Les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP

Rapport définitif

Dr Louis Lebrun, coordonnateur
M. Jean-Michel Péan, auditeur

Mars 2019

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Nota : le présent document a le statut de document de travail soumis aux commanditaires de la mission. Il ne représente aucunement leurs opinions ou décisions et ne saurait les engager.

© AP-HP/DIA – Mars 2019

RESUME

Présentation de la mission

Par lettre en date du 27 mars 2018, le Directeur général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), le Président de la Commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP et le Président de la Conférence des doyens de santé (CDS) d'Île-de-France ont confié à la Direction de l'inspection et de l'audit (DIA) de l'AP-HP une mission d'audit portant sur les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP.

Les objectifs de l'audit sont :

- De dresser un état des lieux, notamment en ce qui concerne les modalités d'accueil semestriel des internes dans chaque groupe hospitalier et celles spécifiques à l'accueil des internes de premier semestre ;
- D'évaluer la prise en compte dans les groupes hospitaliers (GH) de la problématique spécifique de la qualité de vie au travail et de la prévention des risques psycho-sociaux des internes, notamment dans le cadre des Commissions « vie hospitalière » (CVH) locales ;
- D'apprécier les évolutions que devra connaître l'organisation des services du fait de la mise en œuvre de la réforme du 3ème cycle avec l'accueil d'internes de phases différentes, en intégrant également les modifications d'organisation des services induites par la réglementation relative au temps de travail des internes.

Les situations spécifiques des internes en odontologie, en pharmacie et des internes étrangers accueillis par contrat au sein de l'AP-HP n'entrent pas dans le champ de cette mission, hormis les éventuelles interférences avec la situation des internes en médecine.

Éléments de méthode

La mission a combiné recherche bibliographique, analyse des données de choix de postes des internes, questionnaires destinés aux internes, aux chefs de service et aux directions des affaires médicales (DAM) des groupes hospitaliers (GH), entretiens téléphoniques ou en face à face. 490 internes et 339 chefs de service ont renseigné complètement et validé les questionnaires qui leur étaient proposés ; les 12 DAM ont répondu au questionnaire les concernant. Plus de 90 entretiens en face à face ou téléphoniques ont été conduits.

Contexte

Depuis sa création, l'internat en médecine a profondément évolué. Historiquement, l'interne, reçu à un concours sélectif, était la cheville ouvrière des services hospitaliers. La réforme de 1982 a créé « l'internat pour tous », la médecine générale (dont l'exercice présente des spécificités) n'étant cependant considérée comme une spécialité « à part entière » que depuis 2002 et sa filière universitaire reconnue pleinement que depuis 2008. La réforme du 3e cycle de 2016 réaffirme la qualité d'étudiant de l'interne.

Si la durée du temps de travail de l'interne est de plus en plus réglementée depuis 1982, la qualité de vie au travail est un sujet de préoccupation plus récente. L'AP-HP a considéré les internes comme totalement concernés par le dispositif « RHPM » mis en place en 2016 ; la CME active cependant si nécessaire un groupe de travail « internes en difficulté » au sein de sa sous commission « formation et communication ».

Par ailleurs, des situations individuelles dramatiques ont été rapportées au cours des derniers mois, de même qu'un sentiment diffus de « malaise » des internes et des jeunes médecins qui dépasse largement l'AP-HP.

Constats

L'AP-HP accueille environ 3000 internes en médecine chaque semestre. L'évolution prévue pour les 4 prochaines années est une stabilité globale du nombre d'internes et une baisse du nombre des internes en médecine générale.

Les conditions matérielles d'accueil et d'exercice des internes au sein de l'AP-HP sont perçues comme globalement satisfaisantes, bien que perfectibles sur certains sujets récurrents (chambres de garde, repas, stationnement, accueil des enfants en crèche, bureaux et équipements informatiques,...). En particulier, la réunion d'accueil des internes au sein des GH ou sites, jugée importante et utile, peut gagner en efficacité ; la préparation logistique de l'arrivée des internes s'est améliorée, et peut l'être encore. Des progrès peuvent être faits dans le domaine de l'environnement matériel hospitalier ; dans les services, l'accueil est moins formalisé, les conditions matérielles de travail y sont perfectibles.

La charge de travail des internes est lourde mais mal objectivée. La législation sur le temps de travail est peu respectée ; l'observance des repos de sécurité réglementaires n'est pas totale. Les enseignements universitaires ne sont pas suivis par tous. Les tableaux de service, lorsqu'ils existent, ne reflètent sans doute pas toujours la réalité et ne font pas l'objet de contrôle.

Les dispositifs de suivi personnel des internes ou ceux destinés à les aider sont pluriels, mais peu opérants. Si l'importance de l'intervention des services de santé au travail a récemment été rappelée, les Commissions « Vie hospitalière » locales ne sont pas sollicitées par les internes pour des difficultés personnelles ou professionnelles. Les internes en difficulté s'adressent peu aux structures et filières existantes, même lorsqu'elles leur sont spécifiquement destinées.

Les questions posées

Des fluctuations des effectifs d'internes ont été observées dans de nombreux services, confrontés à un manque d'internes au regard du nombre souhaité ou attendu. S'il est rappelé qu'être agréé ne signifie pas automatiquement recevoir des internes, les effets du taux d'inadéquation (rapport entre le nombre de postes proposés au choix et le nombre d'internes qui choisissent) et de la répartition des postes pour les internes de l'ancien et du nouveau régime des études médicales se combinent. Par ailleurs, le positionnement des internes de médecine générale à l'hôpital est controversé.

Les facteurs de choix et les modalités d'évaluation d'un service sont un point crucial. Les facteurs potentiels d'attractivité et de non attractivité évoqués par les chefs de service et les internes mettent en évidence l'importance de la qualité des relations humaines au sein du service, l'attention portée aux internes en tant que personnes. La publicité qu'il conviendrait de donner aux évaluations des stages par les internes est discutée.

La formation des internes par le « compagnonnage » mobilise tous les seniors d'un service, mais les internes n'ont pas tous le sentiment d'être suffisamment encadrés. L'internat de chirurgie orthopédique illustre par l'exemple que la qualité de l'encadrement en stage se combine à celle des enseignements théoriques. La triple valence théorique des médecins hospitalo-universitaires et l'absence de reconnaissance de l'activité pédagogique des hospitaliers peuvent être questionnées.

Le malaise ou la souffrance des internes sont liés en partie à leur charge de travail, qui se répercute sur leur vie personnelle, mais aussi à la stigmatisation des échecs, à l'absence de reconnaissance, au silence. La fatigue, les souffrances réelles et les aspirations des internes ne sont pas bien comprises par certains seniors. Les auditeurs font le constat qu'un management bienveillant est nécessaire, mais pas suffisant. *In fine* émerge une question : comment apprendre et enseigner dans un environnement qui change, alors même que les approches conceptuelles de la notion de « bon médecin » d'une part, de la pédagogie et de la didactique en matière d'acquisition des compétences et de formation professionnelle d'autre part, sont variées ?

Certains considèrent la place des sciences humaines et sociales dans la formation des médecins comme trop réduite aujourd'hui. Dans les services hospitalo-universitaires, les orientations prises par l'AP-HP en matière d'organisation et de gouvernance des futurs départements médico-universitaires (DMU) devraient permettre de développer la formation pluriprofessionnelle et de porter attention à l'implication de l'interne dans l'ensemble des activités du service, notamment celles qui sont le ciment du travail en équipe par leur caractère pluriprofessionnel – qu'il s'agisse de travaux « de routine » ou de démarches de recherche ou à visée formative, et notamment des démarches d'analyse des événements indésirables auxquels il est confronté.

Conclusions et recommandations

La conclusion qui s'impose aux auditeurs à l'issue de leur mission leur semble une évidence – notamment au regard du contexte hospitalier actuel : il faut repenser nos organisations, en tenant compte des évolutions sociétales.

Le facteur humain est à combiner aux considérations rationnelles de l'organisation de la continuité et de la permanence des soins. Accroître la place des sciences humaines et sociales dans la formation initiale et continue des médecins aiderait à la réflexion.

« *Il ne faut pas seulement exercer la médecine, il faut aussi la penser* ». Sur le papier, les atouts et les défis du « nouvel internat », qui fait considérer l'interne d'abord et plutôt comme un étudiant, sont la formulation d'exigences pédagogiques graduées ; les risques sont l'enfermement trop précoce, la rigidité, le repli de nature « identitaire » dans des cursus étriqués. Considérer l'interne comme un professionnel en formation « en alternance » devrait conduire l'ensemble des seniors qui l'accueillent et l'entourent à quitter leurs habitudes, à s'impliquer pour lui assurer une formation cohérente et de qualité, qui profitera naturellement aux services et aux équipes.

Les questions de transmission et de reconnaissance sont au cœur des préoccupations des internes. Elles sont à prendre en compte.

Il s'agit notamment, en pratique, d'assurer l'intégration systématique des internes aux travaux d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels, qui sont à développer.

Le positionnement de l'hôpital universitaire dans la formation à la spécialité de médecine générale doit être rediscuté sans dogmatisme entre l'ensemble des acteurs concernés.

C'est ainsi que la mission formule des recommandations sur :

1. l'agrément, l'ouverture et l'évaluation des stages ;
2. le cas particulier de la spécialité de médecine générale ;
3. l'organisation de l'accueil des internes au sein des groupes hospitaliers ;
4. l'accès des internes aux outils et procédures informatiques ;
5. les conditions matérielles de déroulement des stages ;
6. l'organisation du temps de travail et la place de l'interne dans les services ;
7. la bienveillance et la prévention de la souffrance au travail.

Sur ce dernier point, les auditeurs préconisent de ne pas créer de nouveau dispositif de repérage ou de suivi des internes en difficulté. Mais l'efficacité de ceux qui existent pourrait être renforcée :

- Par la répétition périodique de campagnes de sensibilisation et d'information des internes sur la souffrance au travail et sur les dispositifs d'écoute et d'aide, dont sossihp@sihp.fr ;
- Par la nomination d'un·e « Référent·e des internes » auprès du conciliateur du Directeur général et de la CME.

  Sa qualité de jeune médecin senior (n'étant ni un pair ni trop âgé·e) et son engagement au cours de son internat lui permettraient d'être identifié·e comme un interlocuteur (une interlocutrice) bienveillant·e par les internes ressentant des difficultés ; grâce à son expérience il (elle) pourrait, en étant si besoin médiateur (médiatrice), conseiller et rediriger utilement les internes s'adressant à lui (elle).

SOMMAIRE

RESUME 3

INTRODUCTION 13

1. ELEMENTS DE CONTEXTE 19

1.1. La profonde évolution de l'internat en médecine 19
1.1.1. L'interne, reçu au concours, est historiquement la cheville ouvrière des services hospitaliers 19
1.1.2. La réforme du 23 décembre 1982 crée l'« internat pour tous » 20
1.1.3. La qualité d'étudiant de l'interne est réaffirmée par la réforme du 3e cycle de 2016 21

1.2. L'attention portée au temps de travail des internes et à leur qualité de vie 21
1.2.1. La durée du temps de travail est de plus en plus réglementée depuis 1982 21
1.2.2. La qualité de vie au travail est un sujet d'attention plus récente 23
1.2.3. Les mesures mises en place à l'AP-HP 25

1.3. Les particularités de l'internat en médecine générale 26
1.3.1. L'« internat de médecine générale » est juridiquement récent 26
1.3.2. L'exercice de la spécialité de médecine générale présente des spécificités 27

2. CONSTATS 29

2.1. Données démographiques 29
2.1.1. L'AP-HP accueille environ 3000 internes en médecine chaque semestre 29
2.1.2. L'évolution théorique pour les 4 prochaines années : une stabilité globale du nombre d'internes en médecine 35
2.1.3. … et une baisse du nombre des internes en médecine générale à l'AP-HP 35

2.2. Les conditions matérielles d'accueil et d'exercice des internes sont perçues comme globalement satisfaisantes, même si elles restent perfectibles sur certains sujets récurrents 37
2.2.1. La réunion d'accueil des internes au sein du GH ou du site, jugée importante, peut gagner en efficacité 37
2.2.2. La préparation logistique de l'arrivée des internes s'est améliorée, et peut l'être encore 47
2.2.3. Des progrès peuvent être faits dans le domaine de l'environnement matériel hospitalier 55
2.2.4. L'accueil dans les services est moins formalisé ; les conditions matérielles de travail y sont perfectibles 60

2.3. La charge de travail des internes est lourde mais mal objectivée 63
2.3.1. La législation sur le temps de travail est peu respectée 63
2.3.2. L'observance des repos de sécurité réglementaires n'est pas totale 66
2.3.3. Les enseignements universitaires ne sont pas suivis par tous 67
2.3.4. Les tableaux de service, lorsqu'ils existent, ne reflètent sans doute pas toujours la réalité et ne font pas l'objet de contrôle 68

2.4. Les dispositifs de suivi personnel des internes ou ceux destinés à les aider sont pluriels, mais peu opérants 72

2.4.1. L'importance de l'intervention des services de santé au travail a récemment été rappelée 72
2.4.2. Les Commissions « Vie hospitalière » locales n'ont jamais été sollicitées par les internes pour des difficultés personnelles ou professionnelles 74
2.4.3. Les internes en difficulté s'adressent peu aux structures et filières existantes, même lorsqu'elles leur sont spécifiques 75

3. QUESTIONS POSEES 77

3.1. Les fluctuations des effectifs d'internes au sein de chaque service : hasard ou fatalité ? 77
3.1.1. De nombreux services ont été confrontés à un manque d'internes, au regard du nombre espéré ou attendu 77
3.1.2. Etre agréé ne signifie pas automatiquement recevoir des internes 79
3.1.3. Les effets du taux d'inadéquation et de la répartition des postes pour les internes de l'ancien et du nouveau régime des études médicales se combinent 80
3.1.4. Le positionnement des internes de médecine générale à l'hôpital est controversé 83

3.2. Les facteurs de choix et les modalités d'évaluation d'un service : secret ou transparence ? 87
3.2.1. L'évaluation des stages par les internes 87
3.2.2. Les facteurs potentiels d'attractivité 89
3.2.3. Les facteurs potentiels de non attractivité 91

3.3. La formation par le « compagnonnage » : mythe ou réalité ? 95
3.3.1. Tous les seniors d'un service contribuent à la formation des internes 95
3.3.2. Les internes n'ont pas tous le sentiment d'être suffisamment encadrés 98
3.3.3. La qualité de l'encadrement en stage se combine à celle des enseignements théoriques : l'exemple de la chirurgie orthopédique 99
3.3.4. La triple valence théorique des médecins hospitalo-universitaires et l'absence de reconnaissance de l'activité pédagogique des hospitaliers ont-elles toujours du sens ?102

3.4. Le malaise ou la souffrance des internes : identifié ou refoulé ? 104
3.4.1. La charge de travail des internes se répercute sur leur vie personnelle 104
3.4.2. La fatigue, les souffrances réelles et les aspirations des internes ne sont pas bien comprises par certains seniors 105
3.4.3. Un management bienveillant est nécessaire mais pas suffisant 110
3.4.4. Comment apprendre et enseigner dans un environnement qui change ? 112

4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 117

ANNEXES 125

Annexe n° 1 : Lettre de mission au directeur de la DIA 127

Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées ou ayant contribué à la mission 129

Annexe n° 3 : Bibliographie 133

Annexe n° 4 : Questionnaires 137

Annexe n° 5 : L'évolution de l'internat en médecine 139

Annexe n° 6 : Le temps de travail des internes (Gérard Friedlander, 2003) 145

Annexe n° 7 : Définitions européennes de la discipline et la spécialité de médecine générale – médecine de famille 147

Annexe n° 8 : Appréciations de stages – paroles d'internes 149

LISTE DES ENCADRÉS, GRAPHIQUES et TABLEAUX

Encadré 1 : Les 3 questionnaires de la DIA : matériels et méthodes, caractéristiques des répondants (DIA). 16

Encadré 2 : Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine. Résumé. (Grichy L-S., 2017) 24

Encadré 3 : Les 12 mesures pour améliorer la qualité de vie au travail des étudiants en santé (Donata Marra, 2018) 24

Encadré 4 : Les 18 propositions du « groupe des internes en difficulté » – juin 2018 (CME AP-HP) 26

Encadré 5 : Commentaires sur l'intérêt et l'utilité de la réunion d'accueil des internes (selon les DAM) 46

Encadré 6 : L'attribution des codes informatiques et la préparation de l'arrivée des internes (commentaires des DAM) 53

Encadré 7 : Les missions du BDI de l'AP-HP (DIA) 54

Encadré 8 : La salle de garde (wikipedia) 59

Encadré 9 : documents relatifs aux stages hospitaliers en médecine générale (site internet du DES de médecine générale) 88

Encadré 10 : Verbatim : pourquoi sommes-nous choisis ? (selon des chefs de service) 90

Encadré 11 : Verbatim : pourquoi moins d'internes ? Quelles conséquences ? (selon des chefs de service) 94

Encadré 12 : Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale : « un modèle en voie d'essoufflement » (Cour des Comptes, 2017) 102

Encadré 13 : Verbatim : on m'a rétrogradée (selon une interne) 111

Encadré 14 : Pour aller plus loin sur la notion de compétences (Eduscol) 113

Graphique 1 : Modalités d'accueil des internes (selon les chefs de service) 60

Graphique 2 : Modalités de leur accueil (selon les internes) 61

Graphique 3 : Disponibilité de leurs outils de travail (selon les internes) 62

Graphique 4 : Charge de travail des internes (selon les chefs de service) 64

Graphique 5 : Durée hebdomadaire de travail (selon les internes) 64

Graphique 6 : Temps de travail hebdomadaire en stage (selon les internes) 64
Graphique 7 : Nombre de gardes mensuelles (selon les internes).....65
Graphique 8 : Activité de gardes et d'astreintes des internes (selon les chefs de service) 65
Graphique 9 : Souhaits et prévisions des enseignements universitaires (selon les internes en début de stage).....68
Graphique 10 : Enseignements universitaires suivis (selon les internes ayant achevé leur stage).....68
Graphique 11 : Transmission des tableaux de service (selon les internes).....69
Graphique 12 : Evolution du nombre d'internes entre mai 2017 et mai 2018 (selon les chefs de service) 78
Graphique 13 : Conséquences de l'absence d'internes (selon les chefs de service) 78
Graphique 14 : Facteurs d'attractivité des services pour les internes (selon les chefs de service).....91
Graphique 15 : Facteurs de non attractivité des services pour les internes (selon les chefs de service) 92
Graphique 16 : Répercussions négatives de leur rythme de travail (internes en cours de stage) 104
Graphique 17 : Répercussions négatives de leur rythme de travail (internes décrivant un stage passé).....105
Graphique 18 : Ressenti des internes au sein des services (selon les internes).....106

Tableau 1 : Effectifs des internes en Ile-de-France en 2018 29
Tableau 2 : Evolution des internes à l'AP-HP (mai 2014 - novembre 2017).....29
Tableau 3 : Répartition des internes en médecine au sein des hôpitaux de l'AP-HP (2014 – 2018).....31
Tableau 4 : Répartition des internes en médecine au sein des GH et hors GH de l'AP-HP en 2018.....32
Tableau 5 : Répartition des internes en médecine selon leur année de début d'internat (novembre 2018).....32
Tableau 6 : Effectifs des "grandes disciplines" des internes en médecine actuellement à l'AP-HP selon leur 1ère année d'internat (novembre 2018) 33
Tableau 7 : Répartition des internes en médecine par spécialité à et hors l'AP-HP (nov. 2018).....34
Tableau 8 : Différentiel internes à former – internes affectés en Ile-de-France (novembre 2018) 35

Tableau 9 : Nombre d'internes à former en Ile-de-France de 2018 à 2022 (Journal officiel) 35

Tableau 10 : Domaines d'accueil des internes en médecine générale à l'AP-HP (novembre 2018) 36

Tableau 11 : Organisateurs de la réunion d'accueil des internes à l'échelon du site ou du GH 37

Tableau 12 : Modalités d'invitation des internes à la réunion d'accueil (mai 2018) 38

Tableau 13 : Participation des internes à la réunion d'accueil de leur GH (selon les internes) 39

Tableau 14 : Appréciation de la réunion d'accueil (selon les internes) 40

Tableau 15 : Intervenants lors de la réunion d'accueil de mai 2018 (selon les DAM) 42

Tableau 16 : Documents remis lors de la réunion d'accueil de mai 2018 (selon les DAM) 44

Tableau 17 : Délai et qualité de la préparation de l'arrivée des internes (selon les DAM) 47

Tableau 18 : Remarques enregistrées par les DAM sur les repas et les chambres de garde 57

Tableau 19 : Avis des internes sur les repas et les chambres de garde 57

Tableau 20 : Proportion des internes bénéficiant d'un repos de sécurité en fonction des services (selon les DAM) 66

Tableau 21 : Activité des internes le lendemain d'une garde (selon les chefs de service) 66

Tableau 22 : Activité des internes le lendemain d'une garde (selon les internes) 67

Tableau 23 : Proportion de services transmettant des tableaux de service prévisionnel ou réalisé (selon les DAM) 69

Tableau 24 : Proportion de tableaux de service concernant les internes (selon les chefs de service) 69

Tableau 25 : Convocation des internes par le service de santé au travail (selon les DAM) 72

Tableau 26 : Convocation par le service de santé au travail (selon les internes) 73

Tableau 27 : Evolution du nombre de postes d'internes en médecine offerts et choisis (nov. 2017 - nov. 2018) 81

Tableau 28 : Ventilation des postes choisis et non choisis par les internes en médecine selon la taille des services d'accueil (novembre 2018) 82

Tableau 29 : Effectifs des seniors et ratios seniors/internes par discipline (sources DOMU) 95

Tableau 30 : Interlocuteurs des internes (selon les chefs de service) 98

Tableau 31 : Encadrement et soutien au sein des services (selon les internes).....98

Tableau 32 : Fatigue et souffrance au sein des services (selon les internes).....105

Tableau 33 : Satisfaction de la spécialité (selon les internes) 106

Tableau 34 : satisfaction de la spécialité et exposition à des violences psychologiques (selon les internes).....106

Tableau 35 : Management en stage (selon les internes) 110

INTRODUCTION

Présentation de la mission

Par lettre en date du 27 mars 2018, le Directeur général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), le Président de la Commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP et le Président de la Conférence des doyens de santé (CDS) d'Île-de-France ont confié à la Direction de l'inspection et de l'audit (DIA) de l'AP-HP une mission d'audit portant sur les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP (*cf*. annexe 1).

La Direction générale et la CME de l'AP-HP sont en effet engagées depuis de nombreuses années dans des démarches d'accompagnement des internes, pour leur assurer tant une formation de qualité qu'une bonne qualité de vie au travail. Comme le souligne la lettre de mission, « *Le manifeste des valeurs de l'AP-HP rappelle notre engagement « d'intégrer pleinement nos collègues (…) avec le maintien d'une tradition de compagnonnage à l'égard des plus jeunes. » Notre responsabilité collective est de faire en sorte que nos pratiques individuelles et en équipe soient en adéquation avec les valeurs de notre institution.* »

Les objectifs de l'audit sont :

- De dresser un état des lieux, notamment en ce qui concerne les modalités d'accueil semestriel des internes dans chaque groupe hospitalier et celles spécifiques à l'accueil des internes de premier semestre ; en particulier, d'examiner la tenue des tableaux de service et le suivi médical par le service de santé au travail ;
- D'évaluer la prise en compte dans les groupes hospitaliers (GH) de la problématique spécifique de la qualité de vie au travail et de la prévention des risques psycho-sociaux des internes, notamment dans le cadre des Commissions « vie hospitalière » (CVH) locales ;
- D'apprécier les évolutions que devra connaître l'organisation des services du fait de la mise en œuvre de la réforme du 3ème cycle avec l'accueil d'internes de phases différentes, en intégrant également les modifications d'organisation des services induites par la réglementation relative au temps de travail des internes.

Les situations spécifiques des internes en odontologie, en pharmacie et des internes étrangers accueillis par contrat au sein de l'AP-HP n'entrent pas dans le champ de cette mission, hormis les éventuelles interférences avec la situation des internes en médecine.

Méthode et calendrier

L'équipe de la DIA a été composée des auditeurs suivants : Louis Lebrun, coordonnateur, médecin spécialiste de santé publique ; Brigitte Joly, Jean-Michel Péan, directeurs d'hôpital.

Les auditeurs ont conduit leur mission d'avril à novembre 2018[1] ; le rapport a été rédigé par Louis Lebrun et Jean-Michel Péan. Christian Jolivière et Nicole Perier ont assuré les relectures internes à la DIA.

[1] En septembre – octobre, une enquête intercurrente imprévue, conjointe avec l'Inspection régionale autonomie – santé (IRAS) de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, ayant mobilisé à temps plein le coordonnateur de la mission, l'écriture et la phase de validation du présent rapport ont dépassé le calendrier déjà mis à jour en juillet 2018.

