogiquement constructif** aux étudiants et d'avoir été formé à l'encadrement d'étudiants.

-Rétroaction des lieux de stage

Les étudiants doivent pouvoir faire une rétroaction de leur stage, et être informés des suites données à leur rétroaction, tout en maintenant la confidentialité nécessaire pour l'étudiant dans ces situations.

Les responsables de stage doivent pouvoir avoir un « droit de réponse » et apporter les adaptations nécessaires pour continuer à accueillir les étudiants.

➔ Le professionnalisme

Favoriser le développement du professionnalisme dès le début des études :

- Sensibiliser à la **responsabilité sociale des facultés de médecine**, concept totalement méconnu des étudiants,
- Former à l'**esprit critique au-delà de la lecture critique d'articles : sciences humaines et sociales, « lecture critique du numérique », confidentialité**, etc...
- Initier les étudiants au **travail collectif et à la pluridisciplinarité** (UE communes ..), **lutter contre la stigmatisation** entre soignants et entre étudiants, **favoriser le vivre ensemble**,
- Sensibiliser à l'intérêt d'un comportement exemplaire et de propos respectueux, avec les patients et les aidants, et entre soignants.

La place du professionnalisme dans les études en santé se fait actuellement principalement sous la forme de cours, TD ou simulation sur les relations médecins-patients, et en éthique clinique, surtout dans le 1^{er} cycle. Le développement du professionnalisme en termes de comportement est un concept essentiel et pourtant peu abordé lors des études de premier et de second cycle, voire en troisième cycle. Sans être moraliste, il est important de sensibiliser à un comportement exemplaire dès le début d'une formation en santé.

3.2. INTERVENIR SUR LES PROGRAMMES ET LES METHODES

Il s'agira de redonner ou de veiller à garder du sens aux formations, en s'éloignant pour les étudiants en médecine du tout ECN, tout en revenant aux bases de la pédagogie.

La réforme proposée du 2^{ème} cycle des études médicales devrait y contribuer et un certain nombre de recommandations de la réforme du second cycle font écho à ces recommandations.

D'autres réformes des études de santé sont en cours.

➔ Les méthodes

- Former à la « **Lecture critique du numérique** »

Veiller à un étayage pédagogique dans les enseignements utilisant des outils numériques.

Introduire une « lecture critique du numérique » dans les enseignements : sensibiliser à l'utilisation et à la législation des médias et réseaux sociaux pour un futur soignant, secret médical et réseaux, gestion des données, utilisation du big data, gestion de la diffusion des informations personnelles et professionnelles, ...

Toutes les personnes auditionnées ont souligné la rapidité de l'évolution sociétale à partir du développement des nouvelles technologies. L'impact du numérique sur la société est un phénomène majeur. Plusieurs articles commencent à souligner les effets négatifs du numérique sur les soignants et le système de soins. Il s'agit d'un phénomène international qui s'est développé en parallèle de la recherche d'une « rentabilité » quantitative du système de soin.

Les internes sont particulièrement exposés lors de leur prise de fonctions aux conséquences de l'utilisation du numérique dans le système de soins.

Sur le plan des enseignements, pour tous les cycles, l'accompagnement nécessaire à l'apprentissage avec des outils numériques n'est pas toujours adapté ni même envisagé au-delà de l'aptitude technique à utiliser les fonctionnalités des applications et logiciels.

- Progressivité

Veiller à une progressivité dans l'apprentissage, à un programme centré sur le patient et sur un corpus de connaissances fondamentales en médecine, en lien avec le cycle suivant.

- Travail collectif

Introduire l'apprentissage au **travail collectif et pluridisciplinaire dès le 1^{er} cycle** et favoriser les échanges entre les différentes années de formation.

Participer à la « déconstruction » de l'isolement et des volets négatifs de l'esprit de compétition introduit par la PACES.

Ces travaux pourraient aboutir à une présentation commune, à des échanges autour des connaissances essentielles ou des découvertes récentes dans les différentes formations etc

- Evaluations formatives

Introduire des évaluations formatives, sans multiplier, voire en réduisant, les évaluations sanctionnantes classantes et les concours blancs.

Sanctuariser des périodes, sans examen classant ou sanctionnant.

➔ Programme

- Nombre d'heures de travail personnel

Un programme pédagogique devrait comporter non seulement le nombre d'heures d'enseignement mais également le nombre d'heures de travail personnel nécessaire, pour chaque UE et pour l'ensemble d'un programme, et que cela soit compatible avec une **vie personnelle**.

Veiller à l'application réelle du repos de sécurité post-gardes et au temps de formation des internes.

- Personnalisation du parcours

Permettre une personnalisation du parcours, quel que soit le niveau de formation et la formation même si certaines formations s'y prêtent moins, notamment par des **UE optionnelles**

diversifiées et en favorisant une orientation progressive.

Renforcer/développer l'enseignement de l'analyse critique des situations cliniques et des **sciences humaines et sociales.**

Introduire ou renforcer :

- Les enseignements en Sciences humaines en lien avec les milieux soignants et également dans des disciplines sans lien direct avec ces milieux,
- La formation en sciences humaines et sociales des enseignants soignants,
- Des UE optionnelles sur les sciences économiques, le numérique, l'informatique, la e-santé, l'ingénierie robotique, l'écologie, la philosophie, la sociologie,

- Master ou licence en santé et orientation

Aider à une **orientation progressive** en incitant à une position réflexive tout au long de l'avancement du cursus, sans imposer des échéances décisionnelles trop rapides.

Contribuer à la connaissance des différentes modalités d'exercices.

Créer en médecine un **équivalent de master et licence en sciences en Santé** après avoir identifié les métiers accessibles à l'issue de ces formations.

Une attention particulière devra se porter sur la mise en place et le suivi de ces passerelles de sortie, afin qu'elles ne deviennent pas une variable d'ajustement « voie de garage », pour les cursus engendrant une souffrance ou un désintérêt.

*En médecine, la filiarisation du choix de spécialités en post-ECN doit se faire avec une part de **flexibilité** dans les changements. Le droit au remord pour les internes devrait s'assouplir, notamment quant aux délais à respecter pour en bénéficier.*

Une aide aux réorientations quel que soit le cycle devrait se mettre en place, y compris pour les médecins seniors en collaboration avec les structures compétentes.

- Progressivité dans la prise de responsabilité

Introduire des enseignements sur la prévention des erreurs par les soignants dans le cursus médical, dès la fin de second cycle.

En collaboration avec les IEE, mettre en place un feedback et un accompagnement pour les étudiants en santé.

Débuter la prescription des actes simples en fin de second cycle.

- APS (activités physiques et sportives)

Introduire la prescription des APS dans l'enseignement du second cycle.

Favoriser la pratique d'APS, en soulignant l'ensemble des bénéfices sur le plan individuel, les effets bénéfiques sur le stress, contre l'isolement et l'aide au développement de valeurs collectives pour certaines APS.

Il ne s'agit pas d'obliger des étudiants à pratiquer des APS, mais de les inciter à pratiquer une APS, et d'en favoriser la pratique ou de la reprendre alors qu'elles ont souvent été arrêtées lors des concours d'entrée dans les formations en santé (temps, collaboration avec les DAPS ...).