La mission a combiné recherche bibliographique, analyse des données de choix de postes des internes transmises à la mission par la DOMU[2], questionnaires destinés aux internes, aux chefs de service et aux directions des affaires médicales (DAM) des groupes hospitaliers (GH), entretiens téléphoniques ou en face à face.

La méthodologie de ces enquêtes est précisée dans l'encadré 1 (page 16). 490 internes et 339 chefs de service ont renseigné complètement et validé les questionnaires qui leur étaient proposés ; les 12 DAM ont répondu au questionnaire les concernant.

La liste des 82 personnes rencontrées ou ayant contribué à la mission dans sa première phase ou lors du contradictoire, celle de la documentation rassemblée et les analyses détaillées des réponses aux questionnaires figurent respectivement en annexes 2, 3 et 4.

A l'exception de la gouvernance du groupe hospitalier Henri Mondor pour des raisons contextuelles, l'ensemble des douze directions des groupes hospitaliers, dix président·e·s de CVH locales ou leur représentant et neuf présidents de CMEL ont été rencontré·e·s par les auditeurs. Quatre doyens de faculté de médecine, 6 coordonnateurs ou référents locaux de DES, 2 directeurs actuels, 1 directeur adjoint et 1 ancien directeur de départements de médecine générale ont été rencontrés. Par ailleurs, 16 entretiens téléphoniques complémentaires ont été conduits avec des internes[3].

La responsable du Bureau des internes, des étudiants et praticiens étrangers en formation (BDI) de la Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) a répondu à l'ensemble des sollicitations de la mission et lui a transmis tous les documents demandés[4].

Un rapport provisoire a été transmis pour commentaires aux commanditaires en décembre 2018, puis à 40 destinataires lors de la phase dite « contradictoire » : membres du Comité de pilotage, autres représentants des acteurs concernés, principaux acteurs rencontrés, et notamment à l'ensemble des doyens de santé d'Ile-de-France ; trois de ces derniers sont parmi les 19 personnes ayant fait part de commentaires. Les réponses formulées jusqu'au 27 mars 2019 ont été prises en compte dans la rédaction du présent rapport définitif, qui a également bénéficié d'entretiens et d'échanges complémentaires.

Le présent document est soumis aux commanditaires de la mission, qui décideront des suites et de la publicité à lui donner.

---

[2] Le Bureau des internes (BDI) a transmis aux auditeurs les données détaillées des postes choisis et non choisis en mai et novembre 2018, ainsi que des données agrégées d'années antérieures. Les données 2018 proviennent des fichiers issus de la procédure de choix des internes, alors que celles des années précédentes proviennent de recopies et saisies manuelles dont la fiabilité est considérée comme moindre par le BDI.

[3] Les entretiens prévus avec les chefs de service à l'issue de l'analyse des réponses au questionnaire les concernant n'ont pas pu avoir lieu pour des raisons de calendrier. Le questionnaire destiné à ces derniers présentait cependant plusieurs questions ouvertes (à la différence de celui destiné aux internes qui n'en comportait aucune), ce qui a permis l'expression de nombreux commentaires.

[4] La directrice du pôle « Ressources humaines en santé » de la Direction de l'offre de soins et médico-sociale de l'ARS Ile-de-France et les membres de son équipe sollicités, le président de la sous commission de la vie hospitalière de la CME de l'AP-HP, la coordinatrice du service de santé au travail de l'AP-HP n'ont pas donné suite aux demandes d'entretien qui leur ont été formulées. Le coordonnateur local du DES de médecine générale pour l'Ile-de-France les a renvoyés vers d'autres membres de la coordination en médecine générale et l'un des doyens de médecine contactés les a orientés vers le Président de la Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France, commanditaire de la mission.

Alors qu'elle était prévue au programme de travail annuel de la DIA défini fin 2017, cette mission a pris un relief particulier suite au suicide d'une interne d'une discipline médicale à l'hôpital Cochin en février 2018.

C'est pourquoi, sans déroger aux principes d'indépendance et de neutralité de la DIA, elle a été menée en liaison avec un comité de pilotage associant la DOMU, un représentant de la CME, un représentant de la Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France et un représentant des internes en médecine. Il s'est réuni le 11 mai 2018 (réunion physique et téléphonique) ; les auditeurs se sont entretenus au préalable et ensuite à plusieurs reprises avec ses membres séparément. Une présentation du résumé des constats et des conclusions a eu lieu lors d'une réunion physique et téléphonique le 17 janvier 2019, qui a permis l'expression de premières observations.

Une présentation intermédiaire de la mission (et notamment des premières réponses au questionnaire aux chefs de service) a été faite à la sous-commission « Comité des internes et des médecins à diplôme étranger » de la CME de l'AP-HP le 3 juillet 2018. Son président a invité les auditeurs à présenter les conclusions de leur mission le 26 février 2019 ; les observations formulées par les participants ont été prises en compte dans la rédaction du présent document.

Cadre d'analyse

Les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine comprennent intrinsèquement deux dimensions :

- un aspect matériel, domaine d'intervention possible des directions des groupes hospitaliers ou des sites ;
- une composante organisationnelle et relationnelle, spécifique à chaque service.

Aborder la seconde a conduit les auditeurs à explorer la durée respective et l'articulation des deux composantes de la formation d'un interne : la formation en stage (contribution au fonctionnement de son service d'affectation, représentant statutairement huit demi-journées hebdomadaires[5]) et la formation hors stage comprenant réglementairement chaque semaine une demi-journée de « *temps de formation (…) sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité* » et autant de « *temps personnel de consolidation de ses connaissances et compétences, que l'interne utilise de manière autonome.* »[6]

Par ailleurs, l'exercice de l'interne en médecine s'inscrit dans le cadre plus général du fonctionnement hospitalier et dans une perspective professionnelle que chacun s'imagine en fonction de ses représentations. L'interne est lui-même en même temps sujet de souhaits ou de désirs et objet de représentations. Leur diversité, voire leurs contradictions, peuvent générer des incompréhensions entre acteurs.

C'est pourquoi le présent rapport rappelle le contexte dans lequel se placent l'internat en médecine, l'attention portée au temps de travail et à la qualité de vie des internes, les particularités de l'internat en médecine générale (I) avant de dresser les constats de la

[5] Cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre.

[6] *Cf.* le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 *relatif au temps de travail des internes.*

mission sur la démographie et les conditions matérielles d'accueil et d'exercice des internes, leur charge de travail, les dispositifs mis en place (II) ; les analyses des fluctuations des effectifs au sein de chaque service, des facteurs de choix et des modalités d'évaluation des services, un questionnement sur la formation par le compagnonnage et sur le malaise ou la souffrance des internes (III) permettent de formuler des recommandations (IV).

Encadré 1 : Les 3 questionnaires de la DIA : matériels et méthodes, caractéristiques des répondants (DIA).

Les auditeurs ont utilisé le logiciel d'enquête Lime Survey AP-HP, solution technique proposée par le département Web Innovation Données de la Direction des Systèmes d'Information de l'AP-HP pour élaborer trois questionnaires en ligne, déclarés à la Déléguée à la protection des données de l'AP-HP qui les a inscrits dans son registre des traitements informatisés (n° 2018000000044).

1. Questionnaire aux directions des affaires médicales (DAM)

Accessible dans l'intranet AP-HP, ce questionnaire portait sur :

- L'accueil des internes en début de semestre ;
- Les conditions matérielles d'accueil des internes ;
- L'organisation du temps de travail des internes ;
- La rémunération des internes au sein du GH ;
- Les conditions matérielles d'exercice des internes ;
- La qualité de vie au travail des internes ;
- Le suivi médical des internes ;
- L'attractivité et l'évaluation des stages du GH.

Le lien pour le remplir a été adressé par la DIA aux directeurs des affaires médicales des douze groupes hospitaliers de l'AP-HP. Les douze GH ont renseigné le questionnaire, comprenant principalement des questions fermées à choix simple ou multiple, et quelques questions ouvertes. Il était demandé de renseigner la partie relative à la réunion d'accueil pour chacun des sites du GH dans lesquels une réunion d'accueil des internes était organisée ; seuls les hôpitaux universitaires Saint Louis – Lariboisière – Fernand Widal ont répondu à cette demande. Les éléments décrivant les réunions d'accueil des internes portent donc sur treize sites seulement.

Dix réponses ont été reçues entre le 4 juin et le 16 juillet, 2 les 4 et 11 septembre 2018. Lorsqu'elles étaient validées mais incomplètes, des compléments portant sur les items non renseignés ont été demandés au correspondant ayant rempli le questionnaire.

2. Questionnaire aux internes en médecine

Accessible sur internet (hébergé sur un serveur sécurisé de la DSI), ce questionnaire demandait en introduction aux internes d'indiquer quelques caractéristiques les décrivant (âge, genre, statut marital, nombre d'enfants, semestre d'internat décrit, spécialité) et la spécialité de leur service d'accueil. Selon qu'ils étaient ou non en stage à l'AP-HP, il leur était demandé de décrire leur stage actuel (mai – octobre 2018) ou leur dernier stage à l'AP-HP parmi les deux précédents (mai – octobre 2017 ou novembre 2017 – avril 2018).

5 thématiques étaient abordées :

- L'accueil au sein du groupe hospitalier ou de l'hôpital (et notamment la description de la réunion d'accueil) ;
- Les conditions d'exercice au sein de [leur] hôpital ;

- Les conditions d'exercice au sein de [leur] service ;
- [Leurs] conditions d'exercice.

L'ensemble des questions étaient à réponse fermée, à choix simple ou multiple. La seule question ouverte leur permettait de renseigner leurs coordonnées, s'ils avaient répondu positivement à la question « Acceptez-vous d'être éventuellement recontacté par la DIA pour un échange complémentaire confidentiel ? ».

Plusieurs questions reprenaient celles de l'enquête sur « les déterminants des risques psycho-sociaux des jeunes et futurs médecins » réalisée début 2017 par l'ISNI, l'ANEMF, l'ISNAR-IMG et l'ISNCCA.

Le lien permettant d'y répondre a été diffusé le 31 mai 2018 :
- Par message aux 6382 internes figurant sur la liste de diffusion aphp-diffusion-internes@aphp.fr. De nombreux retours ont été immédiatement reçus (adresses placées « en quarantaine », c'est à dire correspondant à des utilisateurs n'ayant plus d'affectation à l'AP-HP selon HR Access, boîtes pleines car messagerie non utilisée) ;
- Par l'intermédiaire des syndicats d'internes parisiens SIHP et SRP-IMG, qui ont relayé le lien d'accès au questionnaire à leurs listes de diffusion, et ont effectué un rappel.

Le nombre d'internes ayant reçu directement ou indirectement l'invitation à remplir le questionnaire n'est pas connu.

308 personnes ont ouvert ou rempli partiellement le questionnaire, sans le valider ; ces réponses n'ont pas été prises en compte ;

490 réponses complètes et validées, reçues jusqu'au 18 septembre 2018, ont été analysées. 331 décrivaient leur stage actuel à l'AP-HP (c'est à dire de mai à octobre 2018), 98 leur stage de novembre 2017 à avril 2018 et 61 leur stage de mai 2017 à octobre 2018. L'ancienneté des internes couvrait tous les semestres, du 1er au 10ème ; 24 % des répondants décrivaient leur 6ème semestre d'internat.

Les répondants étaient à 66 % des répondantes ; 87 % avaient entre 25 et 30 ans.

Les répondants étaient en stage dans tous les groupes hospitaliers de l'AP-HP et dans l'ensemble des spécialités proposées, à l'exception de l'obstétrique, de la radiologie interventionnelle, de l'hygiène et de l'information médicale.

3. Questionnaire aux chefs de service

Ce questionnaire n'était pas prévu dans la méthodologie initiale, mais son intérêt est apparu très rapidement dès le début des entretiens. Son lien a été adressé le 26 juin 2018 à la liste de diffusion « Chefs de service et Responsables UF AP-HP » maintenue par le pôle « Structure – gestion du temps médical » de la DOMU[7], comprenant 1137 noms, en précisant dans le message d'accompagnement que ce questionnaire ne concernait que les chefs de service accueillant des internes en médecine (qui sont environ 700).

Accessible sur internet (hébergé sur un serveur sécurisé de la DSI), il comprenait une vingtaine de questions toutes facultatives, la plupart à réponse fermée à choix simple ou multiple ; des questions ouvertes permettaient la saisie de commentaires.

186 personnes ont ouvert ou rempli partiellement le questionnaire, sans le valider ; ces réponses n'ont pas été prises en compte ;

[7] La liste « Chefs de service médicaux AP-HP » n'a pas été utilisée, son propriétaire par défaut, le référent messagerie de la DSI, ayant signalé à la mission qu'elle n'était pas à jour et qu'il faudrait la supprimer.

339 réponses complètes et validées, reçues jusqu'au 20 août 2018, ont été analysées. 53 répondants n'ont pas précisé leur spécialité. 6 n'ont pas indiqué leur groupe hospitalier d'exercice ; les autres répondants exercent dans tous les GH. Il n'était pas demandé d'indiquer son âge ou son genre. Parmi les questions ouvertes, 229 personnes ont répondu à la question « Quels commentaires souhaitez-vous faire sur les effectifs des internes de votre service ? »

Les questionnaires ont fait l'objet d'un rapport d'analyse automatique sous Lime Survey, produit au format excel® (cf. annexe 4) ; les données ont été exportées au format excel® pour pouvoir effectuer des tableaux croisés dynamiques, analyser les réponses ouvertes et réaliser des graphiques. Si nécessaire, des tests statistiques de Chi2 en ligne ont été effectués (*cf.* https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests/chideux).

1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Existant depuis le décret du 23 février 1802 instituant l'externat et l'internat des hôpitaux de Paris, profondément rénové par la loi du 23 décembre 1982 créant « l'internat pour tous », le troisième cycle des études médicales françaises est en cours de mutation. La réforme du temps de travail de 2015[8] (traduction en droit français de dispositions européennes de 2003[9]) et la réforme pédagogique de 2016[10] créent un cadre réglementaire nouveau, source d'incertitudes et de défis pour l'ensemble des acteurs concernés. Dans ce cadre, les particularités de l'internat de médecine générale sont à souligner.

1.1. La profonde évolution de l'internat en médecine

NB : Les éléments synthétisés ci-dessous sont développés à l'annexe 5*, qui en précise les sources.*

1.1.1. L'interne, reçu au concours, est historiquement la cheville ouvrière des services hospitaliers

L'« interne » est étymologiquement et historiquement, un médecin[11] en formation qui vit à l'hôpital où il est nourri et logé, assurant la gestion et le suivi médical des patients au jour le jour. Jusqu'à la réforme Debré de 1958, les internes constituaient le seul personnel médical à temps plein dans l'hôpital, ce qui a contribué à leur donner de véritables responsabilités de praticiens.

L'internat était, jusqu'à la création en 1948 des Certificats d'Etudes Spéciales (CES), la seule voie de formation des médecins spécialistes. Les CES ont été créés afin de recruter les futurs médecins de certaines disciplines, en particulier dans des domaines propres à la médecine de ville[12].

La réforme Debré de 1958 établit le plein temps hospitalier, intégrant dans un même corps les enseignants de médecine et les médecins des hôpitaux publics désormais recrutés par un concours commun sur titres dans chaque spécialité. Mais elle ne touche pas à l'internat.

Le souhait de maîtriser la démographie médicale conduit d'abord à instaurer en 1971 un numerus clausus à l'entrée de la deuxième année des études de médecine puis, en 1982, à réformer le troisième cycle pour réguler les flux de chaque spécialité à l'échelon national[13].

---

[8] Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 *relatif au temps de travail des internes* et arrêtés d'application.

[9] directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 *concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail*, disponible à l'adresse https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:299:0009:0019:fr:PDF (consultée le 9 novembre 2018).

[10] Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation et arrêtés d'application.

[11] Ou un pharmacien ; pour mémoire, le champ de la présente mission ne recouvre pas l'internat en pharmacie.

[12] Cependant, la formation pratique des étudiants inscrits aux CES (organisés par l'Université) était moindre, en durée et en qualité, que celle des internes ; ils avaient, dans l'organisation hospitalière, un statut de stagiaire et n'étaient pas rémunérés s'ils n'obtenaient pas une place de « faisant fonction d'interne ».

[13] Cette dernière réforme vise également à se conformer aux dispositions européennes sur la formation des médecins spécialistes.

1.1.2. La réforme du 23 décembre 1982 crée l'« internat pour tous »

La réforme de 1982[14], mise en œuvre en 1984, bouleverse profondément la hiérarchie et les équilibres[15] :

- Le numerus clausus en fin de première année est établi par voie ministérielle en fonction des « besoins de santé de la population » et non des possibilités de formation des facultés ;
- Pour répondre aux dispositions européennes, une seule modalité permet désormais l'accès à la qualification de spécialiste, via les diplômes d'études spécialisées (DES) : les CES sont supprimés, les flux d'étudiants concernés intégrant désormais l'internat ;
- Pour y accéder, un concours est instauré en fin de deuxième cycle des études médicales. Le nombre de postes ouverts dans chaque spécialité est défini compte tenu des besoins de santé de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques ainsi que des capacités de formation des structures d'accueil des internes ;
- Ce concours donne accès aux spécialités ; la médecine générale est accessible et enseignée sans concours.

L'« internat pour tous » est donc en fait, à cette époque, l'internat « pour tous les spécialistes » ; même si l'article 52 de la loi du 23 décembre 1982 dispose qu'il est prévu de créer dans chaque région sanitaire une filière universitaire de médecine générale, cette dernière apparaît comme déclassée.

Cette réforme de l'internat est un bouleversement radical dont les conséquences ne sont pas encore actuellement toutes explicitement comprises (*cf.* Anne-Chantal Hardy-Dubernet et al.[16], annexe 5) :

- Elle acte la fin de l'omnivalence du diplôme de docteur en médecine ;
- Elle déplace le contrôle de la formation, qui d'« initiatique » par les pairs résulte désormais d'une sélection centralisée et étatique, créant une rupture de référentiel et de valeurs entre les « anciens » et les « nouveaux » ;
- La plus grande partie des « nouveaux internes » exerceront en ville et ne feront pas de carrière hospitalière ; leurs aînés et formateurs hospitaliers ne se reconnaissent plus en eux et ont du mal à concevoir qu'ils ne soient pas tous leurs successeurs[17]. Le maintien du terme « internat » a probablement contribué à entretenir cette confusion[18].

---

[14] Loi n° 82-1098 *relative aux études médicales et pharmaceutiques*. Cf. https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000880032&pageCourante=03861 (consulté le 9 novembre 2018)

[15] Les dispositions initialement prévues ont été modulées suite à une grève nationale des étudiants en médecine au printemps 1983, d'ampleur et de visibilité jusqu'alors inédites pour un mouvement étudiant depuis mai 1968. Elles seront mises en œuvre lors des réformes ultérieures.

[16] Hardy-Dubernet A.-C., Arliaud M., Horellou-Lafarge C., et al. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins : Recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MIRE 98 : Processus de décision et changements des systèmes de santé. 2001. <halshs-00847791>.

[17] Les internes de ce « nouveau régime » furent un temps appelés « internes Canada dry » par les internes « ancien régime », issus du concours antérieur, facultatif et sélectif, organisé par faculté.

[18] Anne-Chantal Hardy-Dubernet & al (2001), *op. cité*.

1.1.3. La qualité d'étudiant de l'interne est réaffirmée par la réforme du 3e cycle de 2016

La notice de présentation du décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 *relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales et modifiant le code de l'éducation* expose que :

« *le décret modernise le système de formation des médecins et simplifie l'organisation du troisième cycle des études de médecine qu'il réoriente vers l'acquisition progressive des connaissances et compétences professionnelles.*

La formation comprend trois phases successives auxquelles correspondent des stages de trois niveaux. L'évaluation du parcours de formation de l'étudiant s'articule autour de ces trois phases. Un contrat de formation permet de définir les objectifs pédagogiques poursuivis.

Le décret instaure des options au sein d'une spécialité, adaptées à des exercices particuliers, ainsi que des formations spécialisées transversales, options partagées entre plusieurs spécialités.

Par ailleurs, le texte permet de mieux prendre en compte la situation particulière de l'étudiant et son accompagnement, notamment en ouvrant des possibilités de réorientation en cas de difficultés rencontrées en cours de formation.

(…)

Le décret ouvre également la possibilité pour un médecin en exercice d'approfondir sa spécialité ou d'en acquérir une autre, conformément à l'article 117 de la loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.[19] »

Mise en œuvre dès la rentrée 2017, alors que les textes organisant la contractualisation et l'accompagnement prévus n'étaient pas encore parus, cette réforme place l'ensemble des spécialités, y compris la médecine générale, dans un dispositif unifié quant à ses principes ; ce dernier découle du postulat que l'interne est un étudiant qui doit être formé, notamment par les médecins qui l'accueillent en stage, selon une progression formalisée pour chaque DES.

1.2. L'attention portée au temps de travail des internes et à leur qualité de vie

Les conditions de travail des internes et plus spécifiquement l'application du repos de sécurité sont une préoccupation de longue date de ces professionnels en formation et de leurs syndicats.

1.2.1. La durée du temps de travail est de plus en plus réglementée depuis 1982

En application de la loi du 23 décembre 1982, le décret n° 83-785 du 2 septembre 1983[20] définit pour la première fois la durée des obligations de service de jour des internes à onze demi-journées.

Le décret n° 2001-23 du 9 janvier 2001[21] instaure le repos de sécurité à l'issue d'une garde. Un arrêté du 14 septembre 2001 en définit la durée et en indique les modalités.

---

[19] *Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/MENS1620996D/jo/texte (page consultée le 9 novembre 2018).

[20] décret n° 83-785 du 2 septembre 1983 *fixant le statut des internes en médecine et en pharmacie. Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000508123 (page consultée le 9 novembre 2018).

Le décret n° 2002-1149 du 10 septembre 2002[22] dispose que « *ses obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine dont deux consacrées à la formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre.* »

Cette évolution réglementaire donne lieu à des commentaires et interrogations portant notamment sur l'évolution du temps médical disponible pour les patients, compte tenu de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) concernant l'ensemble des professionnels de santé, comme ceux du Professeur Gérard Friedlander qui notait en 2003 que « *la réduction du temps de travail des internes/résidents est donc une tendance universelle, et la redéfinition de leur formation et de leurs missions une obligation* » (*cf.* annexe 6).

Longtemps attendu, **le décret n°2011-954 du 10 août 2011**[23] **met en conformité le statut des internes avec la législation européenne** de 2003 concernant le temps de travail, en bornant le temps de travail maximum à 48 heures par semaine en moyenne, sur une période de quatre mois.

Cependant, la réalité est alors rarement conforme aux textes.

Suite au mouvement de grève national des internes, chefs de clinique et assistants entamé en octobre 2012, la ministre des affaires sociales et de la santé installe un groupe de travail « conditions de travail des étudiants, internes et assistants » piloté par le Directeur général de l'offre de soins. Son rapport final, rendu le 4 mars 2013[24], propose notamment :

- d'améliorer l'accueil des étudiants et des internes (action n° 3) et pour cela de mieux formaliser les politiques d'accueil, clarifier les conditions d'hébergement et de restauration des internes et des étudiants, généraliser l'accès au régime de prise en charge des frais de transport domicile / lieu de travail aux étudiants et aux internes ;
- d'élaborer un statut de l'étudiant et améliorer les conditions générales de stage des internes et étudiants (action n° 4) ;
- de valoriser les activités universitaires et de recherche (action n° 5) et notamment de sanctuariser les deux demi-journées universitaires des internes ;
- d'engager une réflexion sur la professionnalisation de l'internat et la clarification du post internat (action n° 6) ;
- de mieux prévenir les risques liés à l'exercice professionnel (action n° 8) et en particulier garantir l'application du repos de sécurité des internes et étudiants[25].

---

[21] décret n° 2001-23 du 9 janvier 2001 *modifiant le décret no 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie.* NOR : MESH0023358D. ELI non disponible.

[22] décret n° 2002-1149 du 10 septembre 2002 *modifiant le décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie*. *Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/9/10/SANH0222752D/jo/texte (page consultée le 9 novembre 2018).

[23] décret n°2011-954 du 10 août 2011 *modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales. Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/8/10/ETSH1114682D/jo/texte (page consultée le 9 novembre 2018).

[24] Disponible à l'adresse http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Groupe_de_travail_-_conditions_de_travail_des_etudiants_internets_et_assistants_-_rapport_final.pdf (page consultée le 9 novembre 2018).

[25] Bien que ces actions correspondent pour la plupart au périmètre de la mission, cette dernière n'a pas pour objet d'en évaluer les résultats.

En juin 2013, la France est mise en demeure par la Commission européenne de respecter le droit européen en matière de temps de travail des internes. À la suite d'un avis motivé émis par la Commission européenne en mars 2014, la France présente le 31 juillet 2014 un projet de réforme du temps de travail des médecins en formation visant à répondre aux obligations issues de la directive n° 2003/88/CE, évoluant après négociations avec les représentants des internes jusqu'à la publication du décret n° 2015-225 du 26 février 2015 *relatif au temps de travail des internes*.

Aux termes de sa notice, ce décret « *définit les obligations de service de l'interne, au titre de sa formation universitaire de troisième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, qui comprennent :*

- *en stage, huit demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre ; et,*
- *hors stage, deux demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre, dont une demi-journée hebdomadaire de formation pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité et une demi-journée hebdomadaire que l'interne utilise de manière autonome pour consolider et compléter ses connaissances et ses compétences.*

La formation en stage, incluant le temps de garde et d'intervention en astreintes, ainsi que la demi-journée de formation hors stage ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de trois mois.

En outre, un tableau de service nominatif prévisionnel organise le temps à accomplir au titre de la formation en stage et hors stage de l'interne, à qui il est transmis un relevé trimestriel. Un système de récupération est instauré en cas de dépassement de la durée moyenne prévue d'une part pour le temps en stage et d'autre part pour le temps en formation sur un trimestre.

Enfin, il est prévu un droit de recours à deux niveaux (local, régional) en cas de non-respect des dispositions applicables ainsi que le retrait de l'agrément du service en cas de difficultés persistantes. »[26]

1.2.2. La qualité de vie au travail est un sujet d'attention plus récente

Plusieurs travaux récents documentent l'importance du malaise et des troubles anxio-dépressifs chez les internes :

- l'enquête « santé mentale jeunes médecins » réalisée entre janvier et avril 2017 par plusieurs syndicats et associations d'étudiants en médecine, d'internes et de jeunes médecins, dont le volet spécifique aux internes en médecine a fait l'objet de la thèse pour le doctorat d'Etat en médecine de Leslie-Sarah Grichy (*cf.* encadré 2) ;
- le rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé remis en avril 2018 à la ministre des solidarités et de la santé et à la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation par la docteure Donata Marra[27], qui préconise 12 mesures (*cf.* encadré 3).

[26] *Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/2/26/AFSH1500837D/jo/texte (page consultée le 9 novembre 2018).

[27] *Cf.* https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante (page consultée le 9 novembre 2018).

Plus particulièrement en 2018 ou au début de 2019, de manière dramatique, plusieurs suicides médiatisés de soignant·e·s en formation ou en exercice ont attiré l'attention sur les difficultés et l'épuisement professionnel (« burn out ») touchant ces personnes.

Encadré 2 : Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine. Résumé. (Grichy L-S., 2017)

Objectifs : Les internes en médecine sont une population à risque de dépression et d'anxiété selon plusieurs études nord-américaines. Aucune étude sur le sujet n'avait été réalisée en France jusqu'alors. Notre objectif principal est d'analyser la prévalence de l'anxiété et de la dépression. Notre objectif secondaire est d'identifier les facteurs de risque liés à ces troubles.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale intéressant les 30000 internes en médecine français. Ils ont été interrogés du 31 janvier au 1er avril 2017. Un auto-questionnaire en ligne a été proposé. Il s'intéresse aux caractéristiques sociodémographiques, aux antécédents médicaux et psychiatriques, aux caractéristiques professionnelles et aux conditions de travail. Il est complété par le questionnaire HAD (Hospital Anxiety Depression Scale).

Résultats : 7603 internes ont répondu, soit un taux de réponse de 25%. La prévalence de la dépression et de l'anxiété est de 22,8% et 59,7% respectivement. Un quart d'entre eux (23,4%) ont déjà eu des idées suicidaires. L'analyse multivariée retrouve les facteurs de risque communs suivants pour l'anxiété et la dépression: des antécédents médicaux et psychiatriques, l'absence de soutien des pairs, et la fatigue. Des conditions de travail adaptées (absence de violences psychologiques, soutien des pairs, ressources matérielles suffisantes) et le fait d'être satisfait de son internat sont, en revanche, des facteurs de protection. La dépression est favorisée par un temps de travail excessif et le fait d'avoir fait une erreur médicale grave.

Conclusions : Les résultats de cette enquête sont alarmants. Ils justifient la mise en œuvre d'un plan de santé mentale pour les futurs et jeunes médecins, axé sur des programmes de prise en charge rapide et des actions de prévention.

MOTS CLES : Internes en médecine, facteurs de risque, dépression, anxiété, suicide

Encadré 3 : Les 12 mesures pour améliorer la qualité de vie au travail des étudiants en santé (Donata Marra, 2018)

1. Créer un centre national d'appui pour promouvoir la qualité de vie des étudiants en santé et des soignants.
2. Prévenir les risques psychosociaux par l'étayage en stage et le professionnalisme. « Lecture critique du numérique ».
3. Médecine préventive universitaire et Médecine de Santé au travail : coordination et complémentarité des approches.
4. Prévention des risques psychosociaux par les compétences transdisciplinaires : « empowerment ».
5. En PACES : renforcer l'étayage pédagogique, renforcer le collectif.
6. Faire que la lutte contre le suicide des étudiants en santé devienne l'un des objectifs prioritaire de l'Observatoire national du suicide.
7. En urgence communiquer sur les dispositifs d'accompagnement et les parcours de soins existants.
8. Prévenir les risques psychosociaux par des interventions pédagogiques sur les programmes et méthodes.
9. Pour les étudiants : PASS SANTÉ pour un accès aux soins en libéral. Réseaux de soins aux soignants.
10. Créer des centres régionaux d'accompagnement pour les internes.
11. Lutter contre le harcèlement : créer des comités ou bureaux d'intervention contre le harcèlement. « Empowerment » des étudiants pendant leur cursus : simulation, sensibilisation.
12. Assurer l'équité de traitement des étudiants en formations de santé.

1.2.3. Les mesures mises en place à l'AP-HP

La sous-commission « formation et communication » de la CME (présidée par le professeur Jean-Yves Artigou) comprend un « comité des internes et médecins à diplômes étrangers » qui traite notamment des questions de temps de travail, repos de sécurité, relations avec les coordonnateurs, préparation des commissions d'agrément et de répartition des stages, … Le sujet de la réforme du temps de travail des internes a été présenté en CME à plusieurs reprises. En particulier, le « plan d'action de l'AP-HP pour accompagner les internes en difficulté » présenté en séance plénière de la CME le 12 mai 2015 rappelait l'importance de dépister les internes en difficulté, de prévenir [le passage à l'acte], de communiquer.

Parmi les dispositifs mentionnés figuraient les « *plateformes* » [de réception d'appels téléphoniques] des syndicats des internes franciliens, dont les numéros de téléphone ou les adresses électroniques figurent sur la dernière page du livret d'accueil des internes et étudiants du 3ème cycle des études médicales à l'AP-HP.

La sous-commission « vie hospitalière » (CVH, présidée par le docteur Nicolas Dantchev) a constitué en 2016 deux groupes de travail sur le management médical et la prise en charge des situations individuelles pour rédiger le *plan de prévention et de traitement des situations conflictuelles ou à risques concernant les personnels médicaux*, dit « plan RHPM », présenté à la CME de mai 2016. L'AP-HP a choisi d'inclure les internes dans son plan RHPM et de ne pas mettre en place de mesures spécifiques à ces médecins en formation[28].

La CVH a créé et gère une messagerie d'alerte pour les praticiens et internes en situation de souffrance professionnelle (cvh.siege@aphp.fr). La Chef du Département Ressources de la DOMU a confirmé aux auditeurs que le président et le vice-président de la CVH rencontrent tous les mois le Département des ressources humaines médicales (RHM) de la DOMU en présence du professeur Serge Herson, nommé en août 2017 par le directeur général et le président de la CME « conciliateur du Directeur général et de la CME » dans les situations conflictuelles entre personnels médicaux à l'AP-HP. Ces réunions donnent lieu à un relevé de conclusions partagé entre les participants.

Le Département du développement professionnel continu médical propose des formations « RHPM » aux médecins : « Gestion du stress professionnel et prévention du burn out » (1,5 jours – 2 sessions prévues en 2019[29]) et « Prévention des risques psychosociaux au sein de l'équipe médicale » (½ journée – 2 sessions prévues en 2019[30]). D'autres sont destinées aux responsables de structures internes : « Repères managériaux à destination des responsables de structures internes » (1 jour – 3 sessions organisées en 2018 suivies par 106 personnes), ou aux membres des CVHL et des DAM : « Risques psychosociaux et CVH » en septembre 2017 (2 sessions, suivies par 22 personnes), « gestion des situations complexes individuelles en matière de risques psychosociaux » en avril 2108 (2 sessions, suivies par 29 personnes).

Cependant, suite au suicide d'une interne de l'AP-HP en février 2018 la sous-commission « formation et communication » de la CME a réactivé son groupe de travail « internes en difficulté », qui s'est réuni à trois reprises entre mars et mai 2018.

---

[28] Seul élément particulier : « le Bureau des Internes de la DOMU peut solliciter la coordination de santé au travail pour orienter un interne du CHU en difficulté dans un établissement hors AP-HP vers un service de médecine du travail de l'AP-HP ».

[29] Les 2 sessions de 2017 ont été suivies par 14 personnes, les 4 sessions de 2018 par 39 personnes (données DDPCM).

[30] Organisée pour la première fois en 2018 : 1 session, suivie par 9 personnes.

Le professeur Artigou a remis en juin son rapport au président de la CME de l'AP-HP, et l'a présenté lors de la séance d'octobre 2018. Ses 18 propositions portant sur l'accueil, le dépistage et le signalement, la prise en charge, la prévention sont rappelées dans l'encadré 4.

Encadré 4 : Les 18 propositions du « groupe des internes en difficulté » – juin 2018 (CME AP-HP)

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

Accueil

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

Dépistage et signalement

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

Prise en charge

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

Prévention

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

1.3. Les particularités de l'internat en médecine générale

Lors de la préparation et du déroulement de leur mission, il est apparu aux auditeurs que l'internat de médecine générale, les enseignants et les départements universitaires de cette spécialité et les internes de médecine générale tenaient une place particulière dans le champ de la formation en médecine en Ile-de-France, méritant un examen spécifique.

1.3.1. L'« internat de médecine générale » est juridiquement récent

La loi du 23 décembre 1982 avait instauré 4 filières d'internat, dont la filière de médecine générale était accessible directement après validation de l'examen sanctionnant le 2ème cycle des études médicales alors que l'accès aux filières de médecine spécialisée, santé publique et recherche médicale était conditionné à la réussite à un concours.

Elle ne reprenait pas les dispositions de la loi 79-565 qui nommait « résidents » les étudiants suivant le troisième cycle de médecine générale, tout comme le décret d'application de 1980 de cette dernière. Cependant, l'article 56 de la loi 87-588 du 30 juillet 1987 *portant diverses mesures d'ordre social* rétablit les termes de « résidanat » et de « résidents », renforçant la distinction entre « généralistes » et « spécialistes ».

L'article 60 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 *de modernisation sociale*[31] établit pleinement la médecine générale comme discipline d'internat, accessible au même titre que les autres. Il remplace le concours de l'internat par un examen national qui permet aux étudiants de valider leur 2ème cycle des études médicales et les classe afin qu'ils choisissent leur ville et leur discipline d'affectation.

La médecine générale est explicitement mentionnée dans l'arrêté du 10 mars 2004 *définissant la liste des disciplines du troisième cycle des études médicales*[32], pris en application du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 *relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales*[33] ; elle s'acquiert donc désormais, comme toutes les spécialités, par la validation d'un DES.

Il faut cependant attendre la loi n° 2008-112 du 8 février 2008 *relative aux personnels enseignants de médecine générale*[34] et le décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008[35] pour que soit créée une filière universitaire de médecine générale de plein exercice.

L'article 117 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé* modifie l'alinéa 2 de l'article L632-4 du Code de l'éducation, qui devient « *Après la validation du troisième cycle, un document est délivré au titulaire du diplôme, mentionnant la spécialité dans laquelle il est qualifié*. » Par contre, l'article L713-4 du même Code qui traite du rôle des unités de formation et de recherche de médecine, distingue lui toujours des « *troisièmes cycles de médecine générale, de médecine spécialisée et de santé publique* ».

1.3.2. L'exercice de la spécialité de médecine générale présente des spécificités

Depuis 2007, le diplôme validant la formation d'un médecin ayant suivi le 3ème cycle de spécialisation en médecine générale mentionne bien qu'il est « spécialiste de médecine générale ». Cependant, la médecine générale se distingue des autres spécialités par un certain nombre de spécificités, en termes d'exercice, qui conduisent par exemple Pierre-Jean Lancry à souligner que « *Il ne faudrait surtout pas que la réforme de 2004 conduise à noyer la médecine générale au sein des autres spécialités*. »[36]

---

[31] *Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/17/MESX0000077L/jo/texte : « *II. - L'article L. 632-5 du même code est ainsi modifié :*
a) Au premier alinéa, les mots : « et les résidents » sont supprimés ;
b) Au deuxième alinéa, les mots : « Les internes et les résidents » sont remplacés par les mots : « Quelle que soit la discipline d'internat, les internes » ; ». Cependant l'alinéa 2 de l'article L632-4 du Code de l'éducation n'est pas modifié (jusqu'en 2016) et demeure : « *Après la validation du troisième cycle, un document est délivré au titulaire du diplôme, mentionnant la qualification obtenue, soit en médecine générale, soit en spécialité.* » : « spécialité » et « discipline » ne sont pas équivalents.

[32] *Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2004/3/10/MENS0400507A/jo/texte.

[33] *Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/1/16/MENS0302822D/jo/texte.

[34] *Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2008/2/8/ESRX0711109L/jo/texte.

[35] décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 *portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale. Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2008/7/28/ESRX0814933D/jo/texte.

[36] Lancry P-J. *L*es conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. Rapport de mission. Paris; 27 février 2007. http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2007/medecinegenerale_270207.pdf (consulté le 9 novembre 2018).

La branche européenne de l'organisation mondiale des médecins généralistes – médecins de famille (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians [WONCA]) en a donné une définition[37], explicitant notamment ses onze caractéristiques (cf. annexe 7). En résumé, pour P-J Lancry, « *Le professionnel qui pratique la médecine générale est un spécialiste de premier recours qui coordonne les soins nécessaires au patient, assure la synthèse, permet la continuité des soins par un suivi au long cours et développe une démarche de santé publique*. »

Une dimension complémentaire est mentionnée dans les descriptions de cette spécialité figurant sur les pages dédiées à la médecine générale des sites internet de plusieurs facultés de médecine, comme celle de Lille : « *la prise en charge globale* » des patients :

« *La médecine générale reproduit un modèle global, centré sur le patient, ouvert sur l'extérieur, considérant la maladie comme l'ensemble ou la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux. Cette conception de la santé en tant que phénomène complexe est comparable à l'approche bio-psycho-sociale de Engel. (1)*

(1) D. Pouchain, Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris : Masson 1996

(...)

[Ce modèle] est caractérisé par des démarches diagnostiques et des stratégies thérapeutiques spécifiques. Il détermine les tâches professionnelles qui découlent des fonctions et qui en permettent l'application sur le terrain. Il permet de décrire une discipline médicale qui se trouve à l'interface de l'individu et de la collectivité. »[38]

Observations de la mission

Avec l'évolution des connaissances médicales et celle des études de médecine, la médecine générale n'est plus un corpus commun à l'ensemble des médecins, dont certains se spécialiseraient ensuite. La spécialité de médecine générale est maintenant conceptuellement bien définie par les médecins qui l'enseignent ; nombre d'entre eux ont mené de véritables luttes syndicales et professionnelles pour en permettre l'émergence. Les questions de sa reconnaissance par l'ensemble des professionnels de santé et de sa place réelle dans le système de santé restent cependant encore ouvertes.

Les enseignants de médecine générale rencontrés par la mission se fondent sur la définition, et sur le caractère pour eux exclusivement ambulatoire (« de premier recours » ou « de ville ») de l'exercice de leur spécialité pour expliquer pourquoi, à leurs yeux, peu de services hospitaliers – en particulier hospitalo-universitaires – sont en capacité de former des internes en médecine générale. Comme l'a constaté la mission, la place et le rôle des internes de médecine générale à l'AP-HP sont sujets de controverse entre les enseignants de médecine générale et les responsables universitaires rencontrés (*cf*. point 3.1.4, page 83).

[37] *Cf.* http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA definition French version.pdf (consulté le 9 novembre 2018).

[38] *Cf.* http://medecine.univ-lille2.fr/dmg_enseignements/ (page consultée le 9 novembre 2018).

2. CONSTATS

2.1. Données démographiques

2.1.1. L'AP-HP accueille environ 3000 internes en médecine chaque semestre

Au 1er mai 2018, près de 5 000 internes en médecine, pharmacie et odontologie ont été affectés par l'ARS en stage dans un établissement de santé francilien, dont 92 % (4 577) d'internes en médecine. L'AP-HP accueillait 2 675 de ces derniers, soit 58 %.

Pour le stage de novembre 2018, les effectifs totaux affectés sont de 5 326, dont 92 % (4 894) sont internes en médecine. L'AP-HP en accueille 2 906, soit 59 %.

Leurs effectifs par type de formation, promotion, grande discipline, spécialité, hôpital et groupe hospitalier de l'AP-HP figurent dans les tableaux ci-dessous[39].

Données globales

Tableau 1 : Effectifs des internes en Ile-de-France en 2018

Type de formation	**AP-HP** mai - oct 2018 / nov 2018 -avril 2019	**hors AP-HP** mai - oct 2018 / nov 2018 -avril 2019	**Total** mai - oct 2018 / nov 2018 -avril 2019
Dentiste	71 / 74	8 / 3	79 / 77
Médecin	2675 / 2906	1902 / 1988	4577 / 4984
Pharmacien	235 / 241	100 / 114	335 / 355
Total	2981 / 3221	2010 / 2105	4991 / 5326

Tableau 2 : Evolution des internes à l'AP-HP (mai 2014 - novembre 2017)

Mai 2014	Mai 2015	Mai 2016	Mai 2017	% évol 2014 / 2017	Nov 2014	Nov 2015	Nov 2016	Nov 2017	% évol 2014 / 2017
2574	2767	2972	3019	17%	2870	3027	3104	3249	13%

Nota : les modalités d'enregistrement des internes et la fiabilité de la source des données étant différentes avant et après mai 2018, les effectifs 2018 ne sont pas totalement comparables à ceux des années antérieures.

La DOMU rappelle que, pour l'AP-HP, les effectifs des stages de « printemps – été » sont traditionnellement inférieurs à ceux de l' « automne – hiver ». La désaffection estivale relative s'expliquerait, selon différents interlocuteurs de la mission :

- par la modulation dans le nombre de postes ouverts en raison des variations saisonnières d'activité (par exemple, les services de pédiatrie demandent plus de postes l'hiver, pour aider à faire face à l'afflux de patients lors des épidémies de bronchiolites) ;
- par la défection de certains internes de première année qui, voulant se présenter une seconde fois aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième

[39] Source : données ARS, transmises à la DIA par la DOMU – retraitements DIA.

cycle des études médicales (ECNI) de juin, avec l'objectif de pouvoir choisir une spécialité différente de celle acquise l'année précédente, ne prennent pas leur poste ;

- par la diminution de l'effectif global suite à la fin d'internat au 1er mai des étudiants ayant décalé leur cursus de 6 mois (suite à une disponibilité ou une invalidation de semestre), les nouvelles promotions d'internes n'arrivant qu'en novembre[40] ;
- par le souhait de nombre d'internes d'être affectés dans des services hors CHU, à l'activité moindre à cette période, afin de pouvoir plus facilement choisir leurs dates de vacances et de ne pas être trop surchargés de travail lors des vacances des collègues co-internes. La formation dans les stages de CHU est par ailleurs considérée comme souvent de moindre qualité l'été par rapport à l'hiver (pas de cours dans les services pendant deux mois sur 6, moins de seniors disponibles, …).

[40] Cela représente au moins 140 internes de médecine générale pour l'année 2018-2019, selon la présidente du SRP-IMG.

Répartition au sein des hôpitaux et GH de l'AP-HP

Tableau 3 : Répartition des internes en médecine au sein des hôpitaux de l'AP-HP (2014 – 2018)

libellé site	MAI 2014	MAI 2015	MAI 2016	MAI 2017	MAI 2018	Evol (%)	NOV 2014	NOV 2015	NOV 2016	NOV 2017	NOV 2018	Evol (%)
A.CHENEVIER-H.MONDOR	147	162	165	175		19,7%*	155	179	176	188		26,5%*
ALBERT-CHENEVIER (CRETEIL)					13						16	
AMBROISE-PARE (BOULOGNE)	63	76	79	84	93	47,6%	82	87	85	92	98	19,5%
ANTOINE-BECLERE (CLAMART)	45	54	66	61	55	22,2%	57	67	72	72	70	22,8%
A.TROUSSEAU-LA ROCHE GUYON	91	100	96	99	102	12,1%	102	111	103	108	111	8,8%
AVICENNE (BOBIGNY)	59	74	80	86	94	59,3%	80	86	77	82	88	10,0%
BEAUJON (CLICHY)	61	74	74	75	76	24,6%	70	78	79	81	86	22,9%
BICETRE	142	152	158	175	175	23,2%	158	165	180	172	195	23,4%
BICHAT-CLAUDE-BERNARD	117	126	147	149	139	18,8%	135	147	148	147	163	20,7%
BRETONNEAU	6	6	6	5	4	-33,3%	8	6	6	8	6	-25,0%
BROCA-LA ROCHEFOUCAULD-LA COLLEGIALE	10	11	11	11	11	10,0%	12	12	13	17	17	41,7%
CCLIN PARIS-NORD											1	
CHARLES-FOIX-JEAN-ROSTAND (IVRY)	14	15	18	13	12	-14,3%	22	16	17	23	16	-27,3%
COCHIN SAINT VINCENT DE PAUL	171	193	194	197	180	5,3%	183	200	197	206	200	9,3%
CORENTIN CELTON	22	21	20	21	20	-9,1%	23	20	22	21	22	-4,3%
EMILE-ROUX (LIMEIL)	5	6	4	2	2	-60,0%	8	4	3	3	3	-62,5%
HEGP	112	137	139	151	169	50,9%	133	137	151	160	181	36,1%
HENRI-MONDOR (CRETEIL)					163						180	
HOPITAL MARIN DE HENDAYE				1	1				1	0		
HOSPITALISATION A DOMICILE	0	2	1	1			1	1	1	0		
HOTEL-DIEU DE PARIS	24	21	25	27	47	95,8%	28	25	26	26	45	60,7%
JEAN-VERDIER (BONDY)	48	49	43	46	39	-18,8%	54	55	47	44	43	-20,4%
LARIBOISIERE FERNAND WIDAL	142	147	151	155	166	16,9%	146	151	155	159	170	16,4%
LOUIS-MOURIER (COLOMBES)	56	55	67	62	71	26,8%	65	71	68	70	71	9,2%
NECKER ENFANTS MALADES	142	147	164	159	178	25,4%	154	166	162	167	195	26,6%
PAUL-BROUSSE (VILLEJUIF)	28	25	31	21	14	-50,0%	26	28	29	32	21	-19,2%
PITIE-SALPETRIERE	235	252	284	283	307	30,6%	264	278	288	312	324	22,7%
RAYMOND POINCARE (GARCHES) - BERCK	28	26	32	26	33	17,9%	27	31	28	30	34	25,9%
RENE MURET - BIGOTTINI	10	12	9	7	7	-30,0%	10	11	10	8	2	-80,0%
ROBERT DEBRE	98	95	111	111	112	14,3%	104	112	113	118	132	26,9%
ROTHSCHILD	15	17	18	11	15	0,0%	17	18	18	15	19	11,8%
SAINT ANTOINE	101	110	116	117	138	36,6%	112	119	119	137	148	32,1%
SAINT LOUIS	104	108	115	123	125	20,2%	110	119	120	133	133	20,9%
SAINTE-PERINE	8	10	11	9	6	-25,0%	11	11	11	10	8	-27,3%
TENON	93	90	91	95	102	9,7%	94	100	102	105	106	12,8%
URC ECO					1							
VAUGIRARD-GABRIEL PALLEZ	1	2	1				1	2	1			
SIEGE AP-HP					5						2	
Total	2198	2375	2527	2558	2675	21,7%	2452	2613	2628	2746	2906	18,5%
Non affecté	13	9	6	4			22	17	9			
UG Fictive - agents non payés	1264	1275	1361	1286			1431	1536	1486	1367		
ADMINISTRATION GENERALE AP-HP	1040	1153	1274	1363			1120	1188	1328	1397		

* Evolution 2014-2018 du regroupement A. Chenevier – H. Mondor (dissociés en 2018)

Les sources de données et les modalités d'affectation des internes ayant évolué depuis 2017, il n'est pas possible de comparer à l'unité près les évolutions au sein de chaque site. On note cependant une nette baisse pour les établissements à dominante gériatrie et soins de suite et de réadaptation, liée aux nouvelles modalités d'affectation des internes de médecine générale.