*A long terme, il s'agira également de faciliter la prescription d'APS pour les patients, **enjeu majeur de santé publique.***

3.3. La PACES

7

EN PACES :

Renforcer l'étayage PEDAGOGIQUE, renforcer le COLLECTIF

➔ **Renforcer les liens sociaux et l'étayage pédagogique en PACES.**

Lutter contre l'isolement

- En introduisant/renforçant des travaux collectifs dès la PACES (enseignement obligatoire sans évaluation ou avec une évaluation formative, non classante).
- Par le soutien aux activités du tutorat étudiant.
Sensibiliser les tuteurs étudiants aux limites et risques des soutiens par les pairs, pour protéger les tuteurs et leurs filleuls, leur apporter une formation de niveau 1 (sensibilisation) sur les risques psychosociaux.
- Renforcer la présence des enseignants et **l'étayage pédagogique** en l'adaptant au nombre d'étudiants.
- **Prévoir un retour** sur les difficultés rencontrées par les **étudiants et les enseignants** dans les **expérimentations PACES** en cours, **au fur et à mesure de l'année** afin de pouvoir prendre les mesures qui seraient nécessaires rapidement,
- Proposer des **interventions de prévention primaire**, en dehors du programme du concours, incluant la sensibilisation à la gestion du stress et de l'année de PACES, et à l'information sur les ressources, en particulier, médico-psychologiques accessibles:
Les recommandations concernant la PACES interviennent dans le contexte des expérimentations en cours. Il n'est pas évident que ces alternatives réduisent le niveau de stress des étudiants en PACES. Les réactions aux informations concernant l'absence de redoublement en sont le témoin. En fonction du bilan de ces expérimentations, toutes les hypothèses qui n'auraient pas été envisagées devraient l'être, y compris la sélection à l'entrée en PACES.

4. LUTTER CONTRE LE HARCELEMENT

8

LUTTER contre le HARCELEMENT :

Créer des comités ou bureaux d'intervention contre le HARCELEMENT

« EMPOWERMENT » des étudiants pendant leur cursus :

SIMULATION et Sensibilisation

➔ **Dispositif ou bureau d'intervention contre le harcèlement**

En coordination avec les autres dispositifs existants, mettre en place un dispositif de lutte contre le harcèlement dans chaque université, ouvert à l'ensemble des formations en santé, qu'elles soient ou non universitarisées avec pour mission :

- Accompagner les victimes,
- Informer sur le plan juridique,
- Proposer des campagnes de prévention,
- Former les étudiants et les enseignants.

→ **Simulation relationnelle**

Introduire dans les enseignements de simulations relationnelles **une sensibilisation aux comportements déviants et au harcèlement.**

→ **Communiquer**

Veiller à transmettre régulièrement **l'absence de tolérance sur le harcèlement par l'institution** et les aides possibles.

5. PARCOURS D'INTERVENTIONS ET DE SOINS : Propositions

9	Médecine préventive universitaire et Médecine de Santé au travail : COORDINATION et COMPLEMENTARITE des approches.
10	Pour les étudiants : PASS SANTE pour un accès aux soins en libéral Réseaux de SOINS AUX SOIGNANTS

Les parcours d'interventions et de soins nécessaires au développement et au maintien de la qualité de vie des étudiants en santé, reposent à la fois sur des parcours d'interventions pédagogiques et sur des parcours de soins.

Ils doivent tenir compte de la nécessité de proposer des interventions pour de jeunes adultes, coordonnées, primaires à tertiaires, individuelles et de groupes et d'une connaissance des cursus et des lieux de formations pour de jeunes adultes en développement.

Une approche purement médicale ou purement psychologique des risques psychosociaux sans la contextualiser dans le système de formation et de soins n'est pas adaptée aux étudiants.

→ **MEDECINE DE SANTE AU TRAVAIL**

Les difficultés traversées par la médecine de Santé au travail sont réelles et multiples : non-attractivité en termes d'image, postes d'internes et de praticiens non pourvus, et pyramide des âges qui ancre la problématique sur plusieurs années.

Une approche psycho-neuro-pédagogique de développement des compétences transdisciplinaires incluant la prévention des risques psycho-sociaux des jeunes en formation, notamment du 1^{er} et 2^{eme} cycle, ne relève pas en priorité des compétences attendues de la médecine de santé au travail.

Une approche médicalisée par la médecine de santé au travail ne répond pas, dans leur majorité, aux besoins des étudiants.

La place des équipes de médecine de santé au travail évoluera en fonction des domaines de compétences qui seront développés, notamment en ce qui concerne la prévention des risques psycho-sociaux, et des particularités locales.

Sur le plan individuel, en prévention tertiaire, les internes en arrêt maladie pourraient être tous reçus lors de la reprise.

La durée de l'arrêt de travail à partir de laquelle une visite de pré-reprise serait nécessaire pourrait être d'un mois, en tenant compte d'arrêts itératifs.

Dans le respect le plus strict du secret médical, les coordonnateurs, Doyens, responsables de formations en santé et dispositifs d'accompagnement des étudiants devraient être informés des difficultés interférant avec la poursuite du stage ou des études afin de proposer toutes les aides disponibles à l'interne.

En prévention primaire la médecine de santé au travail pourrait participer au développement de la recherche sur la qualité de vie des soignants, étudier et proposer des indicateurs de souffrance liés à la pathogénicité du milieu professionnel, en participant aux travaux du CNA.

Les interventions de prévention concernant la « seconde victime » à la suite d'un événement indésirable grave doivent se développer et être proposées à l'ensemble des étudiants en santé en lien avec les autres dispositifs.

➔ **MEDECINE PREVENTIVE UNIVERSITAIRE**

Les services de médecine préventive et les BAPU sont confrontés à une demande accrue. Les délais d'attente de rdv sont régulièrement importants. Les BAPU ne sont pas présents dans toutes les villes universitaires.

Médecine préventive universitaire et BAPU soulignent globalement une sous-utilisation de leurs services par les étudiants en Santé et les étudiants en médecine en particulier.

L'image de la visite médicale systématique de prévention souffre d'un manque d'attractivité.

Plusieurs facteurs y contribuent comme la distance vis à vis du lieu d'études (même lorsqu'elle est limitée), le manque de connaissance des cursus et des terrains de stage, la difficulté d'accès à des outils de gestion du stress diversifiés ou à des thérapies brèves, et pour certains, l'impossibilité de dispenser des soins somatiques.

Malgré leurs compétences sur le plan psychothérapeutique, tout comme pour la médecine de santé au travail, tous les étudiants ne relèvent pas d'une approche médicalisée ou psychologique décontextualisée du parcours de formation. Leur place dans le parcours de soins des étudiants varie en fonction des particularités locales et des dispositifs d'accompagnement.

Plusieurs facultés de médecine ont complété le parcours de soins de la médecine préventive universitaire par d'autres parcours.

Afin d'aider à répondre à l'évolution des besoins, les services de médecine préventive devraient évoluer, sur le plan somatique, pour ceux qui ne l'ont pas encore fait, vers des centres de santé.