Tableau 4 : Répartition des internes en médecine au sein des GH et hors GH de l'AP-HP en 2018

groupe hospitalier ou site	Nouvelle AP-HP	Mai – octobre 2018		Novembre 2018 – avril 2019	
		Nb int med	% int med / total	Nb int med	% int med / total
CCLIN Paris Nord				1	0,0%
Hors GH (Hendaye)		1	0,0%		
HU HMN		178	6,7%	199	6,8%
HU NCK-EM	.5	178	6,7%	195	6,7%
HU PSL-CFX	.6	319	11,9%	340	11,7%
HU RDB	.7	112	4,2%	132	4,5%
HU SLS-LRB-FW	.7	291	10,9%	303	10,4%
HUEP	.6	357	13,3%	384	13,2%
HUPC	.5	238	8,9%	262	9,0%
HUPIFO		126	4,7%	132	4,5%
HUPNVS	.7	290	10,8%	326	11,2%
HUPO	.5	195	7,3%	211	7,3%
HUPS		244	9,1%	286	9,8%
HUPSSD		140	5,2%	133	4,6%
Siège		6	0,2%	2	0,1%
Total AP-HP		2675	100,0%	2906	100,0%

Les Hôpitaux universitaires de l'Est parisien, La Pitié-Salpêtrière – Charles Foix, Saint Louis – Lariboisière – Fernand Widal et les Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine accueillent chacun plus de 10 % des internes en médecine de l'AP-HP. Viennent ensuite les Hôpitaux universitaires Paris Sud et Paris Centre.

Les groupes AP-HP .5, .6 et .7 en accueilleront chacun environ 23, 25 et 26 %, toutes choses égales par ailleurs.

Répartition selon l'année de promotion (stage novembre 2018 – avril 2019)

Tableau 5 : Répartition des internes en médecine selon leur année de début d'internat (novembre 2018)

1ère année d'internat (semestre. nov 2018 – avril 2019)	AP-HP	hors AP-HP	Total
2018	616	646	1262
2017	589	494	1083
2016	742	340	1082
2015	495	260	755
2014	316	160	476
2013	114	71	185
avant 2013	34	17	51
Total	2906	1988	4894

Toutes spécialités confondues, la promotion la plus présente au sein de l'AP-HP est celle des internes en 3ème année d'internat *cf.* tableau 5). Par « grandes discipline », c'est la 3ème année pour la chirurgie et la médecine générale et la 2ème année pour la médecine spécialisée (*cf.* tableau 6).

Tableau 6 : Effectifs des "grandes disciplines" des internes en médecine actuellement à l'AP-HP selon leur 1ère année d'internat (novembre 2018)

Grande discipline	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Biologie					3	6	12	11	13	16	61
Chirurgie			1	6	27	63	89	105	72	85	448
Médecine du travail						2	6	4	5	10	27
Médecine générale				1	2	7	35	204	45	97	391
Médecine spécialisée	1	3	3	18	79	223	313	391	405	373	1809
Psychiatrie					3	12	37	23	44	28	147
Santé publique			1			3	3	4	5	7	23
Total	1	3	5	25	114	316	495	742	589	616	2906

Répartition des internes selon leur spécialité

En novembre 2018, l'AP-HP accueille en stage plus de la moitié des internes de chaque spécialité, excepté huit : ophtalmologie, chirurgie orale, chirurgie thoracique, médecine du travail, médecine générale, médecine vasculaire, psychiatrie et santé publique (*cf.* tableau 7 page 34).

Tableau 7 : Répartition des internes en médecine par spécialité à et hors l'AP-HP (nov. 2018)

	AP-HP		hors AP		Total
Spécialité (des internes)	Nb	%	Nb	%	
Allergologie	2	*50,0%*	2	*50,0%*	4
Ana-cyto-pathologie	39	*73,6%*	14	*26,4%*	53
Anesthésie-réanimation	344	*70,2%*	146	*29,8%*	490
Biologie médicale	61	*93,8%*	4	*6,2%*	65
Cardiologie - maladies vasculaires	102	*75,6%*	33	*24,4%*	135
Chirurgie – neurochirurgie*	12	*66,7%*	6	*33,3%*	18
Chirurgie – ophtalmologie*	54	*35,3%*	99	*64,7%*	153
Chirurgie – ORL*	43	*52,4%*	39	*47,6%*	82
Chirurgie – urologie*	11	*61,1%*	7	*38,9%*	18
Chirurgie générale*	137	*73,7%*	49	*26,3%*	186
Chirurgie maxillo faciale*	4	*80,0%*	1	*20,0%*	5
Chirurgie orale*	8	*44,4%*	10	*55,6%*	18
Chirurgie orthopédique et traumatologie*	27	*67,5%*	13	*32,5%*	40
Chirurgie pédiatrique*	8	*80,0%*	2	*20,0%*	10
Chirurgie plastique*	9	*60,0%*	6	*40,0%*	15
Chirurgie thoracique*	3	*42,9%*	4	*57,1%*	7
Chirurgie vasculaire*	4	*57,1%*	3	*42,9%*	7
Chirurgie viscérale*	20	*83,3%*	4	*16,7%*	24
Dermatologie	57	*79,2%*	15	*20,8%*	72
Endocrinologie	36	*90,0%*	4	*10,0%*	40
Génétique médicale	8	*88,9%*	1	*11,1%*	9
Gériatrie	71	*84,5%*	13	*15,5%*	84
Gynécologie médicale	34	*50,7%*	33	*49,3%*	67
Gynécologie obstétrique	108	*51,7%*	101	*48,3%*	209
Hématologie	35	*87,5%*	5	*12,5%*	40
Hépato gastro entérologie	58	*72,5%*	22	*27,5%*	80
Maladies infectieuses et tropicales	9	*52,9%*	8	*47,1%*	17
Médecine d'urgence	107	*63,3%*	62	*36,7%*	169
Médecine du travail	27	*45,0%*	33	*55,0%*	60
Médecine générale	391	*42,3%*	533	*57,7%*	924
Médecine intensive - réanimation	19	*65,5%*	10	*34,5%*	29
Médecine interne	109	*74,7%*	37	*25,3%*	146
Médecine légale	4	*50,0%*	4	*50,0%*	8
Médecine nucléaire	13	*72,2%*	5	*27,8%*	18
Médecine physique & réadaptation	38	*64,4%*	21	*35,6%*	59
Médecine vasculaire	17	*41,5%*	24	*58,5%*	41
Néphrologie	42	*75,0%*	14	*25,0%*	56
Neurologie	58	*72,5%*	22	*27,5%*	80
Oncologie	62	*51,7%*	58	*48,3%*	120
Pédiatrie	270	*74,6%*	92	*25,4%*	362
Pneumologie	55	*73,3%*	20	*26,7%*	75
Psychiatrie	147	*36,0%*	261	*64,0%*	408
Radiodiagnostic	114	*69,9%*	49	*30,1%*	163
Radiologie et imagerie médicale	60	*63,8%*	34	*36,2%*	94
Rhumatologie	46	*78,0%*	13	*22,0%*	59
Santé publique	23	*30,7%*	52	*69,3%*	75
Total	2906	*59,4%*	1988	*40,6%*	4894

* Les effectifs des spécialités chirurgicales sont ceux recensés par l'ARS mais ne correspondent pas aux effectifs réels. En effet, la spécialité des internes de chirurgie « ancien régime » n'est pas toujours connue : nombreux sont ceux dont l'affiliation est « chirurgie générale », même s'ils se destinent à une spécialisation actuellement acquise par un DESC.

2.1.2. L'évolution théorique pour les 4 prochaines années : une stabilité globale du nombre d'internes en médecine…

En novembre 2018, 1389 des 1498 internes en médecine de première année attendus en Ile-de-France ont été affectés à une spécialité (soit un taux de couverture de 92,7 %). Le déficit se situe en médecine générale, gériatrie et médecine et santé au travail (*cf*. tableau 8).

Tableau 8 : Différentiel internes à former – internes affectés en Ile-de-France (novembre 2018)

	nb d'internes à former	nb d'internes affectés	taux d'affectation
Toutes disciplines confondues	1498	1389	92,7 %
Dont médecine générale	*534*	*446*[41]	*83,5 %*
Dont gériatrie	*50*	*41*	*82 %*
Dont médecine et santé au travail	*25*	*13*	*52 %*

Toutes spécialités confondues, les perspectives de recrutement fixées par les textes sont stables jusqu'en novembre 2020 à l'échelle de l'Ile-de-France, avant une augmentation modeste puis plus importante ; la croissance totale théorique sera de 6 % entre 2018 et 2022[42] (*cf*. tableau 9).

Tableau 9 : Nombre d'internes à former en Ile-de-France de 2018 à 2022 (Journal officiel)

	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	Evolution 2018-2022
Toutes disciplines confondues	1498	1498	1491	1524	1595	+97
Dont médecine générale	*534*	*534*	*533*	*553*	*579*	*+45*
Dont gériatrie	*50*	*50*	*50*	*50*	*52*	*+2*
Dont médecine et santé au travail	*25*	*25*	*25*	*25*	*25*	*0*
Dont psychiatrie	*94*	*94*	*93*	*95*	*105*	*+11*
Dont pédiatrie	*82*	*82*	*82*	*83*	*90*	*+8*
Dont médecine interne et immunologie clinique	*28*	*28*	*28*	*30*	*32*	*+4*

Cette croissance concerne cependant pour la moitié des spécialités qui sont déficitaires, et le resteront en l'absence de mesures particulières permettant de revaloriser leur exercice futur. Les autres spécialités varieront à la marge, mécaniquement au regard du nombre d'internes à former dans chacune d'elles.

2.1.3. … et une baisse du nombre des internes en médecine générale à l'AP-HP

La spécialité aux effectifs les plus élevés en Ile-de-France est actuellement la médecine générale, dont l'AP-HP accueille pour le semestre en cours 42 % des internes affectés en stage

[41] Alors que 446 internes avaient choisi la médecine générale en Ile-de-France à l'issue de la procédure de choix et d'affectation des internes reçus aux épreuves classantes nationales informatisées (ECNI) de juin 2018 (pour un nombre d'internes à former dans cette subdivision territoriale pour l'année 2018-2019 de 534), seuls 330 postes de médecine générale ont été pris par des internes de cette nouvelle promotion pour le semestre novembre 2018 – avril 2019.

[42] *Cf.* l'arrêté du 14 août 2018 *rappelant pour l'année 2018 et projetant pour la période 2019-2022 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision territoriale* (https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037319039, page consultée le 9 novembre 2018).

hospitalier. Un peu plus de la moitié (52 %) de ces 391 internes sont en cours de leur 3ème et dernière année d'internat. Ils sont 4,6 % de moins qu'au semestre précédent.

La typologie des services d'accueil des internes de médecine générale (IMG), établie à partir de leurs noms tels qu'ils sont mentionnés dans les documents transmis à la DIA, figure dans le tableau 10 :

Tableau 10 : Domaines d'accueil des internes en médecine générale à l'AP-HP (novembre 2018)

Domaine (d'accueil)	Nombre d'internes en médecine générale	
	Mai – octobre 2018	Nov 18 – avril 2019
Gériatrie	62	61
Gynécologie obstétrique	39	37
Médecine	39	29
Médecine (cs)	11	10
Médecine spécialisée	65	61
Pédiatrie	45	38
Pédiatrie - néonat	2	2
Pédiatrie spécialisée	1	1
Psychiatrie	0	1
Urgences	106	121
Urgences (aval)	6	5
Urgences pédiatriques	34	25
Total	410	391

Au regard du nombre total d'internes accueillis à l'AP-HP, la diminution du nombre et de la proportion d'internes en médecine générale entre mai et novembre 2018, alors que la répartition des stages d'internes de médecine générale entre AP-HP et hors AP est stable, est statistiquement significative (p=0,02).

L'augmentation du nombre et de la proportion d'IMG effectuant un stage dans une structure d'urgences, au regard des autres terrains d'accueil, n'est pas statistiquement significative[43].

Actuellement, compte tenu :

- de la nouvelle maquette du DES de médecine générale, qui a supprimé l'exigence du stage en CHU ;
- des orientations pédagogiques exprimées par le Collège National des Généralistes Enseignants[44] se traduisant dans les critères et décisions d'agrément des stages hospitaliers pour le DES médecine générale ;
- de la faible attractivité de l'Ile-de-France pour l'internat en médecine générale au regard de la plupart des autres régions[45] ;

[43] P=0,1 pour urgences adultes, p=0,25 pour urgences adultes et pédiatriques.

[44] CNGE, dont le président est le Pr Vincent Renard, directeur du Département Universitaire d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale de la Faculté de médecine de Paris-Est Créteil Val de Marne.

[45] 446 internes ont choisi la médecine générale en Ile-de-France à l'issue de la procédure de choix et d'affectation des internes reçus aux épreuves classantes nationales informatisées (ECNI) de juin 2018 ; le nombre d'internes à former dans cette subdivision territoriale pour l'année 2018-2019 figurant dans l'arrêté du 14 août 2018 était de 534. Mais seuls 330 postes de médecine générale ont été pris par des internes de cette nouvelle promotion pour le semestre novembre 2018 – avril 2019.

– et des critères de choix des internes entre stages à l'AP-HP ou hors AP-HP, qui peuvent leur faire préférer des stages en hôpital général[46],

et en l'absence d'évolution de ces paramètres, l'AP-HP doit s'attendre dans les années à venir à une réduction du nombre d'internes en médecine générale dans les services qui les accueillent.

2.2. Les conditions matérielles d'accueil et d'exercice des internes sont perçues comme globalement satisfaisantes, même si elles restent perfectibles sur certains sujets récurrents

2.2.1. La réunion d'accueil des internes au sein du GH ou du site, jugée importante, peut gagner en efficacité

Tous les groupes hospitaliers organisent une réunion d'accueil des internes, le premier jour du stage ou le lendemain ; une réunion par site a lieu pour les GH multi-sites sauf dans les Hôpitaux universitaires Paris Ile-de-France Ouest (HUPIFO) où elle est unique pour le GH[47].

Son organisateur (*cf*. tableau 11) est en général la direction (ou DAM, ou Bureau du personnel médical [BPM]). Le président de la CMEL est partie prenante dans 4 GH, il délègue à la CVHL dans un autre. Dans un GH, la CVHL est organisatrice « *en lien avec la Direction et le président de CMEL* ». Dans un, la réunion est organisée par le service des urgences, dans un autre la DAM l'organise en lien avec le responsable du Service d'accueil des urgences. L'université est associée à l'organisation de cette réunion d'accueil dans un GH.

Tableau 11 : Organisateurs de la réunion d'accueil des internes à l'échelon du site ou du GH

GH	Direction	Pdt CMEL	CVHL	Université	Autre - Remarque
HUPIFO	Oui	Oui	Org	Non	La CVHL en lien avec la direction et le président de la CMEL
HU NCK-EM	Org	Non		Non	CVHL intervient
HUEP (SAT)	Non	Non		Non	Service des urgences
HU PSL-CFX	Org	Oui		Oui	
SLS	Org (BPM)	Non		Non	
LRB-FW	Org (DAM)	Oui		Non	
HUPS	Org	Non		Non	
HUPC	Org	Non		Non	
HU RDB	Org (DAM)	Oui		Non	accueil administratif le matin + accueil par la communauté médicale l'après-midi
HUPNVS	Org	Non		Non	

[46] En novembre 2018, 97 postes ouverts à des internes de médecine générale de première année ont été pourvus à l'AP-HP et 233 hors AP-HP.

[47] Cependant, seul 1 GH a décrit en détail les réunions tenues sur chacun de ses deux sites ; 13 réponses seulement ont donc été analysées par la DIA.

GH	Direction	Pdt CMEL	CVHL	Université	Autre - Remarque
HUPO	Org	Non		Non	
HUPSSD	Org	Non		Non	en lien avec le responsable du SAU
HU HMN	Oui	Oui (délègue)	Oui	Non	Co construit entre la DAM et la CVHL par délégation du président de CMEL

Les internes sont prévenus de diverses façons (*cf.* tableau 12) :

- Par message électronique dans 5 GH ; deux combinent cette voie avec d'autres canaux (ci-dessous) ;
- Par l'intermédiaire des chefs de service ou d'unité fonctionnelle (7 GH) ou par message « au service » (1 GH). Parmi eux, le message est conjoint DAM – président de CMEL dans un cas ; dans un GH l'information aux chefs de service comporte une « *injonction de participer* », dans un autre un message est adressé aux chefs de service et d'unité fonctionnelle « *pour les informer sur le module d'accueil et leur demander de libérer les internes* » ;
- Oralement, lors de l'accueil administratif du matin (en plus du message aux chefs de service) dans un GH ;
- Par affichage dans 2 GH ;
- Par un courrier nominatif adressé à chaque interne dans son service d'affectation en amont de sa prise de fonction ;
- Un GH ajoute aux courriels aux chefs de service et aux internes une information préalable en CMEL sur le séminaire d'accueil et le déroulement de la première journée des internes.

Ce circuit d'information semble ne pas toucher l'ensemble des destinataires : à la question « *au début du semestre, une séance d'accueil des internes a-t-elle été organisée à l'échelon de l'hôpital ou du GH ?* », 80 % des internes ayant rempli le questionnaire qui leur était destiné répondent « oui », 10 % « non » et 8 % « je ne sais pas ». Cependant, 41 % de ceux n'ayant pas répondu « oui » (soit 7,5 % des répondants) auraient souhaité qu'un accueil des internes soit organisé à l'échelon de leur hôpital ou du GH.

Tableau 12 : Modalités d'invitation des internes à la réunion d'accueil (mai 2018)

GH	Information en CMEL	Chefs de service	Service	Mél aux internes	Courrier ds le service	Oralement	Affichage
HUPIFO		X					
HU NCK-EM		X					
HUEP				X			
HU PSL-CFX				X			
SLS		X					
LRB-FW		X					
HUPS					X		
HUPC		X					
HU RDB		X				X	X
HUPNVS				X			
HUPO			X				
HUPSSD				X			X
HU HMN	X	X		X			

Observation de la mission

L'envoi de messages électroniques de nature professionnelle pour joindre les internes et plus généralement l'utilisation de messageries électroniques par les internes dans le cadre de leur exercice posent des difficultés juridiques et techniques. Ce sujet est abordé page 51.

Le taux de participation des internes à cette réunion d'accueil est variable, et pas toujours mesuré. Selon les réponses des DAM au questionnaire, complétées par les entretiens avec la mission, il varie de 40 % à 90 %[48]. Pour l'améliorer, 6 GH l'accolent à ou la couplent avec la constitution de la liste de gardes (NCK-EM pour les gardes pédiatriques des urgences et du 115, LRB, HUPNVS, HUPSSD, HUPC, HUPO) mais celle-ci ne concerne pas toujours tous les internes. Un GH (HU HMN) dédie « *un séminaire spécial bloc aux internes de chirurgie et d'anesthésie* ».

Les trois quart des internes ayant répondu au questionnaire de la DIA ont assisté en totalité (49 %) ou en partie (26 %) à cette réunion. Parmi ceux qui n'y sont pas allés 9 % auraient aimé mais indiquent en majorité n'avoir pas pu se libérer de leur activité clinique en stage (*cf.* tableau 13).

Tableau 13 : Participation des internes à la réunion d'accueil de leur GH (selon les internes)

Q : Avez-vous assisté à la réunion d'accueil des internes de votre GH ou site ?	Nombre	Pourcentage
Oui, en totalité (A1)	195	49,12%
Oui, en partie (A2)	102	25,69%
Non car je n'ai pas pu, mais j'aurais aimé (A3)	36	9,07%
Non car cela ne m'intéressait pas (A4)	15	3,78%
Non car j'avais déjà assisté à cette réunion dans ce GH un semestre précédent (A5)	28	7,05%
Non car j'avais déjà assisté à une réunion analogue dans un autre GH un semestre précédent (A6)	14	3,53%
Autre	6	1,51%
Sans réponse	1	0,25%

(A3) Vous auriez aimé assister à la réunion d'accueil mais…	Nombre	Pourcentage
Le jour ne vous convenait pas	1	2,63%
L'horaire ne vous convenait pas	3	7,89%
Vous n'avez pas pu vous libérer de votre stage	27	71,05%
Autre :	5	13,16%
Formalités administratives à réaliser en parallèle (2)		
Je sortais de garde de l'ancien stage je suis arrivé très en retard (1)		
Maternité (1)		
Pas informée de l'horaire (1)		

[48] Dans ce dernier cas (90 %), est considérée comme « participation » le passage au stand de la DAM, où se fait le dépôt du dossier administratif de l'interne, à la porte de l'amphithéâtre dans lequel se tient la réunion d'accueil ; le taux de présence dans l'amphithéâtre est estimé être de 50 %.

La réunion d'accueil est un moment que les directions veulent convivial : « *un pot, un buffet ou une collation* » sont proposés aux internes à l'occasion de cette réunion dans 10 GH sur 12. HUEP et HUPNVS n'organisent rien.

Sa durée est majoritairement comprise entre 1 et 2 heures (pour 7 GH, soit 54 %). Elle dure moins d'une heure dans les 2 sites des Hôpitaux universitaires Saint Louis – Lariboisière – Fernand-Widal, entre 2 et 3 heures dans 3 GH (HUEP, HU RDB et HUPSSD), une demi-journée dans un (HUPIFO).

Toutes les DAM de GH sauf celle des HUPSSD (qui la trouve « trop courte ») et celles de SLS et HUPO (non répondants) considèrent que la durée est adéquate pour traiter tous les sujets prévus ; au vu du taux de fréquentation par les internes, les onze répondants la trouvent « de bonne durée ».

Les avis des internes sont plus partagés : plus des ¾ des répondant ont apprécié le jour, près des 2/3 l'horaire ; plus de 40 % ont le souvenir d'une durée supérieure à 2 heures ; un peu plus d'¼ considèrent la durée comme « bonne » et plus de 45 % comme « trop longue » (*cf.* tableau 14).

Tableau 14 : Appréciation de la réunion d'accueil (selon les internes)

Que diriez-vous du jour, de l'horaire et de la durée de cette réunion ?	Nombre	Pourcentage
Le jour me convenait bien	179	77,49%
Le jour ne me convenait guère mais j'ai pu m'arranger	14	6,06%
Sans opinion sur le jour	25	10,82%
L'horaire était convenable	149	64,50%
L'horaire ne me convenait guère mais j'ai pu m'arranger	24	10,39%
Sans opinion sur l'horaire	24	10,39%
Durée de moins d'une heure	21	9,09%
Durée d'une à deux heures	75	32,47%
Durée supérieure à deux heures	97	41,99%
Je n'ai pas souvenir de la durée	20	8,66%
C'était une bonne durée	62	26,84%
C'était trop court	2	0,87%
C'était trop long	104	45,02%
Sans opinion sur la durée	31	13,42%

Les intervenants mentionnés par les DAM sont toujours le directeur du GH (ou son représentant), le président de la CMEL (ou son représentant, sauf dans un GH). Sont également conviés à s'exprimer (*cf.* tableau 15 page 42) :

- le RSMQPCM (Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse) dans 6 GH, le responsable antibiothérapie (1 GH) ou un membre de la commission antibiotiques (1 GH) ;
- le président du CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) dans 5 GH, le praticien chargé de l'hygiène ou l'équipe opérationnelle d'hygiène dans 4 GH ;
- un représentant de la cellule QSS-CAPCU (Qualité sécurité des soins - conditions d'accueil et de prise en charge des usagers) dans 4 GH ; le CGRAS (Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins) dans 3 GH ;
- le médecin d'information médicale (DIM) dans 5 GH ;
- le médecin de santé au travail dans 5 GH ;

- le président de la COMEDIMS (Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) dans 3 GH, « la pharmacie » dans 2 GH ;
- le chef de service des urgences dans 3 GH ;
- Le président de la CVH et celui de la COPS (commission de l'organisation de la permanence des soins) et chargé de la salle de garde, le Vice-doyen, les « responsables équipes mobiles/transversales (soins palliatifs, gériatrie, psychiatrie…) », la psychologue du personnel, le responsable de la salle de garde, « la radiologie », le « référent droit des patients », les « référents dossier médical informatisé », le « médecin référent de l'application Smartphone » et un « intervenant de la CPAM » sont cités une fois chacun.

Observation de la mission

Les auditeurs ont noté, lors des entretiens complémentaires qu'ils ont eu au sein de chaque groupe hospitalier[49], que les membres des communautés hospitalières de l'AP-HP rencontrés ont des avis divergents sur la participation de la Caisse primaire d'assurance maladie au séminaire d'accueil des internes ; certains (médecins et administratifs) y sont favorables, d'autres non : « *ce serait un mélange des genres, on est là pour accueillir les internes et pas pour parler plan d'économies.* »

La DIA partage ce dernier point de vue. Elle n'oublie pas les engagements institutionnels, notamment de maîtrise des dépenses de transports, contractualisés avec l'Assurance maladie. Mais elle considère que le moment de l'accueil des internes dans une communauté hospitalière n'est pas bien choisi pour qu'un partenaire extérieur vienne les sensibiliser aux aspects financiers de certaines « bonnes pratiques ».

[49] Sauf Henri Mondor.