Sur le plan psychologique et psychiatrique, il serait utile de :

- Veiller à un temps d'accueil en urgence pour l'ensemble des étudiants, avec pour objectif d'évaluer et d'orienter les étudiants en détresse si besoin vers une prise en charge adaptée,
- Introduire des modalités d'interventions psychologiques brèves diversifiées, tenant compte de l'évolution des demandes,
- Introduire un temps de présence de psychiatre, lorsque ce n'est pas le cas,
- Aider les étudiants en aménagements d'études et/ou handicapés à faire le lien avec les dispositifs utiles en 3eme cycle (centres régionaux du CNA, médecine de santé au travail ...).

→ PASS-SANTE

Faciliter par des aides financières (pass-santé) l'accès à un réseau de soins psychiatriques et psychologiques en libéral.

Il y a un réel manque d'adressage d'aval pour les suivis psychiatriques ou psychologiques tenant compte des limites financières des étudiants et de la nécessité de confidentialité par rapport à l'institution de formation.

→ Soins pour les soignants

Mettre en place un **groupe de travail** sur la possibilité de développer rapidement des circuits de soins pour les soignants en Santé, notamment sur le plan psychiatrique, avec pour objectif de :

- Recenser les dispositifs existant sur le plan national et les possibilités de développement d'un réseau de prise en charge ambulatoire, en libéral et en milieu hospitalier,
- Identifier un réseau de soignants souhaitant y participer, et de coût minimum de fonctionnement (gestion, orientation des professionnels), en impliquant des soignants universitaires, hospitaliers non universitaires et des libéraux, ...

→ Plateformes d'écoute professionnelles

Les plateformes d'écoute étaient en cours d'évolution lors de la rédaction de ce rapport. Certaines propositions-pourraient ne plus être adaptées.

Les plateformes téléphoniques sont une aide ponctuelle dans un moment de crise. Elles sont sans effet direct sur les causes du mal-être. Elles ne contribuent pas à l'évaluation de la situation individuelle du soignant en difficulté, si ce n'est en incitant lorsque cela est nécessaire à utiliser un parcours de soin.

*Les interventions de soutien pour les étudiants se doivent de rester dans un **cadre universitaire, sanctuarisées**, avec la protection nécessaire à des jeunes en cours de développement, à **distance de toute marchandisation et autres dérives**.*

Les plates-formes d'écoute professionnelle à vocation nationale, devraient répondre à un cahier des charges définissant leurs missions et leur fonctionnement sur un plan éthique et plus globalement leur professionnalisme :

- Constituer un comité de gestion d'experts en santé publique, en psychiatrie, en médecine de santé au travail, en médecine générale, avec des experts des soins aux soignants.
- Les objectifs du comité de gestion seraient de:
 - Définir des objectifs et modalités de fonctionnement centrés sur l'aide au moment de crise,
 - Identifier les dysfonctionnements,
 - Evaluer la pertinence des enquêtes,
 - Proposer un référentiel de compétences nécessaires pour les répondants,
 - Faire un bilan annuel qui serait analysé en collaboration avec le CNA,
 - Etablir une charte éthique (absence de dérive promotionnelle, maintien de la confidentialité, règle de non-adressage aux répondants de la plateforme....).

6. SUICIDE : Propositions

11

Faire que le SUICIDE des étudiants en Santé devienne l'un des objectifs prioritaires de l'Observatoire national du suicide.

Etude nationale sur le suicide des étudiants en santé et des soignants

➔ **Priorité de Observatoire national du suicide**

Faire en sorte que le suicide des jeunes étudiants en Santé devienne l'un des **objectifs prioritaires** de l'Observatoire national du suicide.

➔ **Etude sur le suicide**

Faire une **étude nationale** de psychiatrie épidémiologique répondant aux critères de l'EBM et assurant un réel anonymat des réponses, sur le suicide des étudiants et des soignants seniors, en coordination avec le centre national d'appui.

7. EQUITE ENTRE FORMATIONS EN SANTE

12

EQUITE entre formations en santé

➔ **Généraliser l'accès aux aides universitaires**

L'ensemble des formations en santé devrait pouvoir bénéficier des moyens proposés par l'université pour améliorer la qualité de vie des étudiants : RU, CROUS

Lorsque la distance entre les locaux universitaires ne le permet pas, des solutions de remplacement devraient être négociées, ce qui est déjà en cours dans plusieurs endroits.

La télémédecine ou des entretiens par vidéo-transmissions pourraient être expérimentés lorsque le service et le lieu s'y prêtent.

➔ **Développer les coordinations d'enseignants en santé**

Plusieurs étudiants de formations en santé différentes ont souligné le manque d'harmonisation des programmes sur le plan national.

Cette diversification des contenus de formations impacte la validité des diplômes lors de la recherche d'un emploi.

➔ **Coût des études**

A niveaux ou missions équivalentes en stage, tous les étudiants devraient pouvoir bénéficier d'une même rémunération ou indemnisation.

Mettre effectivement en place une centralisation de la gestion des bourses.

Des aides financières aux étudiants passerelliens en difficulté sont à envisager.

Adapter l'organisation des concours d'entrée dans les formations en santé afin d'en limiter les frais et publier l'intégralité des résultats simultanément.

8. AUTRES PROPOSITIONS

→ CCA

Les chefs de cliniques assistants ne sont plus étudiants. Ils ne sont pas statutaires. Il n'en demeure pas moins qu'ils doivent bénéficier d'un accompagnement adapté.

→ Grossesse

Aider à l'aménagement des stages (nombre de gardes, distance, ...) pour les étudiantes enceintes et lors du stage de reprise, même en l'absence de grossesse pathologique, pour tous les cycles de la formation.

→ HCERES (Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur)

L'HCERES devrait inclure dans son référentiel d'évaluation du domaine 4 (réussite des étudiants), «aide à la réussite et vie étudiante », la nécessité de développer différents niveaux d'interventions (primaires à tertiaires), coordonnés, sur un plan individuel et pour l'ensemble des promotions.

Des dispositifs de lutte contre le harcèlement seront clairement identifiés (comités contre le harcèlement, IEE, médiateurs etc).

Une politique de communication efficace accompagnera ces dispositifs.

Les parcours permettant l'accès aux soins psychologiques, psychiatriques et aux soins somatiques, doivent être clairement identifiés, en particulier dans le cadre de l'urgence.

Annexes

Annexe 1 :

Lettre de mission, liste des personnes auditionnées et remerciements

Annexe 2 :

Questions destinées à guider l'audition de la commission des Vice-doyens en pédagogie pour la mission Qualité de vie des étudiants en Santé

Annexe 3 :

Questions destinées à guider les auditions et les contributions des représentants d'étudiants

Annexe 4 :

BIPE (Bureau-Interface-Professeurs-Etudiants)

Annexe 5 :

Centre régional d'accompagnement pour les internes

Annexe 6 :

Bibliographie

Annexe 1
Lettre de mission



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Les Ministres

Paris, le 31.7.2017

Docteur,

La prise en compte de la pression et du stress ainsi que les conditions dans lesquelles se déroulent le cursus de la formation et la préparation de l'orientation professionnelle des étudiants en santé sont des problématiques importantes, devenues de plus en plus prégnantes, qui doivent faire l'objet d'une vigilance particulière. Les enquêtes et témoignages se sont multipliés au cours de ces derniers mois pour mettre en évidence les incidences sur le plan du bien-être étudiant, mais également de la santé mentale de ces futurs professionnels, que les processus de formation théorique et en stage, de validation des connaissances et de préparation au projet professionnel soient susceptibles d'occasionner.

Les deux Ministres de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, et de Solidarités et de la Santé, entendent prendre en compte les constats et les signaux récemment exprimés et ouvrir une concertation avec les représentants du monde étudiant des formations en santé ainsi qu'avec les acteurs institutionnels les plus directement concernés (les représentants de universités et des instituts de formation paramédicaux notamment) afin de renforcer la prise en compte de ces problématiques tout au long des cursus de formation.

Aussi, il vous est en particulier demandé :

- d'identifier la spécificité des risques auxquels ces étudiants sont confrontés dans le cadre de leur parcours de formation, en particulier lors de la réalisation des stages : confrontation avec le patient et son entourage, à la maladie, à la souffrance voire à la mort ; intégration dans les équipes ; découverte de la réalité liée à l'exercice futur de la profession, de contraintes administratives et financières par exemple qui y sont associées ;
- d'identifier les étapes du parcours étudiant posant des problèmes particuliers, notamment l'admission, l'orientation, la mise en responsabilité, la diplomation, ainsi que les pratiques pédagogiques constituant des facteurs de risque ou de protection ;

.../...

Docteur Donata MARRA
Présidente
Bureau d'interface professeurs étudiants
Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
91-105, Boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS

- de formuler des préconisations de nature à améliorer la prise en compte de ces facteurs de risque tout au long de la formation, et à assurer une continuité dans le suivi, en dépit de la succession des séquences qui amènent les étudiants à être successivement affectés dans un nombre important de structures.

Il convient ainsi de préciser le rôle des différents acteurs, en particulier :

- le Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPS) dont dépendent tous les étudiants (quel que soit leur statut et leur discipline) ou le service équivalent pour les étudiants qui ne sont pas formés dans une université, le Service de santé au travail du centre hospitalier de rattachement pour les étudiants ayant la qualité d'agents publics et le Service de santé au travail de la personne auprès de laquelle les étudiants effectuent un stage ;
- mais aussi celui de l'université ou de l'institut de formation et de l'employeur principal.

Vous pourrez compter sur l'appui des services des deux Ministères afin de mener à bien vos travaux.

Vous nous communiquerez un rapport d'étape d'ici à la mi-octobre 2017 au plus tard et vous rendrez vos analyses et préconisations définitives pour la mi-décembre 2017.

Nous vous prions de croire, Docteur, en l'assurance de notre considération distinguée.

Frédérique VIDAL

Agnès BUZYN

Remerciements et Auditions

Remerciements

A l'ensemble des personnes auditionnées et à tous ceux
qui directement ou indirectement ont contribué à cette mission, ainsi qu'à

- M. le Pr Bertrand Diquet, pharmacologie toxicologie et Centre de pharmacovigilance, CHU d'Angers, président du SNHU, Syndicat National des Hospitalo-Universitaires
- M. le Pr Emmanuel Fournier, département d'enseignement en Ethique de la Faculté de médecine Sorbonne Université, membre du Bureau du BIPE
- Mme le Pr Pascale Pradat, Médecine physique et de réadaptation, CHU Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université, membre du bureau du BIPE
- Mme le Dr Claire Vaylet, Médecine nucléaire, CHU Saint-Antoine et Tenon, Sorbonne Université, membre du bureau du BIPE
- Mme Véronique Lestang-Prechac, déléguée administrative, département d'évaluation des établissements, département d'évaluation des coordinations territoriales, HCERES
- M. le Dr Ariel Frajerman interne en psychiatrie.
- Mme Véronique Ghadi, chef de projet HAS, Haute Autorité de Santé

Auditions

- M. Mathias Albertone, sous direction ressources humaines en santé, DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)
- ANdEP, Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramedicales, Mme Florence Girard, Présidente, directrice IFSI-IFAS (Institut de formation en soins infirmiers et aides-soignants des centres hospitaliers)
- ANEMF, Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
- ANEO, Association Nationale des étudiants en Orthoptie
- ANEP, Association Nationale des Etudiants en Psychomotricité
- ANEPF, Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France
- ANESF, Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes
- M. Jean Olivier Arnaud, directeur général Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, responsable de la Commission des affaires médicales de la Conférence des directeurs généraux de CHU
- M. le Dr Toré Balkan, médecin chef, clinique Dupré, Fondation Santé des étudiants de France
- M. Thierry Barrière, Directeur du service des sports, Université Paris Diderot
- M. Feres Belghith, Directeur de l'Observatoire National de la Vie Etudiante
- Mme Julie Belleil, présidente du réseau des responsables vie étudiante (R2VE)
- Mme le Dr Lydia Bensefa-Colas, coordinatrice de la médecine de Santé au travail de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
- M. le Pr Gilles Bertshy, psychiatre, Strasbourg
- M. le Dr Patrick Bouet, Président du Conseil National de l'Ordre des médecins
- M. le Dr Bruno Boyer, Président de la Commission jeunes médecins du CNOM
- M. le Pr Eric Bruillard, directeur du laboratoire STEF (Sciences techniques, éducation, formation), ENS Paris Saclay, ENS Lyon, IFE
- CEFIEC, Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres Martine, Mme Martine Sommelette, Présidente

- Mme Isabelle Chavignaud, infirmière coordinatrice, Mission FIDES, Prévention des addictions pour le personnel de l'APHP Paris
- CNEMA, Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique, Mme Lecointe, Présidente, Mme Morin chargée de communication
- M. le Pr Philippe Colombat, ancien chef de service en soins palliatif Tours
- Mme Fabienne Corre, chargée de mission Handicap, DGESIP, sous-direction de l'égalité des chances et de la vie étudiante
- CNOUS (Centre National des Œuvres Universitaires et Scolaires) : Mr. Olivier Bardou, Mme Marie Message, M. Florian Prussak
- M. le Pr Edouard Couty, Médiateur National
- M. le Pr Bertrand Diquet, pharmacologie toxicologie et centre de pharmacovigilance, CHU et faculté de Santé d'Angers, Président du SNHU (Syndicat National des Hospitalo-Universitaires)
- Mme Magali Eymery, DGOS, mission qualité de vie au travail des professionnels de santé
- M. le Pr Jean-Luc Dubois-Randé, ancien Doyen de Créteil et ancien Président de la Conférence des Doyens de médecine
- Mme le Pr Martine Duclos, médecine du sport, Présidente du comité scientifique de l'observatoire national de l'activité physique et sédentarité, Clermont Ferrand, Société française de médecine du sport
- FAGE (Fédération des Associations Générales Etudiantes)
- M. le Pr Bruno Falissard, psychiatre, biostatisticien, Pr de santé publique, Directeur du CESP/INSERM U1018 (Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations), Maison de Solenn, Paris, Président de l' IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions)
- Mme le Pr Géraldine Falgarone, rhumatologie, Vice-doyenne, faculté de Médecine Paris 13
- M. le Pr Olivier Farges, chirurgien, Hôpital Beaujon, APHP, Vice-président du CNCM (Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine)
- FNEK : Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie
- FNEO, Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie
- FNESI, Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers
- FNSIP-BM, Fédération Nationale des Syndicats d'internes en Pharmacie et en Biologie Médicale
- M. le Pr Olivier Fourcadet, enseignant, département du management ESSEC (Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales), Paris
- M. le Pr Emmanuel Fournier, Responsable du département d'enseignement d'Ethique de Sorbonne-Université-Paris 6, membre du bureau du BIPE
- M. le Pr Rémi Gagnayre, médecin et Professeur en Sciences de l'éducation, Directeur laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS), Université Paris13-Sorbonne Paris Cité
- M. le Pr Eric Galam, médecin généraliste, Paris Diderot-Paris 7, AAPML (Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux)
- M. le Pr Laurent Gerbaud, président de l'ADSSU (Association des directeurs de service de santé universitaire), Service de Santé Publique, Service de Santé Universitaire, CHU de Clermont-Ferrand
- Mme le Pr Bénédicte Gohier, pédopsychiatre, CHU d'Angers
- Mme le Dr Leslie Grichy, SOS SHIPS, psychiatre, CHU Louis Mourier, APHP
- M. le Pr Olivier Guillin, psychiatre, CHU de Rouen