Tableau 15 : Intervenants lors de la réunion d'accueil de mai 2018 (selon les DAM)

	Dir *-PCMEL	CLIN EOH	COMEDIMS/ Com ATB/ Pharmacie	RSMQ PCM	CGRAS	QSS CAPQ	DIM	santé au travail	Chef de service urgences	autres
HUPIFO	D+P	CLIN	Com ATB	Oui			Non	Non		*Voir note 1*
HU NCK-EM	D+d+P	CLIN+EOH	PUI	Oui			Non	Oui		*Voir note 2*
HUEP	d+P	CLIN	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non		
HU PSL-CFX	d+P	CLIN	COMEDIMS	Oui		Oui	Oui	Non		
SLS	d+P							Oui	Oui	La psychologue du personnel
LRB-FW	D+d+P	EOH						Oui		*Voir note 3*
HUPS	d	EOH	R ATB, PUI	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	*Voir note 4*
HUPC	D+d+P	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non		
HU RDB	D+d+P							Oui		
HUPNVS	D+d+P	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	*Voir note 5*
HUPO	D+d+P	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non		*Voir note 6*
HUPSSD	d+P	EOH	COMEDIMS	Non	Non	Non	Oui	Non		*Voir note 7*
HU HMN	d+P	CLIN	COMEDIMS	Oui	Oui	Oui	Oui	Non		

* D : directrice ou directeur du GH, d : membre de l'équipe de direction
1. HUPIFO : référent droit des patients, référents dossier médical informatisé, Vice-doyen
2. HU NCK-EM : CVHL, direction des achats, de la logistique et du développement durable (prescription de transports)
3. LRB-FW : Le président de la COPS et en charge de la salle de garde
4. HUPS : équipes mobiles, salle de garde, radiologie
5. HUPNVS : médecin référent application smartphone, intervenant de la CPAM
6. HUPO : L'accueil est fait sous forme de stands [à l'extérieur de l'amphithéâtre où se tient la réunion]. Il est un passage obligé pour les internes car ils remplissent leur dossier administratif à ce niveau (taux de passage 90%). La CPAM a un stand. Elle remet aux internes un livret sur les médicaments génériques et les transports sanitaires.
7. HUPSSD : président de la CVH; responsables équipes mobiles/transversales (soins palliatifs, gériatrie, psychiatrie...)

L'indice de satisfaction des internes vis à vis des sujets abordés est mitigé, mais plutôt positif ; dans l'ensemble, peu sont considérés par les internes comme « très intéressants », « certains ou la plupart intéressants » recueillant un meilleur score que « la plupart ou certains peu intéressants ».

Leur utilité est appréciée plutôt favorablement : peu sont considérés par les internes comme « très utiles», « certains ou la plupart utiles » recueillant un meilleur score que « certains ou la plupart peu utiles ».

Les présentations sont estimées majoritairement être faites de façon « correcte », certaines étant « très bien » présentées.

38 % indiquent avoir pu poser toutes les questions qu'ils souhaitaient, 42 % ne pas l'avoir pu mais que cela leur convient.

Un livret d'accueil imprimé a été remis selon eux aux 2/3 des internes répondants ; 21 % de ceux qui n'en ont pas eu auraient aimé en avoir un.

Cinq groupes hospitaliers indiquent ne plus remettre ni le livret des internes de l'AP-HP ni un livret propre à leur GH ; mais 2 de ces GH les ont remplacés par une application pour mobile multifonction (*cf.* infra et tableau 16).

Six GH remettent une liste des numéros de téléphone utiles.

Six diffusent un mémento papier sur la prescription médicamenteuse.

D'autres documents sont remis ou mis à disposition : un flyer sur la CVHL, un mémento sur la démarche qualité dans le GH, le règlement intérieur de l'AP-HP, la charte de la laïcité, une fiche sur la radioprotection, un guide sur le harcèlement sexuel.

Six GH indiquent des adresses de sites internet, dont celui de l'AP-HP, ou de pages intranet permettant d'accéder aux recommandations du GH en matière d'antibiothérapie, aux informations en matière de qualité, aux livrets d'accueil des internes et du patient, aux recommandations en matière de prescription, à un guide de références en maladies infectieuses et tropicales (ePOPI).

Trois GH ont réalisé une application pour mobile multifonction : les Hôpitaux universitaires Paris Sud, Paris Nord Val-de-Seine et Saint Louis – Lariboisière – Fernand Widal. Dans ce dernier, elle est présentée en séance.

A Necker-Enfants malades, où une note est adressée deux semaines avant le début d'un stage aux chefs de service, tous les documents sont mis en ligne sur l'intranet : « *nous évitons le papier car ce n'est pas écologique et parce qu'ils le perdent tout de suite* ». Il était également prévu de mettre ce kit d'accueil en ligne sur dispose.aphp.fr et d'envoyer en amont un lien à tous les praticiens (pas seulement les internes) pour que tous aient les informations d'accueil.

A Paris Sud, une enveloppe nominative « *est adressée à chaque interne dans son service d'affectation pour qu'il puisse en disposer dès le 1er jour. Cette enveloppe contient notamment la liste de garde des urgences du site pour le semestre, le livret d'accueil, l'invitation à la réunion d'accueil* ».

Tableau 16 : Documents remis lors de la réunion d'accueil de mai 2018 (selon les DAM)

	Livret d'accueil AP-HP	Livret d'accueil GH	Mémento téléphonique	Guide prescr. med.	Autres - Remarques
HUPIFO	Oui	Oui	Oui	Oui	Flyer CVH
HU NCK-EM	Non*	Non*	Non*	Non*	* Toutes ces infos sont données mais de façon dématérialisées car actualisées en permanence sur l'intranet notamment pour les numéros utiles.
HUEP	Non	Non	Non	Oui	
HU PSL-CFX	Oui		Oui	Oui	mémento sur la démarche qualité dans le GH
SLS	Non	Non			Application mobile GH
LRB-FW					Application mobile GH
HUPS	Non	Non	Non	Non	Application mobile ; remise dans les services d'une enveloppe qui contient notamment la liste de garde des urgences du site pour le semestre, le livret d'accueil, l'invitation à la réunion d'accueil
HUPC	Non	Oui	Oui	Non	ePOPI ; adresses intranet permettant d'accéder aux recommandations du GH en matière d'antibiothérapie, aux informations en matière de qualité, au livret d'accueil des internes, au livret d'accueil du patient, aux recommandations en matière de prescription...
HU RDB	Non	Non	Non	Non	
HUPNVS	Oui	Oui	Non	Non	Application mobile GH ; mise à disposition du règlement intérieur AP-HP, de la charte de la laïcité, de la fiche « radioprotection », du guide sur le harcèlement sexuel.
HUPO	Oui	Oui	Oui	Oui	
HUPSSD	Oui	Non	Oui	Oui	Guide des protocoles des urgences « URG de garde » : livre élaboré par les équipes du GH sous la direction de M. Adnet, chef du pôle urgences, et commercialisé. Guide antibiothérapie du GH
HU HMN	Non	Oui	Oui	Oui	

Trois GH organisent une évaluation systématique de la réunion d'accueil par les internes : HUPIFO, HUPS, HU HMN leur ayant permis de mesurer la satisfaction des participants quant à la pertinence et à l'utilité des informations transmises, au format (durée et intervenants), et d'adapter (ou de prévoir d'adapter) la prochaine réunion pour qu'elle soit « *plus courte, moins dense et plus interactive* ».

En particulier sont notées : « *une forte demande pour disposer de numéros utiles et de correspondants identifiés pour leur pratique quotidienne sur les fonctions transversales* », « *l'importance des formations à J1 à ORBIS et ACTIPIDOS* », « *la satisfaction d'avoir dédié un séminaire spécial bloc aux internes de chirurgie et d'anesthésie* ».

Les internes qui n'ont pas assisté à une réunion d'accueil et auraient aimé en avoir une considèrent comme « importantes » plusieurs raisons[50] :

- Pour qu'on me donne la liste des numéros de téléphone utiles (70 %)[51]
- Pour qu'on me décrive l'hôpital, la localisation des services (60 %)
- Pour qu'on m'indique les particularités organisationnelles (60 %)
- Pour qu'on me donne des informations concrètes sur les repas, la lingerie... (60 %)
- Pour avoir des informations professionnelles (règles d'antibiothérapie, de transfusion, d'hygiène...) (30 %)
- Pour rencontrer les autres internes (30 %)
- Pour faire la liste de garde (26 %)
- Pour rencontrer certains médecins séniors (23 %)
- Pour rencontrer l'administration (20 %).

La finalité de cette réunion d'accueil et ses objectifs sont divers, les attentes des organisateurs et celles des internes n'étant pas toujours identiques ; plusieurs DAM indiquent réfléchir ou avoir réfléchi à un format différent, en termes tant de contenu que de durée, pour améliorer le taux de participation.

Trois objectifs se dégagent :

- Susciter ou renforcer le sentiment d'appartenance des internes à une communauté (dont il n'est pas précisé si c'est le site, le GH ou l'AP-HP) ;
- Donner des informations pratiques sur le fonctionnement et les spécificités du site ou du GH ;
- Donner ou rappeler des recommandations professionnelles en matière de prise en charge des patients.

Observations de la mission

La mission observe que l'objectif de donner ou rappeler des recommandations professionnelles en matière de prise en charge des patients est celui qui correspond le moins aux attentes des internes, qui estiment souvent que d'autres vecteurs ou moments seraient plus adaptés.

Les applications pour mobile multifonction sont une innovation utile. Il convient cependant de ne pas négliger la sécurité et le caractère très pratique présentés par les mémento « papier », qui tiennent dans une poche de blouse et sont immédiatement disponibles, sans consulter plusieurs écrans intermédiaires, même en cas de panne de batterie ou de réseau inaccessible.

[50] Les libellés des propositions à classer avaient été rédigées par la DIA dans le questionnaire destiné aux internes, qui ne comportait aucune question à réponse ouverte. La proposition « pour boire un coup » recueille 10 % de score « c'est important ».

[51] Par ailleurs, pour l'ensemble des répondants au questionnaire de la DIA, plus de 20 % indiquent ne pas avoir bénéficié d'une liste de numéros de téléphone utiles fournie par le GH ou par le service ; les auditeurs considèrent que c'est une lacune.

Recommandations de la mission

Définir à l'échelon de l'AP-HP une « organisation personnalisée » des réunions d'accueil : abord des mêmes thématiques, en fonction des particularités locales *(DOMU et DAM de GH, en lien avec la CME)*.

Aborder plutôt les sujets de la vie quotidienne au sein du GH (du site) que des thématiques professionnelles, dans un format court *(DAM des GH, en lien avec le président de la CMEL)*.

Poursuivre la remise sous forme de document papier de la liste des numéros de téléphone utiles propre à chaque GH ou site, parallèlement à sa mise à disposition sur intranet ou dans une application pour mobile multifonction *(DAM des GH, en lien avec les services)*.

Développer des applications pour mobile multifonction adaptées à chaque GH, les mettre régulièrement à jour. Veiller à la lisibilité des contenus qui s'y trouvent (*DSI et SIL, en lien avec les DAM locales et les correspondants médicaux des différentes thématiques*).

Encadré 5 : Commentaires sur l'intérêt et l'utilité de la réunion d'accueil des internes (selon les DAM)

La réunion d'accueil est considérée comme « indispensable pour délivrer des messages institutionnels et envoyer un message d'entrée favorable aux internes ; mais ne doit pas être trop longue pour avoir du succès. » « Elle est utile mais doit probablement être repensée pour plus l'axer sur le projet médical et stratégique du groupe. » « Comme toute démarche institutionnelle, elle est importante pour le sentiment d'appartenance à une structure. Pour autant, il faut trouver des modalités qui la rendent le plus attrayante possible et interactive. »

« Cette réunion me semble très importante à la fois en termes d'accueil et d'informations à communiquer aux internes au début de leur semestre sur le fonctionnement du GH et les recommandations en matière de prise en charge des patients. »

Parmi les clés de sa réussite : « les prises de parole sont sans powerpoint et surtout tous les chefs de service de pédiatrie se présentent pendant 1h et expliquent ce qu'ils font. Ce sont surtout des médecins qui parlent. On évoque quelques informations ensuite sur l'administration, la médecine du travail et l'accompagnement psychologique si besoin, mais en 5 minutes maximum. »

« Depuis novembre 2017, nouveau format de module d'accueil sur format court 30 minutes, dispositif plus satisfaisant que l'ancienne formule séance de 2 heures avec plusieurs interventions d'environ 5 minutes. »

« Nécessaire mais dans un format court avec à l'issue un buffet et la planification des gardes. Avant le lancement de l'appli mobile, module d'intégration avec une succession d'intervention de 5 minutes. »

« Le nouveau format plus resserré mis en place en mai 2018 avec moins d'intervenants, interventions davantage centrées sur des présentations plus transversales a été bien accueilli. »

« La réunion permet d'informer les internes sur l'organisation de l'établissement, d'élaborer le planning de garde des urgences et d'effectuer une démonstration sur l'utilisation de l'application Smartphone. Initialement organisée avec des thématiques présentées en 10 minutes, les internes n'étant pas tous concernés se démobilisaient, voire quittaient la séance. Grâce à l'application, les informations générales d'organisation sont dispensées. Les formations thématiques peuvent être prodiguées en dehors du jour d'accueil, avec une durée plus ou moins longue suivant le sujet ; par exemple, les soins palliatifs, l'antibiothérapie, l'identitovigilance ... .

L'élaboration du planning de garde reste néanmoins rébarbative. Une application informatique, serait utile pour que chaque praticien puisse se positionner sur les plages de gardes. »

« Réunion indispensable même si la fréquentation des stands est variable en fonction des semestres. »

« Indispensable. »

« Incontournable car très transversal. Sécurisant avec des informations utiles et leur permet d'être plus rapidement opérationnel. Un effort important a été déployé pour sensibiliser les chefs de service à l'intérêt d'une telle réunion d'accueil et l'intérêt de détacher leurs internes pour participer au séminaire. »

2.2.2. La préparation logistique de l'arrivée des internes s'est améliorée, et peut l'être encore

La préparation logistique de l'arrivée des internes était ressentie historiquement comme une faiblesse et une difficulté dans tous les GH, qui ne disposaient que très tardivement de la liste des internes affectés en mai ou novembre et n'avaient que peu de temps pour organiser la personnalisation de leur réception. Il s'agit principalement de la création (pour les nouveaux internes) ou de l'adaptation (pour les internes ayant déjà effectué un stage à l'AP-HP) d'un compte informatique, incluant une adresse électronique @aphp.fr et l'accès aux applications « métier » du système d'information de l'AP-HP, notamment à Orbis, mais aussi de la création ou de l'actualisation de leur dossier administratif, notamment pour assurer leur paie.

Depuis un an, la transmission par le Bureau des internes de la DOMU de fichiers excel® issus de ceux fournis par l'ARS Ile-de-France, dans l'attente de l'opérationnalité du nouveau système national de gestion des internes IMOtEP, a nettement amélioré la situation.

- 2 GH indiquent recevoir la liste des internes moins d'une semaine avant le début du stage, ce qu'ils estiment être « court », ne leur permettant pas de bien préparer l'arrivée des internes.
- 2 GH indiquent avoir reçu plusieurs listes successives « dans les 3 semaines précédant la rentrée » ou « entre le 29 mars et le 2 mai 2018, que cela est « court » et ne leur permet pas de bien préparer l'arrivée des internes.
- 6 GH indiquent recevoir la liste des internes entre une et deux semaines avant le début du stage ; c'est « court » pour 4 d'entre eux, 2 estimant que cela ne leur permet pas de bien préparer l'arrivée des internes et 2 indiquant qu'ils réussissent néanmoins à bien préparer l'arrivée des internes ; c'est « suffisant » pour 2 GH, à qui cela permet de bien préparer l'arrivée des internes.
- 2 GH indiquent recevoir la liste des internes plus de deux semaines à l'avance, estimant que c'est « suffisant » et leur permet de bien préparer l'arrivée des internes.

Tableau 17 : Délai et qualité de la préparation de l'arrivée des internes (selon les DAM)

	Temps suffisant	Temps court	Bonne préparation	Préparation non satisfaisante
HUPIFO		X		X
HU NCK-EM		X	X	
HUEP		X	X	
HU PSL-CFX		X		X
SLS				
LRB-FW	X		X	
HUPS	X		X	
HUPC	X		X	
HU RDB		X		X
HUPNVS		X		X
HUPO	X		X	
HUPSSD		X		X
HU HMN		X		X
Total	4	8	6	6

L'attribution des codes informatiques et la validation du dossier administratif

La procédure de création ou d'adaptation des comptes informatiques des internes nécessite de disposer des codes APH des internes, obtenus lors de leur inscription dans HRA, logiciel de gestion des dossiers administratifs. Le dispositif est le suivant :

- La création du dossier administratif de tout nouvel interne affecté en Ile-de-France à l'issue des ECNI est confiée au Bureau des internes et praticiens étrangers en formation de la DOMU (BDI) à l'issue de la procédure d'affectation. Un message électronique avec formulaire à compléter est adressé à l'interne, en lui demandant de l'imprimer, le remplir et le renvoyer par courrier avec certaines pièces justificatives, énumérées dans le message et rappelées dans le Livret d'accueil des internes et étudiants du 3ème cycle des études médicales de l'AP-HP. Le BDI se charge de demander un bulletin n°2 du casier judiciaire. Il archive dans ses locaux l'ensemble des dossiers « papier » des internes, pendant toute la durée de leur internat.
- Au fur et à mesure des choix de stage semestriels, le BDI envoie à chaque DAM les listes d'internes affectés dans son GH, afin que les chefs de service puissent être avertis.
- Une dizaine de jours avant le début du nouveau stage, toutes les informations utiles figurant dans HRA sont transmises par le BDI au responsable de la sécurité des systèmes d'information de la direction des systèmes d'information (DSI), afin qu'un traitement automatisé crée ou modifie dans le logiciel GAIAP (Gestion des Identités et des Accès à l'AP-HP) les comptes utilisateurs du système d'information nécessaires.
- La DSI diffuse à chaque service informatique local (SIL) les informations nécessaires à la création des codes de session locale.
- Le SIL crée un compte utilisateur du système d'information, avec mot de passe provisoire ; ces informations sont transmises au service d'accueil de l'interne afin qu'il puisse se connecter et créer son mot de passe personnel.
- Dès sa prise de fonction, chaque interne transmet à la DAM de son GH les documents nécessaires à la vérification et à l'actualisation éventuelle de son dossier administratif, en particulier relevé d'identité bancaire, attestation « Vitale » de droits à l'assurance maladie et carte mutuelle éventuelle, imprimé de demande de remboursement du titre de transport (carte Navigo). Tout comme celle des Hôpitaux universitaires Paris Centre, la DAM de l'Hôpital universitaire Necker-Enfants malades indique numériser ces documents pour éviter de constituer des dossiers papier ; elle les rend immédiatement aux internes qui les lui apportent le 1er jour de stage.
- Des interventions manuelles, en principe marginales, peuvent être nécessaires pour les internes ou faisant fonction d'internes dont les données étaient inexactes (erreur d'affectation enregistrée par l'ARS par exemple) ou arrivées plus tardivement (FFI recruté secondairement par un chef de service), ainsi que pour inactiver les comptes de ceux qui ne se sont pas présentés.

Pour ce qui est de la création des codes et mots de passe d'accès au système d'information de l'AP-HP, les évolutions de ce dernier ont permis une centralisation et une automatisation de procédures historiquement manuelles.

Cependant, moins de 40 % des internes ayant répondu au questionnaire de la DIA indiquent avoir disposé de leur accès à Orbis le premier jour de stage ; 80 % y avaient accès à la fin de la 1ère semaine, 9 % ont dû attendre plus de 2 semaines.

Plusieurs sujets demeurent en suspens :

– **La formation des internes aux logiciels « métier »**, en particulier à Orbis et aux logiciels de prescription médicamenteuse (dans l'attente de l'intégration de la prescription à Orbis) ;

Dans leur note aux chefs de service d'avril 2018 relative à l'organisation de l'accueil dans l'établissement des internes du semestre de mai 2018 à novembre 2018, le directeur du GH, le président de la CME, la directrice de la qualité, des affaires médicales et des relations avec les usagers des Hôpitaux universitaires Necker – Enfants Malades précisaient que « *pour la formation au logiciel ORBIS, compte tenu de la faible fréquentation des formations proposées lors des semestres précédents, chaque référent Orbis de service est en charge de présenter aux nouveaux internes l'utilisation d'Orbis. A la demande du service, ces présentations devront être complétées par le service informatique auprès du référent ou des internes.* »

Observations de la mission

Ces dispositions illustrent le paradoxe : il serait fréquent d'entendre des médecins ou des internes se plaindre (de leur méconnaissance ?) d'Orbis, mais les formations organisées seraient « *boudées*[52] ». Or, il est nécessaire d'être bien formé pour bien utiliser Orbis ; il n'est pas certain que ce soit le cas de tous les internes.

La Direction des systèmes d'information (DSI) note qu'environ la moitié des utilisateurs d'Orbis pressentis ne participent pas aux formations mises en place en amont du déploiement d'Orbis sur un site donné, rendant plus longues et plus compliquées les formations de « prise en main » de proximité au moment du déploiement. C'est pourquoi elle a fait évoluer le mode opératoire « historique » du déploiement, en développant le projet « adoption Orbis » qui vise à faciliter l'utilisation d'Orbis et à en éviter les mésusages par « *un dispositif simple, intuitif, pédagogique* ». Il s'agit de recourir à une intelligence artificielle via un chatbot (agent conversationnel) et de créer un bouquet de services à la disposition des utilisateurs finals en matière de communication, formation, documentation, réseau social et veille (sur Orbis).

Un serious game est en cours de fabrication ; la documentation sera soit écrite, soit sous forme de courtes vidéos ; le réseau social vise à permettre un échange de bonnes pratiques entre pairs.

Cependant, la DSI regrette l'absence des internes, pourtant sollicités, aux groupes de travail qu'elle a mis en place dans ce cadre.

[52] Un interlocuteur de la mission a remarqué qu'il pouvait être « *compliqué de s'organiser avec le service pour une formation qui arrive souvent « tard » dans le semestre et qui dure (trop ?) longtemps …* » tout en soulignant qu'« *il est nécessaire de revoir l'organisation de ces formations qui restent indispensables pour savoir maîtriser les outils informatiques utilisés à l'AP-HP mais ne sont clairement pas adaptées pour les internes* ».

Le chabot Boris est actuellement en test dans les hôpitaux Ambroise Paré et Antoine Béclère, en ce qui concerne le médical et le dossier de soins. Le calendrier décrit début mars 2019 à la mission prévoit son déploiement fin juin 2019 dans les 39 hôpitaux de l'AP-HP.

Ainsi, le nombre de formations « traditionnelles » dispensées pourrait être réduit. La DSI évoque également l'idée de mettre à disposition, en « libre service » dans les facultés de médecine, des postes de travail disposant d'Orbis et du chatbot Boris, afin que les étudiants se familiarisent très tôt avec le logiciel métier des personnels soignants (médicaux et non médicaux) de l'AP-HP.

La DSI envisage également de mettre en place une certification des compétences acquises en matière de maîtrise du logiciel Orbis.

– **La création des cartes de professionnel de santé en formation (CPF) pour les internes** ;

L'arrêté du 18 avril 2017 *modifiant l'arrêté du 6 février 2009 modifié portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » (RPPS)* prévoit l'inscription des internes en médecine au RPPS, dans lequel n'étaient enregistrés jusqu'alors que les professionnels diplômés. L'enregistrement des internes auprès de l'Ordre des médecins résulte d'une démarche volontaire, même si les listes des étudiants ayant validé les ECNI sont désormais transmises par le CNG au Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) pour lui permettre de préparer cet enregistrement. L'enregistrement au RPPRS donne lieu à l'attribution d'un identifiant RPPS, unique et pérenne, qui suit l'interne tout au long de sa carrière de professionnel de santé, et permet d'obtenir d'une part un espace personnel sur le site du CNOM afin notamment d'accéder à des services en ligne (mise à jour du dossier administratif, demande de licence de remplacement) et à un coffre-fort numérique sécurisé, d'autre part une carte de professionnel de santé en formation (CPF).

La CPF, attribuée aux internes en médecine dès leur enregistrement au RPPS, est une carte de professionnel de santé. Gratuite (tant pour les internes que pour leur établissement employeur), personnelle et incessible, elle est transmise par l'ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé). C'est une carte d'authentification numérique : elle permet de s'identifier sur les systèmes d'information qui utilisent cet outil et qui commencent à être déployés dans les établissements hospitaliers. Par ailleurs, un interne suffisamment avancé dans sa formation pour avoir la possibilité d'effectuer des remplacements reçoit une nouvelle CPF qui lui permet de télétransmettre les feuilles de soins électroniques (FSE) dans le cadre de ses remplacements[53,54].

[53] Source : Site internet du Conseil national de l'ordre des médecins, page https://www.conseil-national.medecin.fr/internes--enregistrement-au-rpps (consultée le 9 novembre 2018).