- M. le Pr Patrick Hardy, référent psychiatre de SOS SHIP, CHU Le Kremlin Bicêtre
- M. le Dr Eric Henry, président de SPS, Mme Catherine Cornibert, chargée de communication, association SPS, soins aux professionnels en santé
- M. le Pr Serge Herson, Médiateur de l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris
- M. le Pr Norbert Ifrah, Président de l'INCA (Institut National du Cancer)
- ISNAR-IMG (Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale)
- ISNCCA, Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistant des hôpitaux de villes de facultés
- ISNI, Inter Syndicale Nationale des Internes
- M. le Dr Roland Krzentowski, médecin du sport, Clinic pro-sport, Paris
- M. le Pr Francois Lemoine, conseiller recherche et enseignement, DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)
- M. le Pr Nicolas Lerolle, anesthésie-réanimation, Doyen, CHU d'Angers
- M. le Pr Pierre Lombrail, ancien Président de la Société française de Santé Publique, Paris, directeur adjoint du Laboratoire Educations et pratiques de santé EA 3412, responsable de la mention de Master Santé Publique de l'Université Paris 13, Président du comité éducation thérapeutique de l'AP-HP, président du comité de pilotage de l'IRESP Ile de France
- M. le Dr Jean-Christophe Maccotta, Psychiatre - Responsable du pôle étudiant, Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte, Institut Mutualiste Montsouris
- M. le Pr Daniel Marcelli, pédopsychiatre, ancien chef de service, CHU de Poitiers
- Mme Clotilde Marseault, chargée de mission, Commission Vie Etudiante et Vie de Campus, CPU (Conférence de Présidents d'Université)
- M. le Pr Benoît Meyronin, Directeur marketing et développement, Grenoble. Ecole de management, Université de Nice-Sophia Antipolis
- Mme le Pr Virginie Migeot, Santé Publique, CHU de Poitiers, responsable du dispositif de soutien COMe'IN
- M. le Pr Luc Mouthon, Médecine interne CHU Cochin, APHP, Président du CNCSEM, (Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine)
- M. le Pr Bernard Muller et le bureau de la conférence des Doyens de pharmacie
- Mme le Pr Bach-Nga Pham, Immunologie, Doyenne de Reims
- Mme Hélène Oppetit, chef du département Ressources, Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités, DOMU- APHP, Paris
- Mme le Dr Marie Laure Paillère, pédopsychiatre, Maison des Adolescents, CHU Cochin, Paris
- M. le Pr Olivier Palombi, neurochirurgie, responsable national de la plateforme SIDE_Sante. Chargé de mission Numérique, Conférence des Doyens, CHU de Grenoble, Rhône-Alpes
- Mme le Pr Catherine Passirani, Chimie générale, UFR Santé - Responsable PluriPASS, Inserm U1066 / CNRS 6021
- M. Frédéric Pasquet, orthophoniste, maître de conférences en Sciences du Langage, Directeur pédagogique du département d'orthophonie, UFR Santé, Université de Rouen
- M. le Dr Mathieu Peycelon, chirurgien, secrétaire général du ISNCCA
- M. le Pr. Benoît Plaud, Président du Collège National des enseignants d'anesthésie-réanimation, coordonnateur de l'anesthésie du GH, COMUE Sorbonne Paris Cité, Université Paris-Diderot et APHP, anesthésie-réanimation chirurgicale, Hôpital Saint-Louis, Paris
- SIHP, Syndicat des internes des hôpitaux de Paris
- Mme le Pr Joëlle Proust, psychologue philosophe, directeur de recherche émérite pour la fondation Pierre-Gilles de Gennes, ancienne directrice du projet international ESF-Eurocore

sur la phylogénèse de la métacognition, Institut Jean-Nicod, ENS

- M. le Pr Jean-Marie Pruvost, transplantation hépatique, Président de la CME, CHU de Lille
- M. le Pr Mathieu Raux coordonateur-adjoint du DES anesthésie-réanimation (Ile de France), faculté de médecine Sorbonne-Université
- M. le Pr Vincent Renard, Président du Collège national des généralistes enseignants, CHU de Créteil
- Réseau RESPPET, Réseau de soins psychiatriques et psychologiques pour les étudiants (SIUMPPS, BAPU Ile de France, Association Santé Grandes Ecoles, ...) : M. Christophe Ferveur, psychologue, Président ; M. Dr Thierry Bigot, psychiatre (CHU Hôtel Dieu), Vice-président
- Mme le Dr Florence Robin, Médecin en chef, division expertise & stratégie santé de défense, direction centrale du service de santé des armées
- M. le Pr Pascal Roblot, Doyen de la faculté de médecine de Poitiers et responsable de la commission des Vice-doyens en pédagogie de la conférence des Doyens en médecine
- M. le Pr Yves Roquelaure, Médecine de Santé au travail, CHU d'Angers
- M. Serge Roussel, Directeur de la Stratégie et des Affaires Médicales, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, APHP, Paris
- M. le Pr Jean-Paul Saint-André, ancien Doyen de la faculté de médecine et ancien Président de l'université d'Angers, chargé du rapport sur les expérimentations PACES
- M. le Pr Arnaud Sauer, CHU de Strasbourg, Directeur de l'Ecole d'Orthoptie de l'Est de la France (pour les enseignants en orthoptie)
- Mme le Pr Karine Sauné, Vice-doyenne aux études, faculté de médecine de Toulouse Purpan
- SIUMPPS Ile de France (service inter-universitaire des services de médecine préventive et de promotion de la santé): Dr Christian Régnier, Dr Françoise Raffa, Dr Philippe Aoussou et Mme Séverine Dorazio (psychologue)
- M. le Pr. Benoît Schlemmer, Réanimation médicale, Hôpital Saint-Louis, Paris, Doyen honoraire, faculté de Médecine et université Paris-Diderot, Conseiller universitaire auprès du Directeur Général de l'ARS d'Ile de France, chargé de mission "Réforme du 3e cycle des études médicales"
- Mme le Pr Corinne Taddei-Cross, Doyenne de la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg, Présidente de la conférence des Doyens en odontologie
- M. le Pr Antoine Tesnière, anesthésiste-réanimateur, Cochin, APHP, Directeur du département de simulation en santé iLumens, Université Sorbonne Paris Cité, Directeur adjoint de l'école doctorale « Frontières du vivant »
- M. Olivier Thénaisy, Directeur du SUAPS Unicaen, Président du Groupement National des Directeurs de SUAPS
- M. le Pr Pierre Thomas, Président du Collège des universitaires en psychiatrie, CHU de Lille
- M. le Pr. Christophe Tzourio, neurologue, épidémiologiste, directeur du SUPMS de Bordeaux
- UNECD : Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire
- UNAAEE : Union Nationale des Associations d'Etudiants en Ergothérapie
- M. le Pr Benoit Vébert, anesthésie-réanimation, Vice-doyen à la pédagogie, faculté de médecine de Rouen
- M. le Pr Daniel Vittecoq, Maladies infectieuses, CHU Le Kremlin Bicêtre
- Mme le Dr Florence Vorspan, psychiatre, responsable d'Unité Fonctionnelle, addictologie ambulatoire, CHU Fernand Widal, APHP, Inserm UMR-S 1144, Univ. Paris Descartes-Paris Diderot

Auditions internationales

- M. le Pr Jean-Yves Frappier, Directeur du département de Pédiatrie de l'université de Montréal, chef du département de pédiatrie du CHU Sainte-Justine, service de Médecine de l'Adolescence
- Mme le Pr Patricia Garel, département de pédopsychiatrie, CHU Sainte Justine, Montréal
- M. le Pr. Alireza Jalali, anatomie et de médecine du sport, faculté de médecine, Ottawa
- Mme le Pr France Jutras, Professeure en fondements de l'éducation au département de pédagogie de l'Université de Sherbrooke, membre du Groupe de recherche sur l'éducation éthique et sur l'éthique en éducation à l'Université du Québec à Montréal
- Mme Le Dr Anne Magnan, responsable du PAMQ (programme d'aide aux médecins du Québec)
- M. le Pr Ramses Wassef, chirurgie viscérale, Vice-doyen associé à la vie étudiante et facultaire - Études médicales et Sciences de la santé, Directeur du Bureau d'aide aux étudiants et résidents
- M. Alain Vienneau, Conseiller, Bureau d'intervention en matière de harcèlement, Université de Montréal
- Mme le Pr Barbara Broers, département de Santé et Médecine Communautaire, conseillère aux études 3eme année, Centre Médical Universitaire, Genève
- Mme le Dr Hélène Richard-Lepouriel, Psychiatre, conseillère aux études de 1ere et 2eme années, Centre Médical Universitaire, Genève

Annexe 2

Questions destinées à guider les auditions et les contributions des représentants d'étudiants

- Quelles sont les difficultés rencontrées par les étudiants que vous souhaiteriez souligner et quelles sont vos propositions pour y remédier ?
- Comment caractériseriez-vous l'évolution de la situation au cours des dernières années ? Quelles ont été les sources de progrès et les sources de difficultés nouvelles ?
- Quelles innovations vous paraîtraient pertinentes ?
- En quoi la situation des différentes filières (en particulier, au sein et en dehors de l'Université), est-elle différente ? En quoi l'intégration au sein de l'Université est-elle concrètement susceptible d'apporter des solutions ?

De manière plus détaillée, pour chaque formation, et avec vos exemples de « bonnes pratiques » ou vos propositions (vos réponses pourront être complétées à la suite de l'audition) :

- Y a-t-il des années/moments du cursus qui soient davantage sources de difficultés et pourquoi ?
- Lorsque les stages sont sources de difficultés, quelles en sont les raisons ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées sur le plan pédagogique et à quels moments du cursus ?
- Les stages et les cours sont-ils évalués par les étudiants et si oui comment ?
- Quels types d'aides à la mise en place d'un projet professionnel sont proposés ou seraient utiles ?
- Comment les étudiants sont-ils informés des différents débouchés, des types d'exercices, des possibilités de réorientation ?
- Lorsque les étudiants ne terminent pas leur formation, quelles en sont en général les raisons ?
- Quelles sont les difficultés auxquelles les étudiants se sentent particulièrement mal préparés ?
- Y a-t-il des expérimentations de tutorat, d'encadrement ou de soutien pédagogique et/ou psychologique que vous souhaiteriez mettre en exergue ?
- En cas de difficultés, quelles qu'elles soient (pédagogiques, sociales, médico-psychologiques, etc.), à qui ou à quelles structures les étudiants peuvent-il faire appel actuellement ?
- Les femmes enceintes sont-elles confrontées à des problèmes spécifiques et si oui lesquels ?
- En termes de logement, de financement des études, de contraintes de mobilité, quelles sont les difficultés rencontrées ? Comment sont-elles gérées ? Quel est leur retentissement ?
- Les étudiants ayant des problèmes de Santé sont-ils soutenus pendant leur parcours ? Une commission particulière existe-t-elle ?
- Comment les étudiants sont-ils aidés lors d'une situation de harcèlement ?

Annexe 3

Questions destinées à guider l'audition de la commission des Vice-doyens en pédagogie pour la mission Qualité de vie des étudiants en Santé

En complément des contributions que vous souhaiteriez apporter à cette mission, merci si vous pouviez les compléter par ces questions.

- Quelles sont les difficultés rencontrées par les étudiants que vous souhaiteriez souligner et comment y remédier ?
- Comment caractériseriez-vous l'évolution de la qualité de vie et les difficultés des étudiants au cours des dernières années (aspects financiers, nouveautés docimologiques, ...) ?
- Quelles modifications vous paraîtraient pertinentes pour améliorer leur qualité de vie ?
- Y a-t-il des années/moments du cursus que vous identifiez comme étant davantage sources de difficultés et pour quelles raisons ?
- Lorsque les stages sont sources de difficultés, quelles en sont les raisons ?
- Quelles sont les difficultés des étudiants auxquelles les encadrants en stage sont confrontés ?
- Les étudiants ont-ils accès à des informations, et sous quelles formes, sur les différentes modalités d'exercices de la médecine, les possibilités de réorientation ... ?
- Lorsque les étudiants ne terminent pas leur formation, si vous avez accès à ces informations, quelles en sont les raisons ?
- Y a-t-il des expérimentations de tutorat, d'encadrement, de soutien pédagogique et/ou psychologique que vous souhaiteriez souligner ?
- A quelles structures de soutien vos étudiants font-ils effectivement appel actuellement sur le plan pédagogique, social, médico-psychologique ... ?
- Quelles sont les UE d'enseignements optionnels de SHSE proposées dans votre faculté ?
- Comment est abordé dans votre faculté le problème de l'erreur médicale auquel le futur médecin sera confronté ?
- Les étudiantes enceintes ont-elles accès à des stages particuliers, par exemple en terme de limitation des trajets ?
- Certaines populations d'étudiants font-elles l'objet d'un accueil pédagogique spécifique et lequel ? Par exemple les étudiants passerelliens.
- Vos étudiants rencontrent-ils des problèmes particuliers en terme de logements, de déplacements à effectuer ou de financements de leurs études ?
- Existe-il des mesures pour lutter contre les diverses formes de harcèlement dans votre faculté ?