[54] Dès à présent, le déploiement du dossier patient communiquant transfusionnel au sein de Hôpitaux universitaires Saint Louis – Lariboisière – Fernand Widal nécessite l'utilisation d'une CPS ou CPF. Les internes des « services très demandeurs » de ce GH ont été incités par la présidente du Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH) local à demander leur CPF. Le coordonnateur régional du DES de médecine générale estime quant à lui que « *ce serait également intéressant pour les internes en autonomie dans leurs stages ambulatoires qui réalisent des actes en supervision indirecte. Compte tenu de la nouvelle maquette, la délivrance de cette carte après la fin du deuxième cycle serait utile*. »

Observations de la mission

Il serait logique que tous les internes bénéficient d'une CPF, à l'instar des seniors disposant d'une CPS et des autres personnels qui ont une CPE. Disposer d'un numéro RPPS est également le préalable à l'attribution d'une adresse électronique sécurisée.

– **L'utilisation de la messagerie électronique et d'adresses sécurisées @aphp.fr ou @aphp.mssante.fr**

Les internes échangent fréquemment avec des correspondants médicaux de ville, ou entre eux, à propos de patients, voire transmettent des données confidentielles dans des conditions vraisemblablement non toujours sécurisées. En effet, ils ne se servent pas tous de leur messagerie à l'adresse électronique @aphp.fr qui est systématiquement créée lors de leur premier stage à l'AP-HP, et cette dernière n'est pas sécurisée. Pouvant désormais disposer d'un identifiant RPPS et d'une CPF, il serait assez logique qu'ils soient inclus parmi les premiers titulaires d'adresses de messagerie sécurisée, afin qu'ils prennent le plus tôt possible l'habitude de communiquer électroniquement selon les règles.

Cela permettrait aussi à l'administration de l'AP-HP d'être assurée de la bonne réception des messages électroniques qu'elle envoie aux internes, et de pouvoir joindre ces derniers par ce vecteur. A titre d'exemple, les auditeurs n'ont pas pu adresser un message électronique directement à l'ensemble des internes pour les inciter à répondre au questionnaire qui leur était destiné : outre le problème des boîtes professionnelles non consultées, les adresses personnelles facultativement indiquées à l'ARS par les internes n'étaient juridiquement pas accessibles aux membres de la mission.

Recommandations de la mission

Améliorer la procédure de création des comptes et d'attribution des codes d'accès au système d'information de l'AP-HP *(DSI et SIL, en lien avec la DOMU et les DAM).*

Mener auprès des internes une campagne d'invitation à s'enregistrer sur le portail du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) pour figurer dans le Répertoire partagé des professionnels intervenants dans le système de santé (RPPS) et disposer d'une carte de professionnel en formation (CPF) *(DOMU, en lien avec la DSI)*.

Attribuer à chaque interne une adresse sécurisée et un espace de partage dans Dispose (*DSI, en lien avec l'ASIP Santé).*

Mettre à jour et diffuser aux internes la charte de bon usage du système d'information de l'AP-HP *(DSI, en lien avec la DAJ, la DirCom, la DOMU, la DSAP et la DRH)*.

Diffuser aux internes un guide ou mémento pratique de l'utilisation professionnelle des messageries électroniques et des espaces de partage *(DSI, en lien avec la DAJ, la DirCom et la DOMU)*.

Renforcer les formations présentielles, le e-learning et la diffusion des tutoriels concernant Orbis ; s'assurer de la bonne formation des internes *(DSI, SIL, Département de la Formation continue des médecins)*.

En ce qui concerne la gestion de leur dossier administratif, plusieurs internes avec qui la mission s'est entretenue – et en particulier leurs représentants syndicaux – s'interrogent sur la nécessité de fournir périodiquement les mêmes documents, qui plus est sous forme papier.

Les DAM soulignent la nécessité de vérifier systématiquement la validité d'une part du relevé d'identité bancaire pour assurer le bon circuit de la paie, d'autre part des justificatifs d'éléments variables qui y sont inclus : indemnité de transport et supplément familial le cas échéant.

Observations de la mission

A l'ère de la dématérialisation des procédures et des relations des administrations avec les usagers, dans laquelle l'AP-HP s'est d'ailleurs engagée, il semble légitime de vouloir faire évoluer la situation – sans cependant dégrader la sécurité apportée par ces vérifications périodiques.

Alors que l'AP-HP permet à ses patients de disposer d'un espace personnel sécurisé, des dispositions analogues pour les internes, associées à des procédures de validation périodique par les intéressés des informations contenues, permettraient de décharger les DAM de certaines opérations et de satisfaire la demande des internes.

Il est à noter que le BDI joue un rôle majeur dans la gestion administrative des internes d'Ile-de-France, étant en ce domaine le « point focal » du CHU d'Ile-de-France qu'est l'AP-HP. Ses attributions sont rappelées dans l'encadré 7 (page 54). En raison de la mobilité des internes, tant au sein qu'à l'extérieur de l'AP-HP (notamment pour des périodes de disponibilité), et de son rôle d'interface avec les institutions et les principaux acteurs concernés, ces fonctions ne semblent par pouvoir être déléguées ou déconcentrées au sein des futurs grands groupes de la nouvelle AP-HP, sous peine de moindre efficience. Il semble cependant possible de faciliter encore la gestion des données communes aux diverses institutions concernées (ARS, universités, lieux de stage dont l'AP-HP), par le développement de l'informatisation. Par ailleurs, dépassant cette gestion administrative, une réflexion sur les modalités de l'apprentissage du travail en équipe pourrait être conduite au sein des groupes hospitaliers et des départements médico-universitaires de la nouvelle AP-HP.

Recommandations de la mission

Doter les internes d'un espace personnel sécurisé de stockage de leurs données administratives et des justificatifs de leur situation, partiellement ou totalement accessible aux DAM *(DSI, en lien avec la DOMU et les DAM).*

Mettre en place des procédures de vérification périodique de la validité de ces documents, et de leur mise à jour éventuelle *(DSI, en lien avec la DOMU et les DAM).*

Supprimer la remise semestrielle par les internes à la DAM de leur GH d'accueil des documents papier dont la forme dématérialisée est stockée dans leur espace personnel.

Créer un espace sécurisé partagé avec l'ensemble des partenaires institutionnels concernés, destiné à l'hébergement des données communes relatives aux internes *(DSI, en lien avec la DOMU, l'ARS, les universités, les autres lieux de stage, les DAM).*

Encadré 6 : L'attribution des codes informatiques et la préparation de l'arrivée des internes (commentaires des DAM)

Q19. L'attribution des codes pour accéder au système d'information : comment est organisée, dans votre GH, l'attribution des codes informatiques aux internes - Qui s'en occupe, tous les internes ont-ils un code d'accès personnel le 1er jour ou un code générique en attendant un code personnel, ...

« Cette question pose de grandes difficultés. Les informations permettant de créer les APH des internes remontent trop tardivement ce qui laisse peu de temps aux gestionnaires pour créer les APH et aux DSI pour créer les codes informatiques. Pas de code générique. Nous nous efforçons de pourvoir les internes de codes lors de la journée d'accueil. Cet octroi de codes est complété par une formation aux outils par le service informatique. »

« Seuls les internes déjà présents à l'AP ont un code le premier jour. Nous recevons la liste des internes trop tardivement pour que tous les codes soient prêts pour le premier jour : ils sont mis à disposition par la DSI dans les 5j qui viennent. »

« Service informatique - code générique puis un code personnel. »

« Un code générique en attendant un code personnel qui est donné dans les 48h. »

« Les codes informatiques sont gérés par le service informatique qui envoie un mail à tous les services avec la procédure. Les internes disposent dès leur 1er jour d'un code personnel. »

« La DAM et le SIL se sont organisés en mai pour que chaque interne dispose des codes dès le 1er jour. Des ordinateurs ont été mis à disposition au niveau de l'accueil de chaque site avec toutes les modalités concernant la réinitialisation des mots de passe, les personnes ressources en cas de difficulté. Le document était également inclus dans l'enveloppe nominative remise à chaque interne. Si la démarche a été appréciée par les internes, les soucis de bascule des comptes informatiques en central n'ont pas permis à chaque interne de pouvoir disposer de leur accès en temps voulu. »

« L'attribution des codes est gérée en central par la DSI AP. Tous les internes ont un code d'accès personnel qu'ils doivent activer à la 1ère connexion sur le GH avec la création d'un mot de passe. »

« La DSI gère ces éléments et organise des formations informatiques les premiers jours suivants chaque rentrée d'internes. Le code lié à l'APH ne pose pas de problème pour les internes ; il nécessite un délai de traitement plus long pour les FFI primo-arrivants. »

« Dès récupération du fichier des internes affectés dans le GH, le listing avec les codes APH est transmis au service informatique local afin que les droits puissent être rapatriés des autres hôpitaux[55]. Pour les nouveaux internes ou FFI, si le dossier administratif est constitué avant la prise de poste, les codes sont générés. Il arrive que la constitution du dossier soit tardive, empêchant de fournir des codes informatiques.
Il est à souligner que le listing des internes arrive tardivement, laissant peu de temps au SIL pour les paramétrages. De plus, le fichier est souvent incomplet. »

« Le sujet est géré intégralement par le service informatique »

« Procédure entre la DSI et la DAM pour génération des codes avant arrivée des internes. Codes remis par les agents de la DAM. Problématique de délai pour l'obtention de la liste des internes et temps imparti pour génération des codes. »

« ACTIPIDOS : formation obligatoire à J1 en présentiel pour délivrance d'un code d'accès personnel. Les groupes sont constitués avec ordre de passage remis aux internes par le BPM. ORBIS : e-learning obligatoire pour délivrance d'un code d'accès personnel »

Q221. Quel commentaire souhaitez-vous faire sur la préparation de l'arrivée des internes et notamment sur le temps disponible pour ce faire ?

« Trop court pour un travail correct. Génère des problématiques de continuité des soins (du fait des codes informatiques aujourd'hui indispensables pour travailler). »

« Le problème principal vient de la mise à disposition des codes d'accès et courriel le premier jour en raison de la connaissance tardive des listes... »

« C'est très compliqué. Nous ne sommes aidé ni par le fonctionnement de l'ARS ni par celui de l'institution... »

« Il est également important d'avoir les dossiers à jour pour les autres internes : interchu, armée, FFI PI ... »

« La date de réception de la liste des internes s'est considérablement améliorée ces dernier semestres.
Deux difficultés persistent :
- ne pas disposer des adresses mails de tous les internes, et les internes n'utilisent pas tous leur mail AP-HP

[55] Il a été signalé aux auditeurs que cette « bascule » pouvait pénaliser les internes effectuant la dernière garde du semestre puis changeant de GH, si leurs droits sont déjà fermés dans l'hôpital où ils exercent jusqu'au matin de leur prise de fonction officielle dans leur nouvel hôpital (qui devrait en principe être une journée de repos de sécurité).

- les difficultés centrales de gestion des comptes informatiques permettant à chaque interne de disposer des accès nécessaires le 1er jour »

« Dans l'idéal, il serait utile de dématérialiser la procédure de création des dossiers administratifs des internes avec l'envoi des pièces par messagerie en amont de la prise de poste. »

« Difficultés surtout en novembre liée aux nouveaux entrants dans le système, les FFI, la multiplicité des lites reçues parfois sous des formats différents. »

« Le fichier reçu, souvent incomplet, nécessite une reprise du fichier avant de pouvoir le transmettre. De plus, il arrive souvent en période de congés d'avril ou d'octobre, avec le paramétrage d'environ 400 internes. Est ce qu'un paramétrage APHP serait possible pour l'ensemble des internes ? »

« Les circuits d'information sont multiples (chefs de service, BDI) et les listes ni exhaustives, ni fiables suffisamment en amont de la prise de fonctions des internes. »

Encadré 7 : Les missions du BDI de l'AP-HP (DIA)

Le Bureau des internes, des étudiants et praticiens étrangers en formation (BDI) est positionné au sein du Service des ressources humaines médicales du Département Ressources de la Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU). Au 31 décembre 2018 il comprenait une cheffe de Bureau et 8 gestionnaires.

Etant intégré au CHU d'Ile-de-France qu'est l'AP-HP, le BDI est le « point d'entrée » de l'ARS pour l'ensemble des internes d'Ile-de-France : vers septembre – octobre chaque année il crée le dossier administratif de tous les nouveaux internes nommés en Ile-de-France à l'issue de l'examen classant national de fin de deuxième cycle des études médicales, même si l'AP-HP n'est pas leur premier stage d'affectation. Le BDI en conserve un exemplaire papier : le CHU d'Ile-de-France est garant de toute leur carrière. C'est à ce titre que le BDI participe aux commissions d'agrément des stages et aux commissions de répartition des postes d'internes.

Le BDI est le « point d'entrée » pour les syndicats, les coordonnateurs de toutes les spécialités ; pour les ambassades, consulats, le Ministère des Affaires étrangères.

Son activité est variée :

- Centralisation de toutes les demandes de disponibilités des internes d'Ile-de-France
- Gestion des stages inter-CHU (dans les 2 sens : province vers Paris et Ile-de-France vers province)
- Gestion des stages à l'étranger
- Gestion des internes des pays du Golfe
- Gestion des internes du service de santé des armées (SSA) et des internes civils qui vont dans le SSA
- Gestion des stages en ambulatoire (cabinets libéraux dont SASPAS, PMI…) et établissements conventionnés (pas EPS) dont établissement des fiches de paye (4 gestionnaires)
- Internes DFMS ou DFMSA affectés à l'AP-HP
- Gestion des sanctions disciplinaires : validation des conseils de discipline, en lien avec l'ARS
- Gestion des logements de la Cité internationale universitaire de Paris (destinés principalement aux internes étrangers, petit volet pour internes de province arrivant à Paris ou en inter-CHU)
- Organisation du concours de la médaille
- Gestion des contrats « année de recherche » des internes d'Ile-de-France
- Gestion des internes d'Ile-de-France en difficulté (qui préfèrent s'adresser à une administration qu'à des co-internes)
- Saisine du comité médical de l'ARS pour les congés de longue durée
- Relations avec les 7 UFR de médecine : déconventionnements, suivi de certaines situations personnelles d'internes, etc.
- Pour les sites de l'AP-HP : intégration automatisée de la paye pour chaque site de l'AP-HP : basculement des fichiers de l'ARS dans HRA après les avoir reformatés.

Source : entretien avec Mme Lebigre, Cheffe du BDI jusqu'au 26 février 2019.

2.2.3. Des progrès peuvent être faits dans le domaine de l'environnement matériel hospitalier

Plusieurs sujets de la vie quotidienne sont traditionnellement un souci tant pour les internes que pour les communautés hospitalières (médicales et administratives) qui les accueillent. Leur importance quantitative est variable ; mais, même lorsqu'ils ne paraissent que symboliques, leur conjonction peut retentir défavorablement sur les conditions de travail.

La caution demandée aux internes

Traditionnellement, une caution est demandée aux internes qui reçoivent une blouse.

Selon les DAM, la moitié (n=6) des groupes hospitaliers demandent une caution (ou nantissement) aux internes en début de semestre, par carte bancaire (sauf dans un), chèque (sauf dans un) ou espèces (sauf dans deux).

Les internes ayant répondu au questionnaire de la DIA indiquent à près de 50 % qu'une caution leur est demandée ; ils règlent majoritairement par carte bancaire.

Si un seul GH indique avoir connaissance de rares difficultés éprouvées par les internes pour se faire rembourser cette caution en fin de stage, 17 % des internes ayant versé une caution indiquent ne pas l'avoir récupérée (en l'absence de fait justifiant le non remboursement) : 6 % « *car les démarches que j'ai faites pour cela n'ont pas abouti* » et 11 % « *car je n'ai pas fait les démarches pour la récupérer* ».

Plusieurs internes avec qui la mission s'est entretenue ont indiqué que les horaires ou la disponibilité de la régie de leur site étant souvent incompatibles avec leurs activités le dernier jour d'un stage, cette absence de démarche n'était pas un choix positif mais plutôt un abandon par défaut.

Recommandations de la mission

Etudier les avantages et les inconvénients de la suppression généralisée de la caution versée par les internes, ou au contraire de son instauration dans tous les GH *(DEFIP, en lien avec les directions des GH).*

Si le principe du versement d'une caution est maintenu, prévoir un mécanisme de remboursement systématique (sauf raison motivée), par exemple en tant qu'élément variable de la paie du dernier mois de stage ou du premier mois du stage suivant *(DEFIP)*.

Les places de crèche ou de stationnement

Seuls 6 % des internes ayant répondu au questionnaire de la DIA indiquent être concernés par la recherche d'une place en crèche ; parmi eux, 87 % considèrent comme peu ou pas satisfaisant l'accueil en crèche de l'AP-HP pour leur enfant. Deux GH (NCK-EM et HUPSSD) indiquent ne jamais répondre favorablement aux demandes des internes ; 3 ont des places « pour tous ceux qui demandent » (HUPIFO, HU PSL-CFX et HUPC) et les 7 autres « pour une partie de ceux qui demandent ».

Les deux tiers des internes ayant répondu au questionnaire de la DIA estiment ne pas être concernés par le sujet du stationnement automobile, ou ne répondent pas à cette question. Pour les autres, 80 % considèrent que le stationnement de leur véhicule est peu ou pas satisfaisant. Un GH mentionne que des places sont disponibles pour tous (HU PSL-CFX), un « pour tous ceux qui demandent » (NCK-EM) ; « une partie de ceux qui demandent » bénéficie d'une place dans 5 GH (HUPIFO, SLS-LRB-FW, HU RDB, HUPNVS, HU HMN), il n'y en a pas pour les internes dans 5 autres (HUEP, HUPS, HUPC, HUPO, HUPSSD).

Le stationnement des deux roues concerne un peu plus de 20 % des d'internes ; parmi eux, 56 % considèrent que la situation est satisfaisante ou très satisfaisante, 44 % qu'elle est peu ou pas du tout satisfaisante.

Observation de la mission

La possibilité de disposer d'une place en crèche et celle de stationner au sein d'un hôpital dépendent à la fois des capacités réelles et de critères d'attribution. Ces derniers ne sont pas toujours connus, alors qu'ils peuvent contribuer à renforcer l'attractivité de certains sites de l'AP-HP, y compris pour les internes.

Recommandations de la mission

Elaborer et diffuser deux documents décrivant respectivement les principes d'attribution des places en crèche et ceux des emplacements de stationnement au sein de chaque site *(direction de chaque GH, en lien avec la DRH).*

Développer les emplacements de stationnement dévolus aux deux roues (mesure non spécifique aux internes) *(direction de chaque GH).*

La disponibilité de logements

Aucun groupe hospitalier ne dispose de logements gratuits accessibles aux internes. L'un d'entre eux signale en disposer pour des FFI « *primo arrivant étrangers* ».

Cinq GH (HUPIFO, PSL-CFX, HUPS, HU RDB et HMN) mentionnent disposer de logements payants « pour une partie de ceux qui demandent », 6 n'en ont pas, 1 ne répond pas (HUPSSD).

Le BDI, qui gère environ 150 logement à la Cité internationale universitaire de Paris, principalement destinés à l'accueil d'internes étrangers, indique pouvoir en mettre quelques uns à disposition d'internes provinciaux nommés à Paris, comme solution de logement transitoire, ou pour des internes en stage inter-CHU.

Un Doyen de santé suggère que l'AP-HP « *pourrait réserver dans son patrimoine immobilier une résidence temporaire (6 mois à 2 ans maximum) pour les internes venant de province. De même pour les sites extra-muros de l'AP-HP, la possibilité d'une résidence temporaire de 6 mois (durée du stage) pourrait grandement faciliter l'attractivité des sites extra-muros pas toujours faciles d'accès en transport en commun.* »

Observation de la mission

Au regard des autres sujets concernant les internes, cette question ne semble pas prioritaire à l'échelon de l'AP-HP. Elle est cependant d'importance pour les hôpitaux extra-muros.

Recommandation de la mission

Inclure dans les opérations de restructuration et de construction « hors les murs » de Paris un volet « logement » destiné aux internes *(direction des GH concernés).*

La qualité des repas et des chambres de garde, le fonctionnement de la « salle de garde »

Ces sujets reviennent régulièrement, de longue date, dans les observations des internes et de nombreux médecins seniors, lorsque sont abordés les facteurs qui jouent sur la qualité de vie au travail des internes.

Il apparaît à la mission qu'un certain fatalisme ou qu'un souci d'efficience immédiate peut conduire à ne pas les traiter ou à vouloir adopter des décisions radicales, sans que toutes les voies aient été explorées ou sans en avoir mesuré tous les effets.

Les DAM signalent enregistrer très peu de remarques positives sur la qualité des repas du midi ou des repas en garde, sur la disponibilité des repas en garde, sur la qualité des chambres de gardes. Les remarques négatives sont plus nombreuses, particulièrement sur la disponibilité des repas en garde et la qualité de chambres de garde (*cf.* tableau 18).

Tableau 18 : Remarques enregistrées par les DAM sur les repas et les chambres de garde

Avez-vous des remarques négatives (Nég.) ou positives (Pos.) sur…	La qualité des repas du midi		La qualité des repas en garde		La disponibilité des repas en garde		La qualité des chambres de garde	
	Nég.	Pos.	Nég.	Pos.	Nég.	Pos.	Nég.	Pos.
Oui, souvent	1	0	1	0	2	0	3	0
Oui, de temps en temps	1	0	3	0	4	0	5	1
Oui mais rarement	1	1	2	2	2	2	1	0
Non, jamais	6	9	3	8	3	8	3	9
Non concerné	0	0	0	0	0	0	0	0
Sans réponse	3	2	3	2	1	2	3	2

Les internes ont des positions bien plus tranchées (*cf.* tableau 19), particulièrement sur la qualité des repas en garde que 90 % considèrent comme peu ou pas du tout satisfaisante.

Tableau 19 : Avis des internes sur les repas et les chambres de garde

que diriez-vous des sujets suivants concernant votre hôpital ?	La qualité des repas du midi	La qualité des repas en garde	La disponibilité des repas en garde	La qualité des chambres de garde
Très satisfaisant ou satisfaisant	38 %	10 %	25 %	41 %
Peu satisfaisant ou pas du tout satisfaisant	62 %	90 %	75 %	59 %

Plusieurs groupes hospitaliers, notamment sous l'impulsion des Commissions « vie hospitalière » locales (CVHL), ont conduit ou entamé des programmes de rénovation des chambres de garde. L'un signale néanmoins que « *les chambres de garde sont rapidement*

dégradées et il est difficile d'assurer leur rénovation régulière dans le contexte budgétaire actuel et sans caution des utilisateurs ».

Un GH fait part de « *nombreuses remarques concernant les repas du soir en salle de garde. Décision de la COPS et la DACSEL de modifier la distribution des repas qui se fait dorénavant sous forme de plateaux livrés dans les services. La salle de garde reste néanmoins ouverte*. »

Cette décision illustre le caractère lancinant du sujet des repas en garde : lorsque les repas pour les médecins de garde sont disponibles à l'internat, désormais sans présence le soir ou la nuit d'un personnel dédié, les derniers arrivés n'ont plus rien ou pas grand chose à manger parce que leur part a déjà été consommée, soit par des tiers non prévus soit par leurs collègues venus avant eux ; ou il ne leur reste, en quantité variable, que ce qui a été dédaigné par les premiers arrivés car peu appétissant.

Il s'agit à la fois d'une question de qualité de la prestation fournie et d'une manifestation d'incivilité ; certains interlocuteurs de la mission lui ont signalé que la livraison dans les services des plateaux repas des personnels de garde n'empêchait pas leur consommation partielle ou totale par des tiers, et ne compensait pas leur qualité souvent jugée moyenne ou médiocre, conjuguée à une fréquente monotonie.

L'existence même de la « salle de garde », lieu traditionnel destiné aux internes, est un sujet délicat. Un GH a indiqué à la mission ne pas en avoir (HU HMN) ; à l'hôpital Robert Debré la salle de garde n'est pas accessible le soir ; sur un site, il était envisagé de la fermer prochainement, au départ à la retraite du personnel s'en occupant actuellement (Paul Brousse) ; dans un autre, elle était « temporairement » fermée (Raymond Poincaré[56]). Le caractère peu chaleureux de l'une (Antoine Béclère) a été souligné à la mission par la présidente de la CVHL des Hôpitaux universitaires Paris Sud ; dans un site, il s'agit d'une salle particulière du restaurant du personnel, ouverte le soir (Avicenne).

Son fonctionnement serait souvent « déficitaire », ou considéré comme coûteux. Deux facteurs y contribuent :

- D'une part, que des internes n'ayant pas déclaré à l'administration venir déjeuner à l'internat y mangent ; or, l'indemnité compensatrice pour avantage en nature (ICAN) versée aux internes est plus élevée pour ceux qui n'y sont pas nourris ;
- D'autre part, les effets de la tradition qui veut que les internes puissent accueillir des « invités » : « fossiles » (chefs de clinique et praticiens hospitaliers), « dinosaures » (chefs de service et PU-PH) ou « externes » (étudiants hospitaliers du 2ème cycle des études médicales). En général ces invités ne paient pas leur repas, alors même qu'ils ne cotisent pas à l'internat.

Ainsi, dans un site il a été indiqué aux auditeurs que 110 repas étaient servis chaque midi, pour 40 internes inscrits ; dans un autre, que deux fois plus de plateaux que de personnes y ayant droit étaient livrés, mais que « *les internes ne trouvent plus rien* ».