Annexe 5

Centre régional d'accompagnement spécifique aux internes

Projet professionnel, Qualité de vie, Formations transdisciplinaires et

Prévention des risques psychosociaux.

1. Objectifs

Ce projet s'appuie sur l'expérience des IEE auprès des étudiants en santé, notamment les internes, et sur le constat de l'absence de dispositifs de soutien pour ces derniers. Il s'agit de proposer des interventions primaires à tertiaires, en groupe et en individuel, pour les internes en médecine, en pharmacie et en odontologie d'une même région.

En complément et en coordination avec les propositions existant dans les différents DES, l'objectif est d'apporter les soutiens nécessaires à la réussite du projet professionnel de l'interne, en participant à l'amélioration de leur qualité de vie et à la prévention des risques psychosociaux, en coordination avec les dispositifs locaux et le Centre National d'Appui.

2. Rationnel

Même si chaque faculté de médecine était incitée à développer des dispositifs d'accompagnement pour ses étudiants, les spécificités de la formation des internes nécessitent d'avoir accès à une structure qui réponde à la fois :

- A leur mobilité dans les différents hôpitaux,
- A la nécessité de confidentialité et d'indépendance vis-à-vis du DES qu'il suive,
- A l'acquisition de compétences qui ne sont pas enseignées dans le cadre de leur DES et/ou qui doivent être proposées selon des modalités transdisciplinaires.

Les interventions proposées seront ouvertes aux internes sur un mode pluridisciplinaire favorisant les collaborations entre professionnels. Les formations, seront particulièrement utiles pour les internes en début d'internat. Le programme sera adapté à la progression de leur formation.

2.1 L'élaboration du projet professionnel de l'interne peut se faire avec la participation des tuteurs/mentors de son DES. Lorsque l'interne doute de son choix, ou qu'il souhaite se réorienter ou avoir un avis extérieur à son DES, il est essentiel que l'entretien d'aide à l'orientation/réorientation soit confidentiel. Cet entretien se ferait avec un référent n'appartenant pas à son DES, en particulier avant un droit au remord.

2.2 Sur le plan psychologique ou psychiatrique ces centres proposeraient des suivis à court terme, des consultations en urgence selon diverses modalités : demande directe de consultation psychiatrique, formations, internes-relais (ci-dessous), entretiens d'orientation.

En fonction des spécificités locales, les suivis psychologiques et psychiatriques se feraient dans ces centres ou dans un parcours de soins adapté.

2.3 Les problèmes de harcèlement seront confiés à un groupe de référents particuliers,

tenant compte de la nécessité absolue d'absence de conflits et de liens d'intérêt dans les interventions.

2.4 Les internes qui le souhaiteraient seraient formés et impliqués dans la prévention des risques psychosociaux de leurs pairs et des plus jeunes : des « internes-relais ».

3. Interventions proposées

3.1 Des entretiens individuels confidentiels.

Quelle que soit la situation, dans le strict respect de la confidentialité, l'interne peut échanger avec un tuteur. Il peut demander à rencontrer directement un psychiatre du centre.

Au cas par cas, si l'interne donne son accord, le tuteur pourra entrer en contact avec les tuteurs du DES, les coordonnateurs et les Doyens.

3.2 Une aide au projet professionnel.

Entretiens d'aide à l'orientation et à la réorientation.

3.3 Des formations transdisciplinaires.

Objectif : Aider l'interne à développer des compétences transdisciplinaires qui participent à la prévention des risques psychosociaux.

Propositions de thèmes de formation:

- Gestion du stress et sensibilisation au burnout
- Communication et prise de parole en public
- Gestion du temps de travail
- Gestion du sommeil
- Encadrement des étudiants
- Equilibre vie privée-vie professionnelle
- Prévention et gestion des conflits avec la hiérarchie, l'équipe soignante, le patient
- Le soin au patient-médecin ou aux proches de médecin
- Soigner sa famille, ses amis, se soigner soi-même
- Les situations difficiles ou exceptionnelles en garde : du premier décès ou décès d'un patient inconnu, jusqu'à une attaque terroriste
- L'erreur médicale

3.4 Formations pour les enseignants seniors, les représentants des étudiants et les internes-relais.

Objectifs : acquérir les bases de connaissance sur les difficultés rencontrées par les internes, connaître les ressources, savoir reconnaître les signes d'alarme justifiant le recours à un avis psychiatrique, convaincre de consulter, connaître ses propres limites et les limites dans le soutien aux pairs.

4. Organisation

L'organisation se fera en articulation avec un centre national d'appui.

Les enseignants des différentes facultés régionales, participant aux dispositifs

d'accompagnement locaux, seront sollicités ainsi que des intervenants d'autres structures représentatives.

Des interventions de groupes et des entretiens individuels pourraient avoir lieu par video-transmission pour adapter le fonctionnement aux régions qui le nécessiteraient.

Un comité de suivi inter-facultaire serait mis en place.

Le programme sera adapté au fur et à mesure des évaluations et des besoins identifiés selon les modalités de fonctionnement habituelles des IEEs sur un mode bottom-up.

Les représentants des internes seront impliqués dans le comité de suivi.

Annexe 6. Bibliographie

1. Lemmi V et Falissard B, Revue bibliographique psychiatrique des risques psychosociaux au travail, Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psycho-sociaux au travail, mars 2010.
2. Olié JP, Légeron P (Rapport de l'Académie de Médecine). Acker A, Adolphe M, Allilaire JF, Chamoux A, Falissard B, Géraut C, Giudicelli CP, Hamon M, Le Gall JR, Légeron P, Léo H, Moussaoui D, Nicolas G, Olié JP, Yvan Touitou Y. Le burn-out. Bull. Acad. Natle Méd., 2016, 200, 2 : 349-65.
3. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, Sen S. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA, 2015, 314, 22: 2373-83.
- 4a. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal B, Peluso MJ, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA, 2016, 316, 21: 2214-36.
- 4b. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt, Ommaya A, West CP, Meyers D. 2017. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. NAM Perspectives. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. <https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care>.
5. Helmers, KF, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young SN. Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. Acad. Med. 1997, 72: 708-14.
6. AlFaris E, Irfan F, Qureshi R, Naeem N, Alshomrani A, et al. Health professions' students have an alarming prevalence of depressive symptoms: exploration of the associated factors. BMC Med. Educ. 2016; 16, 279.
7. Bacchi S, Licinio J. Qualitative Literature Review of the Prevalence of Depression in Medical Students Compared to Students in Non-medical Degrees. Acad. Psychiatry. 2015, 39: 293-9.
8. Honney K, Buszewicz M, Coppola, W, Griffin M. Comparison of levels of depression in medical and non-medical students. Clin. Teach. 2010, 7:180-4.
9. Newbury-Birch D, Lowry RJ, Kamali F. The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study. Br. Dent. J. 2002; 192: 646-9.
10. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Acad. Med. 2014, 89: 443-51.
11. Dyrbye LN, Thomas MR, Eacker A, Harper W, Massie FSj, et al. Race, ethnicity, and medical student well-being in the United States. Arch. Intern. Med. 2007, 167, 2103-9.
12. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. J. Psychiatr. Res. 2013, 47: 391-400.
13. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, Durning S, Mouier C, Massie FSj, et al Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. Acad. Med. 2010, 85: 94-102.
14. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA, 2002, 288:1987- 93.
15. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burn-out, and frustration with health benefits signal problems for patient care. Health Aff 2011, 30:202-10.
16. Letvak SA, Ruhm CJ, Gupta SN. Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. Am J Nurs 2012,112:30-8.
17. Dyrbye LN, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Medical Education 2016, 50: 132-49.

18. SMEREP. L'étude 2017 «Santé des Etudiants & Lycéens». Communiqué de presse Paris, le 29 juin 2017.
19. Grichy LS. Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine. Prévalence, facteurs de risques et prévention. A propos d'une étude nationale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, DES psychiatrie, 2017, UFR de Médecine Paris Diderot - Paris 7.
20. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Academic Medicine*, 2014, 89, 3 : 443-51.
21. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, West CP. 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.
22. PAMQ, Programme d'aide aux médecins du Québec, rapport annuel 2016-2017.
- 23a. Moro MR, Brison JL. Mission bien-être et santé des jeunes. Novembre 2016.
- 23b. Maccotta JC, Corcos M. État des lieux sur l'accès des étudiants aux soins psychiatriques et psychologiques en Île-de-France. Rapport de la mission effectuée à la demande de l'ARS Île-de-France 2017.
24. Wasson LT, A Cusmano, L Meli, I Louh, et al. Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being A Systematic Review. *JAMA.* 2016, 316, 21:2237-52.
25. Rohe, DE, Barrier PA, Clarck MM, Cook DA, Vickers KS, Decker PA. The benefits of pass-fail grading on stress, mood, and group cohesion in medical students. *Mayo Clin. Proc.* 2006, 81: 1443-8.
26. West C, Dyrbye L, Erwin, Shanafelt T Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016, 388 : 2272-81.
27. Bloodgood RA, Short, JG, Jackson JM, Martindale JR. A change to pass/fail grading in the first two years at one medical school results in improved psychological well-being. *Acad. Med.* 2009, 84, 655-62.
28. Thompson D, Goebert D, Takeshita J. A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. *Acad. Med.* 2010, 85, 1635-9.
29. Slavin, SJ, Schindler DL, Chibnall, JT. Medical Student Mental Health 3.0: Improving Student Wellness Through Curricular Changes. *Acad. Med.* 2014, 89: 573-7.
30. Desailly-Chanson MA, Siahmed H et contribution Elshoud-Igaenr S, Inspection générale des affaires sociales. Les établissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. Rapport tome 1, Décembre 2016, 2016-083R.
31. DGOS. Guide des risques psychosociaux, RPS chez les internes, chefs de clinique et assistants 2017.
32. Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The Effects of Work-Hour Limitations on Resident Well-being, Patient Care, and Education in an Internal Medicine Residency Program. *Arch Intern Med.* 2005,165: 2601-6.
33. Gopal R, Glasheen JJ, Miyosh Tji, Prochazka AV. Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions. *Arch Intern Med.* 2005, 165: 2595-600.
34. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med.* 2016, 165: 753-60.
35. Wright AA, Katz IT. Beyond Burnout — Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians. *N Engl J Med*, 2018, 378, 4 : 309-11.
36. Kornig C, Ghadi, V, Levet V. La qualité de vie au travail et les déterminants de la qualité des soins. Risque et qualité. 2018 sous presse.
37. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open* 2017, 7: 1-16.
38. HAS. Qualité de vie au travail et qualité des soins : revue de la littérature. 2016.
39. Rosenthal D, Verghese A. Meaning and the Nature of Physicians' Work. *N Engl J Med*, 2016, 375: 1813-5.

40. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L, Rea M. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare : a systemic literature review. *BMJ Medical Education*, 2017, 17 : 195-210.
41. Cook AF, Arora VM, Rasinski KA, Curlin FA, Yoon JD. The Prevalence of Medical Student Mistreatment and Its Association with Burnout. *Acad Med*. 2014, 89, 5: 749–54.
42. Jagsi R. Sexual Harassment in Medicine — #MeToo. *N Engl J Med*, 2018, 378, 3 : 209-11.
43. Couty E, Situation du CHU de Grenoble. Rapport du Médiateur national à la ministre des Solidarités et de la Santé», novembre 2017. <http://solidarites-sante.gouv.fr>.
44. Barrier JH, Brazeau-Lemontagne, Colin R, Quiton A, Llorca G, Somian F. EHUA 6 et le Conseil pédagogique de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française 7. La formation au professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. *Pédagogie Médicale* 2004, 5: 75-81.
45. Bernèche G, Cruess SR, Andonian S, Ahern SP, Tourian L, Sun NZ. Le professionnalisme. Professionalism. *Le Bulletin, Fédération des médecins résidents du Québec*, 2013, 35, 3 : 4-38.
46. Baron GL et Bruillard E. Technologies de l'information et de la communication et indigènes numériques : quelle situation ? *STICEF*, volume 15, 2008.
47. Bruillard E. Lire-écrire-computer: émanciper les humains, contrôler les machines. In e-Dossier de l'Audiovisuel « Éducation aux cultures de l'information », INA. 2012.
48. Burgess A, Dornan T, Clarke AJ, Menezes A, Mellis C. Peer tutoring in a medical school : perceptions of tutors and tutees. *BMC Medical Education* 2016, 16 : 85-91.
49. Burgess A, McGregor D, Mellis G. Medical students as peer tutors : a systematic review. *BMC Medical Education* 2014, 14: 115.
50. Pruvot FR. Exercice de la chirurgie. Du poids de l'acte. La responsabilité du soignant, un regard chirurgical *Annales de chirurgie*. 2004, 129 :119–22.
51. Sanfilippo F, Noto A, Foresta G, Santonocito C, Palumbo GJ, Arcadipane A, Maybauer DM, Maybauer MO. Incidence and Factors Associated with Burnout in Anesthesiology: A Systematic Review. *Biomed Res Int*. 2017: 8648925.
52. Farges O, Clavien PA, Triboulet JP. Commentary. Obituary for Christophe Mariette. *Annals of Surgery*, août 2017.
53. Parent M. Que faire des violences rapportées par les étudiants. *éthique et santé*, 2013, 10 :155-62.
54. Orri M, Farges O, MD, Clavien PA, Barkun J, Revah-Levy A. Being a Surgeon—The Myth and the Reality A Meta-Synthesis of Surgeons' Perspectives About Factors Affecting Their Practice and Well-being. *Annals of Surgery*, 2014, 260, 5 : 721-9.
55. Pulcrano M, Evans SR, Sosin M. Quality of Life and Burnout Rates Across Surgical Specialties: A Systematic Review. *JAMA Surg*. 2016, 151, 10: 970-8.
56. Galam E. Prendre soin de ceux qui nous soignent : une stratégie nationale et un investissement de chacun dans la durée. *Médecine*, 2017, 293-6.