[56] Un des chefs de service répondant au questionnaire de la DIA commente ainsi spontanément cette fermeture : « *Les internes sont très déçus par la fermeture continuelle de la salle de garde de l'hôpital pour des "problèmes de personnel", alors que c'est un lieu d'échange convivial auquel sont très attachés les internes, les PH et les PU PH.* »

Faudrait-il, au nom de l'équité ou de la rationalité, supprimer les salles de garde ? Plusieurs interlocuteurs de la mission ont souligné pourquoi ce serait, à leurs yeux, une erreur : si l'internat historique n'a plus vraiment lieu d'être en tant que logement des internes, sa fonction de socialisation, de régulation des relations entre médecins, facilitatrice des prises en charge des patients, demeure et reste précieuse selon eux. Ce lieu (*cf*. encadré 8) est certes réputé être un exutoire des tensions que vivent les internes, dans des formes parfois non policées ; des manifestations de sexisme ou des attitudes désormais considérées comme déplacées ont été évoquées, notamment lorsque les auditeurs ont présenté leur rapport provisoire au Comité des internes et des médecins à diplôme étranger de la CME. Mais l'internat permet aussi et surtout des échanges informels décrits comme formateurs entre médecins juniors, entre ces derniers et leurs aînés, et contribue à forger l'identité professionnelle de celles et ceux qui le fréquentent (au prix peut-être d'un certain « conservatisme » en matière de relations interpersonnelles). Plusieurs directions ont cependant indiqué à la mission que le poste d'économe de la salle de garde était souvent difficile à pourvoir.

Encadré 8 : La salle de garde (wikipedia)

L'esprit de salle de garde

Les salles de garde sont un espace de liberté et de créativité[8] où la pétulance et les audaces des récréations d'internes, dans leur remuante camaraderie, peuvent surprendre[8]. Hormis les infractions au règlement tout y est permis. Les internes peuvent s'y moquer de leur chef de service en toute impunité car comme lors d'un carnaval, l'ordre du monde y est inversé[9]. Les chansons paillardes sont régulièrement à l'honneur.

Un patrimoine menacé

La présence d'un espace non contrôlé[10] n'est pas forcément bien vue par les directions des hôpitaux qui n'en comprennent pas l'aspect culturel (l'aspect patrimonial[11] est pourtant reconnu par l'Assistance publique - hôpitaux de Paris qui y a consacré une exposition lors du bicentenaire de l'internat en 2002[12]), qui ne voient pas l'intérêt que les salles de garde permettent aux internes (qui sont la cheville ouvrière de l'hôpital[13]) de se connaître alors qu'ils changent d'affectation tous les 6 mois et qui considèrent qu'elles n'améliorent pas le fonctionnement des hôpitaux. Les administrations hospitalières craignent que ces lieux de convivialité et de complicité deviennent le ferment des revendications et des révoltes[14].

La tendance est à la disparition des salles de garde. L'administration n'entretient pas les cuisines puis les ferme pour transférer leur activité en cuisine centrale : Kremlin-Bicêtre, Pitié-Salpêtrière, Évry… On fournit alors à la salle de garde une alimentation d'une qualité inférieure ce qui oblige les internes à manger au self commun[15]. Elle supprime parfois les internats avec ses chambres[16]. Tout cela contribue à détériorer l'ambiance. L'administration peut profiter du changement de semestre pour fermer la salle de garde en prétextant un besoin d'espace pour étendre d'autres services[17].

Source : wikipedia, extrait de l'article « Salle de garde » https://fr.wikipedia.org/wiki/Salle_de_garde (consulté le 9 novembre 2018).

Observation de la mission

Il convient en même temps d'assurer une restauration de qualité aux internes, et de faire payer l'ensemble des consommateurs, y compris et désormais surtout les seniors « invités ». Il apparaît en effet inéquitable, que des médecins de plein exercice déjeunent gratuitement en salle de garde alors que tous les autres personnels hospitaliers paient leur repas

Recommandations de la mission

Mener une réflexion institutionnelle, appuyée par une étude socio-économique, sur les avantages et les inconvénients du maintien, de la suppression ou de la rénovation des salles de garde ou des internats dans tous les hôpitaux *(CME, DEFIP et DOMU).*

Supprimer la gratuité de fait des repas à l'internat pour les seniors et les internes non inscrits *(directions des groupes hospitaliers).*

Sécuriser la disponibilité des repas pour les personnels de garde. En améliorer la variété et la qualité *(groupe de travail AP-HP ; services logistiques et cuisines des groupes hospitaliers).*

Poursuivre les programmes de rénovation des chambres de garde et la réflexion sur leur équipement *(directions des groupes hospitaliers, en lien avec les CVHL)*.

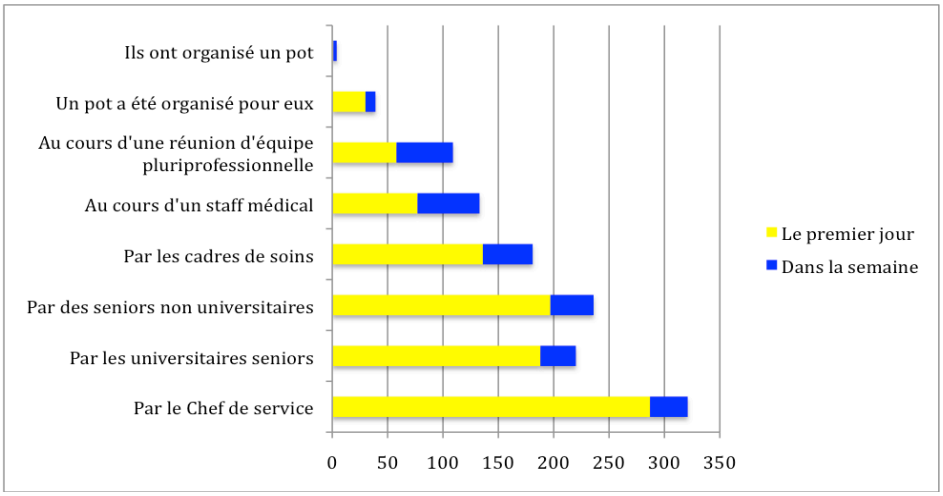
2.2.4. L'accueil dans les services est moins formalisé ; les conditions matérielles de travail y sont perfectibles

Les Directions des affaires médicales savent qu'un accueil est organisé dans chaque service, mais la plupart n'ont que peu pas d'information sur son déroulé ; une DAM précise que les réunions d'accueil dans les services « *sont généralisées et présentent les modalités de fonctionnement interne du service et/ou liste de garde et astreinte* », une autre que « *le chef de structure organise des sessions, programme des formations sans pour autant nous faire un retour sur leur fonctionnement*. »

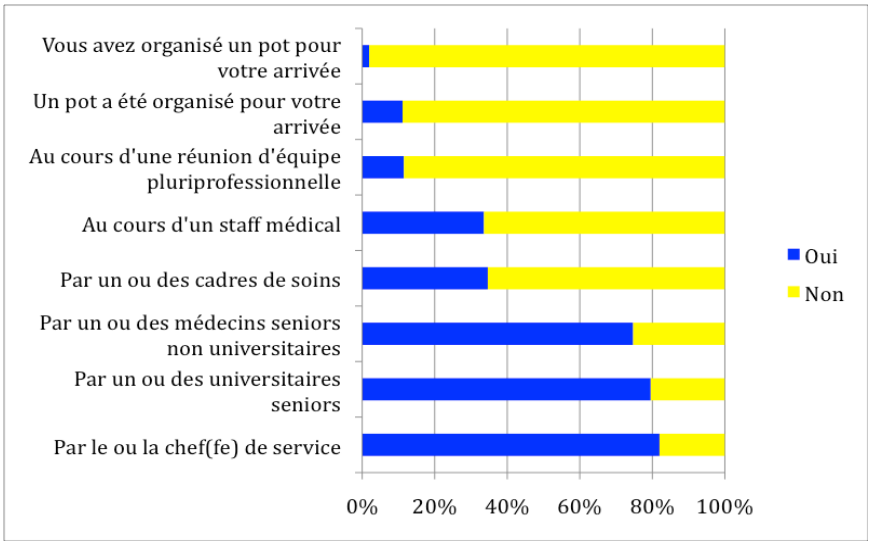
La plupart (95 %) des chefs de service ayant répondu à l'enquête de la DIA indiquent accueillir eux-mêmes les internes le jour ou dans la semaine de leur arrivée. Les autres professionnels du service sont également impliqués, principalement les médecins. Cependant, les accueils collectifs lors de staffs médicaux et surtout de réunions pluriprofessionnelles sont peu développés, la convivialité (manifestée à travers un « pot d'accueil ») est rare (*cf*. graphique 1).

Les réponses des internes sont proches de celles des chefs de service (*cf.* graphique 2) même si, à leurs yeux, les chefs de service sont moins présents pour les accueillir (à 80 %, différence non significative).

Graphique 1 : Modalités d'accueil des internes (selon les chefs de service)



Graphique 2 : Modalités de leur accueil (selon les internes)



Observation de la mission

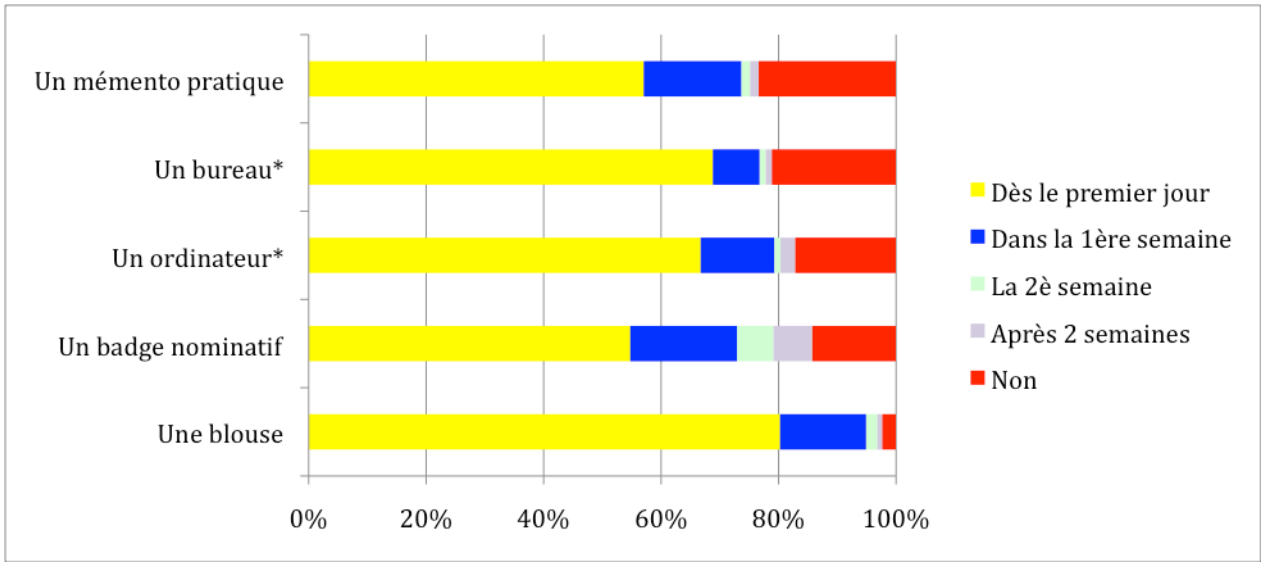
Cette situation, qui est à rapprocher du ressenti des internes (*cf.* 3.4.2), devrait conduire les chefs de service à réfléchir aux modalités d'un meilleur accueil des internes, ainsi qu'ils en manifestent l'intention. Organiser un accueil personnalisé lors d'une réunion de service pluriprofessionnelle, incluant un « moment de convivialité », semble une voie intéressante.

Dans les services, presque tous les internes concernés (98 %) bénéficient selon eux d'une blouse, obtenue 8 fois sur 10 le premier jour (*cf.* graphique 3).

Ce n'est pas le cas pour un badge nominatif (14 % n'en ont pas, même après plus de deux semaines de stage), un ordinateur et un bureau personnels ou partagés uniquement entre internes (dont respectivement 17 et 21 % ne disposent pas), et même un mémento pratique (avec numéros de téléphone utiles,…).

Parmi les internes répondants, 14 % ne disposaient ni d'un ordinateur ni d'un bureau, qu'ils soient personnels ou partagés entre internes.

Graphique 3 : Disponibilité de leurs outils de travail (selon les internes)



* bureau ou ordinateur personnel ou partagé uniquement entre internes

50 % des chefs de service ayant répondu au questionnaire de la DIA indiquent que leur(s) interne(s) dispose(nt) « d'un ordinateur partagé entre internes exclusivement »[57], et 75 % « d'un ou de plusieurs bureau(x) affecté(s) exclusivement aux internes ».

Observation de la mission

Au vu de l'évolution rapide des besoins en matière de gestion informatisée des données médicales, il serait assez cohérent avec le virage numérique de l'AP-HP de mettre en œuvre un plan d'équipement des services en matériels informatiques nomades sécurisés.

Recommandations de la mission

Au sein de chaque GH, assurer la mise à disposition d'un badge normalisé à tous les internes le 1er jour de chaque stage *(DAM des GH, en lien avec les services).*

Equiper les services en ordinateurs en nombre suffisant pour permettre à tous les internes d'avoir accès simultanément aux logiciels métier, sans file d'attente *(services informatiques des GH, en lien avec les services cliniques concernés).*

Aménager, dans l'ensemble des services qui n'en ont pas encore, au moins un bureau destiné aux internes *(services techniques des GH, en lien avec les services cliniques concernés).*

[57] Et 21 % ne répondent pas à cette question.

2.3. La charge de travail des internes est lourde mais mal objectivée

Les réponses des internes, des chefs de service et des directions des affaires médicales aux questionnaires de la DIA mettent en évidence un écart entre les pratiques et la réglementation, occulté par les indicateurs officiels.

Qu'il s'agisse de la durée hebdomadaire du travail mesurée en nombre d'heures, du respect des dispositions sur le repos de sécurité, de la répartition des dix demi-journées théoriques par semaine entre présence hospitalière et temps universitaire, la lettre et l'esprit des textes réglementaires ne sont pas totalement respectés. Les tableaux de service, éléments en principe recueillis en routine, n'en rendent cependant pas compte ; ils sont d'ailleurs peu analysés.

2.3.1. La législation sur le temps de travail est peu respectée

Aux termes des articles R6153-2 et R6153-2-1 du Code de la santé publique (CSP), les obligations de service hebdomadaires de l'interne sont :

- de huit demi-journées en stage ;
- d'une demi-journée de temps de formation hors stage « *pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité* » ;
- d'une demi-journée de temps personnel de consolidation de ses connaissances et compétences hors stage, « *que l'interne utilise de manière autonome* ».

Les deux premières composantes de ces obligations de service, qui incluent la participation au service de gardes et astreintes, « *ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre*. » Le décompte hebdomadaire en demi-journées se tient également en moyenne sur un trimestre.

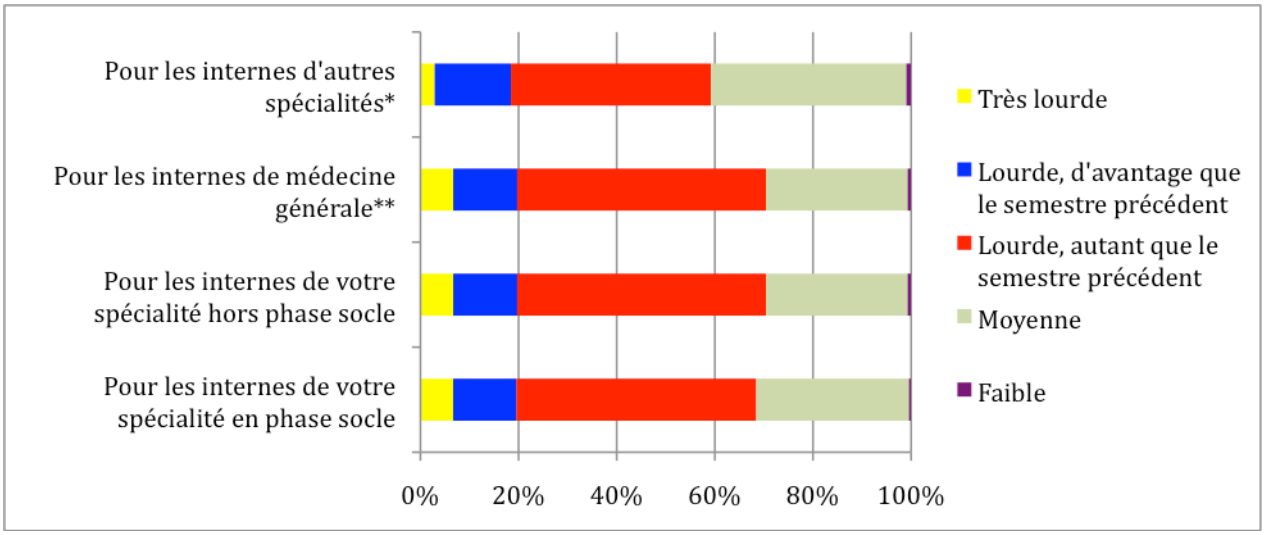
Pour environ 20 % des chefs de service ayant répondu au questionnaire de la DIA, la charge de travail de leurs internes est « très lourde » ou « lourde, davantage que le semestre précédent » ; pour environs la moitié, elle est « lourde, autant que le semestre précédent »[58] (*cf.* graphique 4).

Les internes ayant répondu au questionnaire de la DIA indiquent majoritairement (42 %) travailler entre 49 et 60 heures en moyenne par semaine ; 27 % travaillent 48 heures ou moins, conformément à la réglementation. 5 % déclarent travailler plus de 80 heures par semaine, principalement en chirurgie (*cf.* graphique 5).

En termes de demi-journées hospitalières, 5 % des internes qui décrivent leur stage en cours et 7 % de ceux qui décrivaient leur dernier stage estiment ou indiquent être présents en moyenne (hors vacances) huit demi-journées ou moins par semaine, ce qui correspond à la réglementation. Un tiers estime être présents 10 demi-journées, 15 % 12 demi-journées voire plus (*cf.* graphique 6).

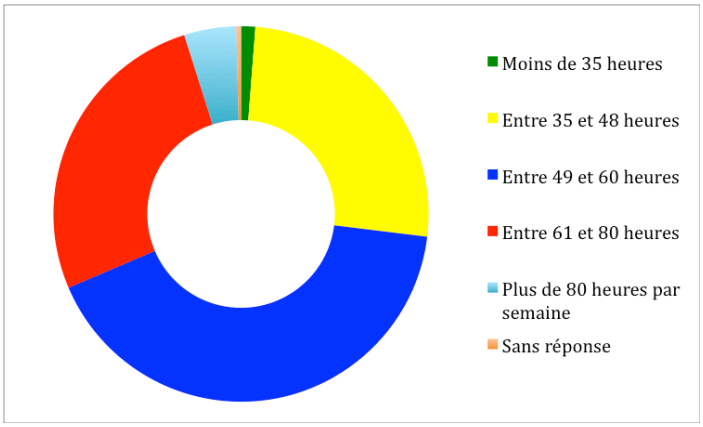
[58] Cette proportion étant 40 % pour les internes d'autres spécialités (hors médecine générale) que celle du service, effectuant un stage dans le service.

Graphique 4 : Charge de travail des internes (selon les chefs de service)

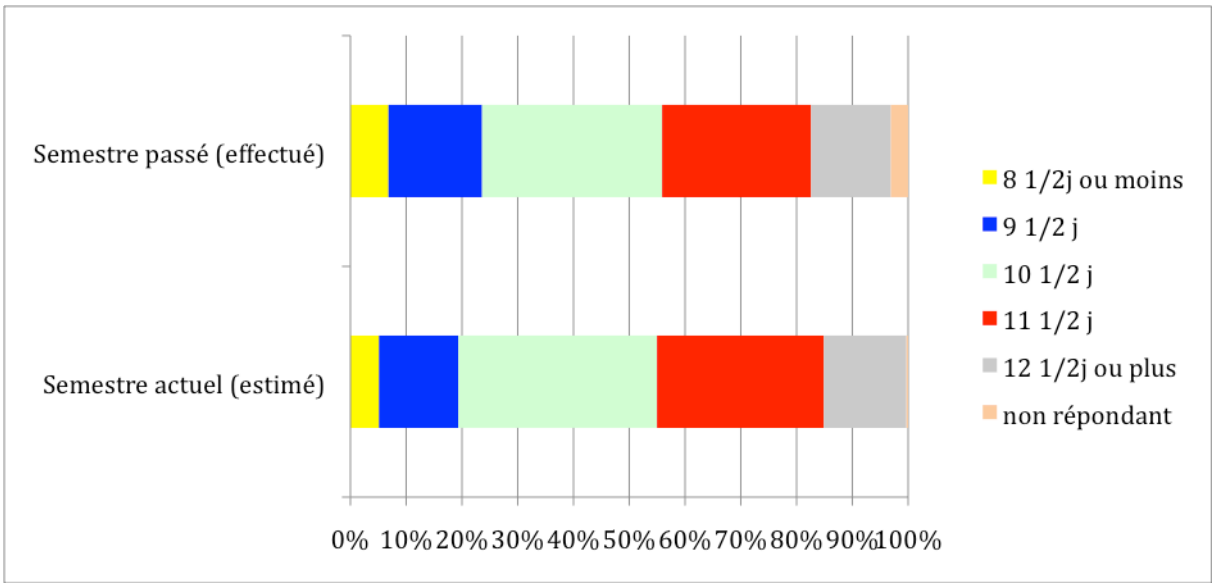


*42 % des chefs de service indiquent ne pas être concernés par cette catégorie d'internes, 12 % ne répondent pas
**56 % des chefs de service indiquent ne pas être concernés par cette catégorie d'internes, 14 % ne répondent pas

Graphique 5 : Durée hebdomadaire de travail (selon les internes)

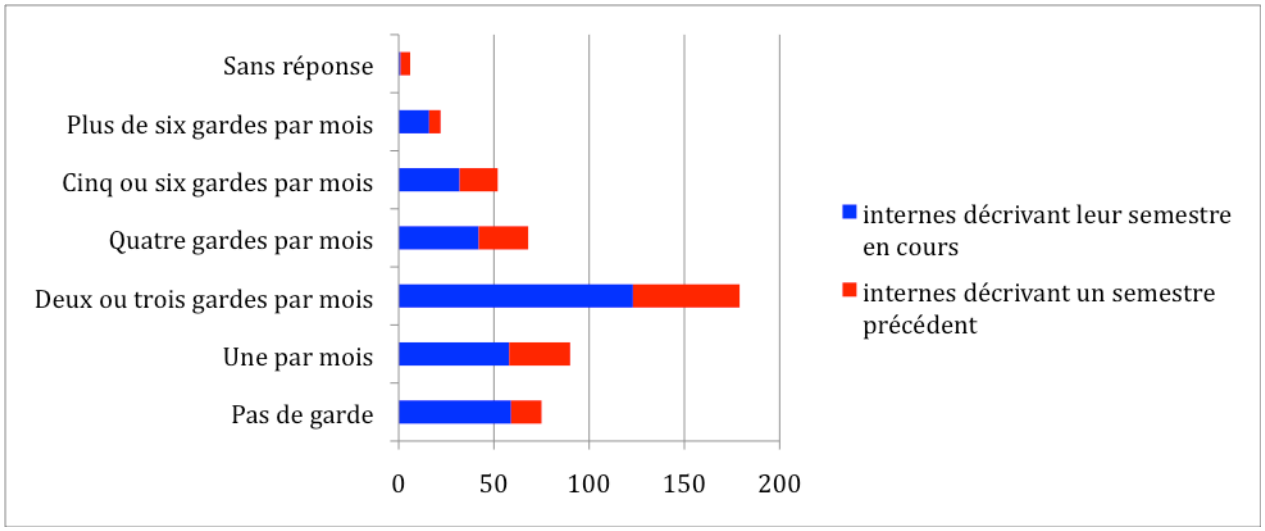


Graphique 6 : Temps de travail hebdomadaire en stage (selon les internes)



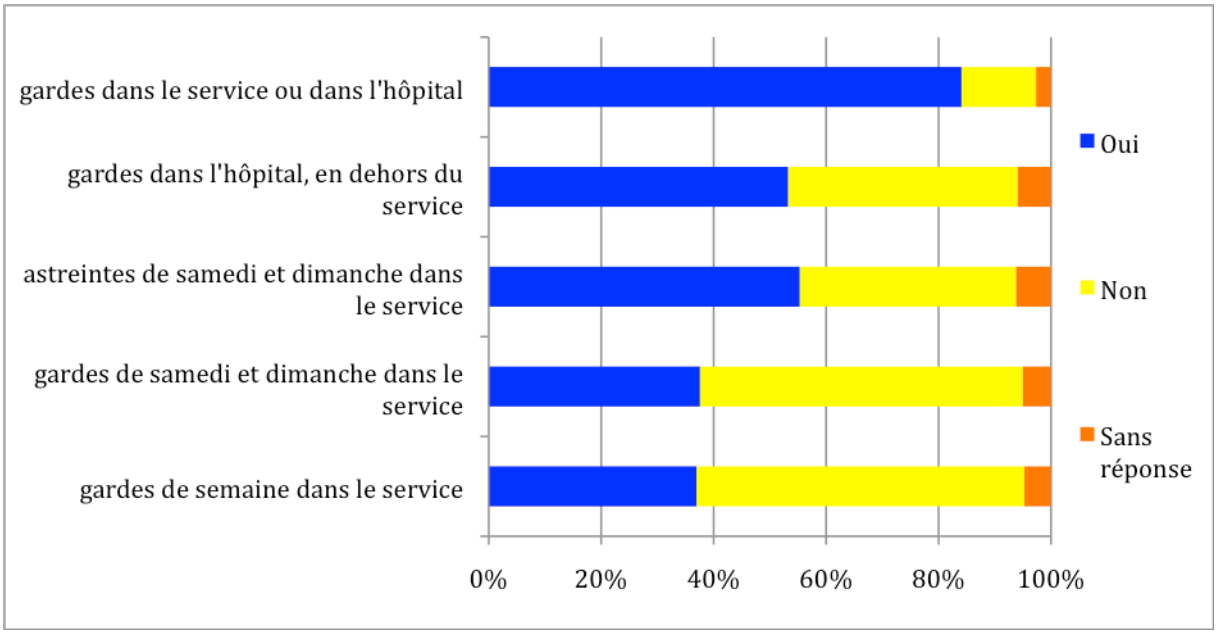
Près des ¾ des internes (73,5 %) ayant répondu au questionnaire de la DIA indiquent faire des astreintes de fin de semaine (samedi, dimanche) dans le service. 15 % ne font pas de garde. Parmi ceux qui en font, la modalité principale (44 %) est de deux à trois par mois ; une minorité (5 %) en fait plus de six par mois (*cf.* graphique 7).

Graphique 7 : Nombre de gardes mensuelles (selon les internes)



Moins de 40 % des chefs de service répondent que leurs internes font des gardes dans leur service, mais 83 % mentionnent que ces derniers effectuent des gardes dans le service ou dans l'hôpital (*cf.* graphique 8).

Graphique 8 : Activité de gardes et d'astreintes des internes (selon les chefs de service)



2.3.2. L'observance des repos de sécurité réglementaires n'est pas totale

Le IV de l'article R6153-2 CSP dispose que « *l'interne bénéficie d'un repos de sécurité immédiatement à l'issue de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant une période d'astreinte* ». La circulaire du 26 mai 2016[59] souligne que « *Cette règle est d'application stricte et aucune dérogation ou aucun report n'est autorisé*. »

Les directions des affaires médicales estiment que le repos de sécurité est très majoritairement observé ; mais 1/3 indiquent ne pas le savoir pour les services de chirurgie de leur GH (*cf.* tableau 20).

Tableau 20 : Proportion des internes bénéficiant d'un repos de sécurité en fonction des services (selon les DAM)

*Pour les internes travaillant dans les services de***	aucun (0 %)	De 1 à 25 %	De 26 à 50 %	De 51 à 75 %	De 76 à 99 %	tous (100 %)	je ne sais pas	non concerné	nr*
spécialités médicales cliniques					2	7	2		1
chirurgie					2	5	4		1
biologie					2	8	1		1
imagerie médicale					2	8	1		1
psychiatrie					1	5	2	2	2
santé publique						2	2	4	4

* non répondant

** quel que soit le lieu de la garde (service, urgences, …)

L'une d'elles observe qu'« *il est très difficile de donner une réponse chiffrée et globale par discipline. La situation s'est beaucoup améliorée ces dernières années, particulièrement dans les services de chirurgie. Les internes de médecine avaient intégré avant le fait que le repos de sécurité est obligatoire.* »

85 % des chefs de service dont les internes font des gardes répondent que ces derniers n'ont aucune activité le lendemain d'une garde, le repos de sécurité étant systématiquement appliqué (*cf.* tableau 21).

Tableau 21 : Activité des internes le lendemain d'une garde (selon les chefs de service)

Le lendemain de garde, les internes de votre service	Nb	%
N'ont aucune activité, le repos de sécurité est systématiquement appliqué	250	85,3%
Restent parfois pour un staff ou pour un cours dans le service	31	10,9%
Font parfois la visite ou ont une autre activité le matin	3	1,4%
Font parfois des activités de recherche le matin	4	1,4%
Effectuent systématiquement la visite ou ont une autre activité le matin	1	0,3%
Ont une journée de travail habituelle ou presque dans le service	0	0,0%
Autre (précisé : orientation des patients d'UHCD les SDJF ; en fonction de l'activité nocturne de la garde l'interne évalue lui même son besoin de repos)	2	0,7%
Non concerné ou non répondant	25+15	(nc)

[59] Circulaire interministérielle n° DGOS/RH4/DEGSIP/A1-4/2016/167, accessible à la page http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/06/cir_40957.pdf

Les internes effectuant des gardes, quant à eux, indiquent à 62 % que le repos de sécurité est systématiquement appliqué (*cf.* tableau 22). La participation à un staff ou à un cours dans le service le lendemain de garde est assez fréquente.

Tableau 22 : Activité des internes le lendemain d'une garde (selon les internes)

Le lendemain de garde, quelle est votre activité ?	Nb	%
Aucune, le repos de sécurité est systématiquement appliqué	249	61,5%
Il m'arrive de rester pour un staff ou pour un cours dans le service	92	22,7%
Il m'arrive de faire la visite ou une autre activité le matin	27	6,7%
Il m'arrive de faire des activités de recherche le matin	9	2,2%
La visite ou une autre activité du service est systématique le matin	17	4,2%
Une journée de travail habituelle ou presque dans le service	11	2,7%
Je n'ai pas de garde	74	nc
Sans réponse	13	nc

Observation de la mission

Les auditeurs notent des différences quantitatives dans l'appréciation par les chefs de service et par les internes de l'activité de ces derniers le lendemain de garde. Quelles qu'elles soient, il apparaît que le repos de sécurité n'est pas toujours respecté. Cette situation, réglementairement irrégulière, est un facteur intervenant dans les difficultés rencontrées par les internes.

2.3.3. Les enseignements universitaires ne sont pas suivis par tous

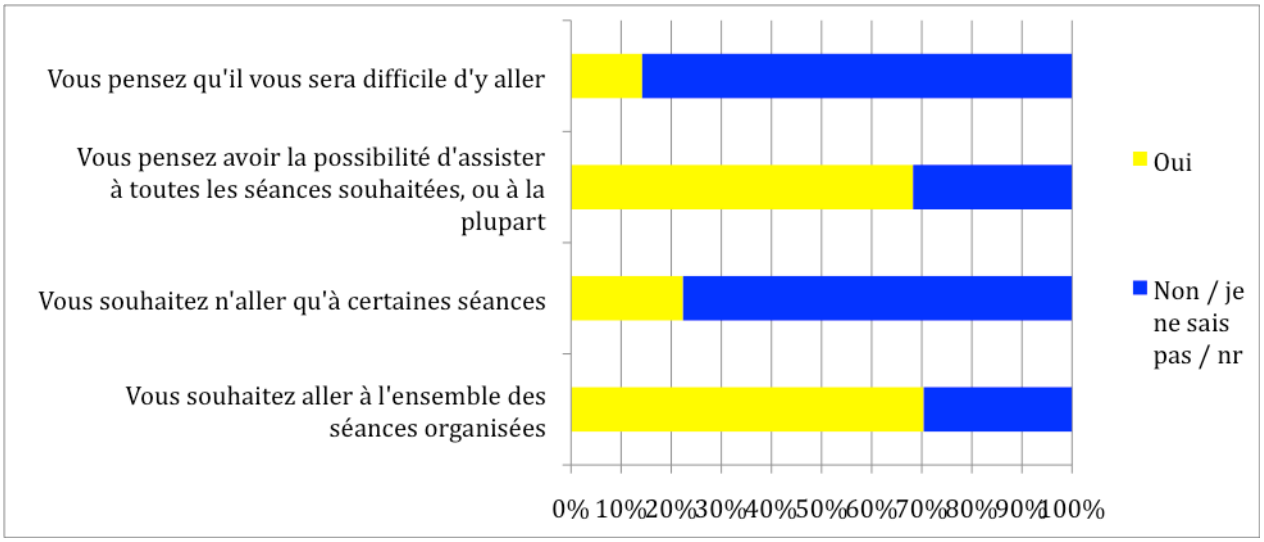
Près des ¾ (73,6 %) des internes avaient eu connaissance de leur programme de formation de leur DES avant la fin du 1er mois de stage. Pour 7 % des internes décrivant leur stage passé, aucun enseignement n'avait été organisé. Pour les autres[60], 68 % souhaitaient ou souhaitent aller à l'ensemble des enseignements, 24 % à certaines séances seulement.

68 % des internes décrivant leur stage actuel pensent pouvoir aller à toutes les séances souhaitées, ou à la plupart ; 72 % des internes décrivant leur stage passé indiquent avoir pu aller à l'ensemble ou à la plupart des séances auxquelles ils voulaient assister.

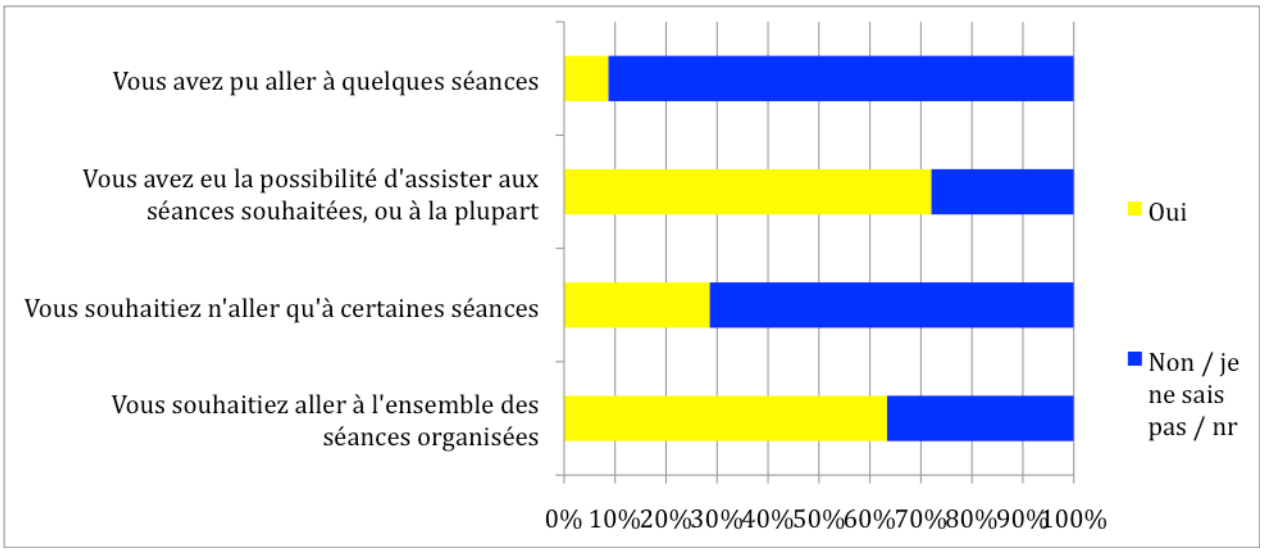
14 % des premiers pensent qu'il leur sera difficile d'y aller, 9 % des seconds indiquent n'avoir pu aller qu'à quelques séances (*cf*. graphiques 9 et 10).

[60] *i.e.* internes décrivant leur stage actuel et étudiants décrivant leur stage passé ayant bénéficié d'enseignements

Graphique 9 : Souhaits et prévisions des enseignements universitaires (selon les internes en début de stage)



Graphique 10 : Enseignements universitaires suivis (selon les internes ayant achevé leur stage)



2.3.4. Les tableaux de service, lorsqu'ils existent, ne reflètent sans doute pas toujours la réalité et ne font pas l'objet de contrôle

Interrogés sur la proportion de services leur adressant des tableaux de service prévisionnel ou réalisé concernant les internes, les DAM dressent un tableau contrasté : quel que soit le type de service, très peu de tableaux de service prévisionnel sont transmis ; les services de chirurgie transmettent le moins les tableaux de service réalisé (*cf*. tableau 23).

Tableau 23 : Proportion de services transmettant des tableaux de service prévisionnel ou réalisé (selon les DAM)

Pour les internes travaillant dans les services de	aucun (0 %) prev | real	de 1 à 25 % prev | real	de 26 à 50 % prev | real	de 51 à 75 % prev | real	de 76 à 99 % prev | real	tous (100 %) prev | real	GH non concerné prev | real	non réponse prev | real
spécialités médicales cliniques	5 | 0	1 | 0	3 | 1	1 | 3	0 | 3	0 | 4	0 | 0	2 | 1
chirurgie	6 | 0	2 | 1	3 | 0	0 | 4	0 | 3	0 | 3	0 | 0	1 | 1
biologie	5 | 0	1 | 0	3 | 0	1 | 1	1 | 6	0 | 4	0 | 0	1 | 1
imagerie médicale	6 | 0	2 |0	2 | 0	1 | 2	0 | 4	0 | 4	0 | 0	1 | 2
psychiatrie	5 | 0	1 | 1	3 | 0	1 | 2	0 | 2	0 | 5	1 | 1	1 | 1
santé publique	3 | 0	1 | 1	1 | 0	1 | 0	0 | 4	1 | 3	2 | 2	3 | 2

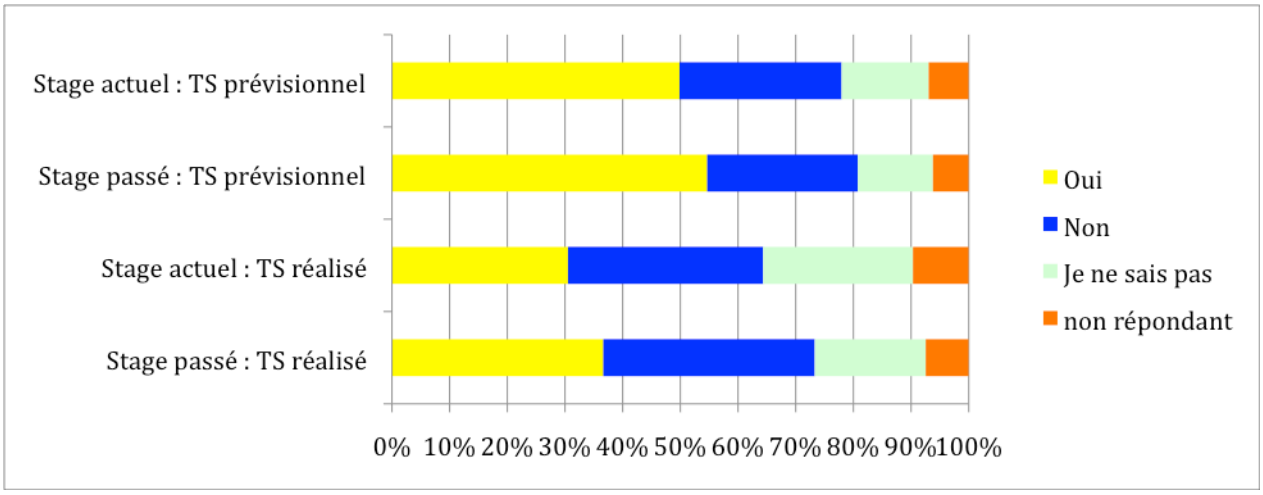
Pour 2/3 des chefs de service, les tableaux de service prévisionnel des internes sont transmis à la direction ; le taux est de presque 80 % pour les tableaux de service réalisé (*cf.* tableau 24).

Tableau 24 : Proportion de tableaux de service concernant les internes (selon les chefs de service)

Les internes en poste dans votre service ce semestre	Oui	Non	Non répondant
Disposent de tableaux de service prévisionnel transmis à l'administration	228 (66,4%)	82 24,3%	28 (8,3%)
Disposent de tableaux de service effectué transmis à l'administration	266 (78,7%)	44 13%	28 (8,3%)

Les internes, qu'il s'agisse de leur stage en cours ou de leur stage passé, indiquent des taux inférieurs mais aussi leur ignorance (entre 13 et 26 %) de l'existence ou la transmission de tableaux de service (*cf.* graphique 11).

Graphique 11 : Transmission des tableaux de service (selon les internes)



Les DAM se fondent sur les tableaux de service pour considérer que les repos de sécurité sont effectivement pris. Elles notent par ailleurs que le repos de sécurité s'inscrit automatiquement le lendemain de garde dans les tableaux de service élaborés avec le logiciel Medtime ; ce paramètre n'est pas modifiable.

Dans leurs commentaires, certaines soulignent se fier à la bonne foi ou à la signature des tableaux de service par les chefs de service. Pour l'une, « *les chefs de services sont informés de cette obligation de repos de sécurité. Ce non respect, outre l'aspect réglementaire, peut générer une mauvaise évaluation du stage lors du choix futur*. »

Une DAM indique ne pas examiner les tableaux de service concernant les internes qui lui sont adressés.

Par ailleurs, d'autres notent l'absence de remontée d'information de la part des internes attestant que les repos de sécurité ne seraient pas respectés. Par contre, 4 DAM signalent avoir eu « des réflexions négatives ou des plaintes (tant orales qu'écrites) de la part des internes en médecine sur l'organisation de leur temps de travail » :

- Dans 2 cas, il s'agissait de la réalisation de présences le samedi ou le dimanche non prévues dans le schéma d'organisation de la permanence des soins validé par la COPS, et donc non payées. L'une a considéré que ce temps travaillé devait être récupéré ; l'autre a donné et mis sur l'intranet du GH « *une information sur les lignes officielles de gardes / astreintes / continuité de service validées / budgétées par service* », « *mais il reste quelques services avec des plaintes* » ;
- Dans un GH, « *selon les services, les internes remontent parfois le fait de ne pas pouvoir disposer de tout leur temps universitaire ou autonome, contestent parfois le nombre de gardes qui leur est attribué et soulignent la lourdeur. Certains internes remontent parfois les difficultés de ne pas pouvoir respecter les 8 demi-journées hospitalières* » ;
- Dans un site, la diminution du nombre d'internes alors qu'existe une garde pour l'ensemble du site a conduit à la participation des seniors à la liste de garde, et au renforcement du dispositif d'astreinte d'un senior par service. Ce GH souligne par ailleurs une « *demande globale des internes de participer aux listes de garde tant pour l'aspect formation que rémunération* ».

Aucune direction des affaires médicales n'a enregistré de réflexion positive de la part des internes en médecine sur l'organisation de leur temps de travail.

L'une souligne que « *les demandes des internes en matière de gestion des temps sont variables par grandes disciplines : les médecins sont très attachés au respect de leurs temps de formation théoriques, les chirurgiens privilégient la formation pratique*. »

Une DAM mentionne « *l'impact de l'évolution du 3ème cycle sur la répartition des internes entre les services et donc sur la charge de travail des internes et des seniors* ».

Pour une autre, « *les situations sont très disparates, et l'application du temps de travail pose de vraies difficultés dans certains services*. »

« L'organisation du temps de travail des internes devrait être réfléchie en même temps que le temps de travail des seniors afin de revoir les maquettes d'organisation des services. »

Observations de la mission

Les conséquences en termes de responsabilité et de couverture assurantielle de l'interne et de son chef de service en cas d'accident ou d'événement indésirable associé aux soins lors d'un temps de travail qui se substitue au repos de sécurité sont un argument supplémentaire pour progresser encore dans le respect de la réglementation.

Recommandations de la mission

Rappeler explicitement dans le livret d'accueil des internes et étudiants du 3ème cycle des études médicales à l'AP-HP, et dans une note à l'attention des chefs de service, les risques encourus par chacun en cas de non respect de la réglementation sur le temps de travail *(DAJ, en lien avec la DOMU et la DirCom).*

Diffuser à tous les internes et aux chefs de service la Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics du 20 mai 2014[61] *(DOMU, en lien avec la DirCom).*

Transmettre des tableaux de service exhaustifs, mentionnant explicitement les demi-journées de formation universitaire et de temps personnel de consolidation *(chaque service).*

Modifier l'impossibilité de noter une présence après une garde dans le logiciel Medtime *(DSI).*

[61] Accessible notamment sur le site de la FHF à la page https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Outils-et-notes/Une-charte-d-accueil-et-de-formation-des-internes-dans-les-etablissements-hospitaliers-publics (consultée le 9 novembre 2018).

2.4. Les dispositifs de suivi personnel des internes ou ceux destinés à les aider sont pluriels, mais peu opérants

Comme l'ensemble des personnels hospitaliers, les internes en médecine bénéficient en principe d'un suivi médical organisé par le service de santé au travail de l'AP-HP.

En cas de « difficultés » personnelles ou professionnelles, ils peuvent également s'adresser aux différents contacts mentionnés à la dernière page du livret d'accueil des internes et étudiants du 3ème cycle des études médicales à l'AP-HP (ou être orientés vers eux par la personne ayant repéré leur situation) : la Commission « vie hospitalière » locale, le coordonnateur de spécialité, leur chef de service, le Bureau des internes de la DOMU (pour toute question administrative), la médecine du travail, la CVH centrale, le président du Comité CME de l'AP-HP des internes et médecins à diplôme étranger ou les syndicats des internes franciliens. En particulier, le dispositif mis en place en 2014 par le SIHP pour s'adresser à un pair en cas de détresse morale, sossihp@sihp.fr, est toujours en vigueur.

2.4.1. L'importance de l'intervention des services de santé au travail a récemment été rappelée

Comme l'indique le tableau 25, jusqu'en juin 2018 les internes (anciens ou nouveaux) n'étaient pas systématiquement convoqués par le service de santé au travail.

Près de 67 % des internes répondants au questionnaire de la mission indiquent ne jamais avoir été convoqués par le service de santé au travail (*cf.* tableau 26).

Tableau 25 : Convocation des internes par le service de santé au travail (selon les DAM)

Les nouveaux internes sont-ils convoqués systématiquement par le service de santé au travail ?		
	Nombre	Pourcentage
Oui	3	25,0%
Non	6	50,0%
Sans réponse	3	25,0%
Au sein de votre GH, les internes sont-ils convoqués par le service de santé au travail...		
	Nombre	Pourcentage
comme l'ensemble des autres personnels	1	8,3%
moins que les autres personnels	2	16,7%
davantage que les autres personnels	1	8,3%
Autre : nous transmettons depuis novembre 2017 la liste des nouveaux internes aux médecins du travail (1) - Ponctuellement si besoin (1)	2	16,7%
Sans réponse	6	50,0%

Tableau 26 : Convocation par le service de santé au travail (selon les internes)

	Non, jamais		Oui, il y a moins de 1 an		Oui, il y a plus de 1 an		non répondants		Total
Stage d'internat	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
1er semestre	20	80,0%	4	16,0%	nc		1	4,0%	25
2e semestre	59	80,8%	14	19,2%	nc			0,0%	73
3e semestre	18	72,0%	2	8,0%	5	20,0%		0,0%	25
4e semestre	66	69,5%	12	12,6%	17	17,9%		0,0%	95
5e semestre	19	48,7%	6	15,4%	14	35,9%		0,0%	39
6e semestre	83	71,6%	9	7,8%	24	20,7%		0,0%	116
7e semestre	15	51,7%	2	6,9%	12	41,4%		0,0%	29
8e semestre	33	55,9%	8	13,6%	17	28,8%	1	1,7%	59
9e semestre	3	30,0%	1	10,0%	6	60,0%		0,0%	10
10e semestre	10	55,6%	2	11,1%	6	33,3%		0,0%	18
Autre			1	100,0%				0,0%	1
Total	326	66,5%	61	12,4%	101	20,6%	2	0,4%	490

Par note du 7 juin 2018, la Chef de service des ressources humaines médicales du département ressources de la DOMU informait les directeurs des affaires médicales et les responsables du bureau du personnel médical (BPM) qu'une consultation systématique par le médecin du travail du site ou du groupe hospitalier avait été actée pour les internes lauréats des épreuves classantes nationales (ECN) et faisant fonction d'interne, lors de leur premier semestre à l'AP-HP.

Cette décision, qui fait suite aux travaux engagés notamment dans le cadre du groupe CME de l'internat, concerne les internes dits « internes de phase socle » et les faisant fonction d'interne en stage depuis le 2 novembre 2017.

Les DAM et BPM étaient invités à transmettre un fichier excel® « *comportant le numéro matricule, le nom usuel, le prénom, la date de naissance, les coordonnées, le nom de l'hôpital du lieu de stage, le nom du service d'affectation* » des internes concernés au médecin du travail du site ou du groupe hospitalier.

Les DAM ayant répondu au questionnaire de la mission après le 7 juin 2018 ont indiqué avoir procédé à cette transmission – et par là ont informé les auditeurs de l'existence de cette note. L'une soulignait que le service de santé au travail était « *très mobilisé sur le suivi des internes* » et sollicitait déjà périodiquement la liste nominative de l'ensemble des nouveaux internes.

La coordonnatrice du service de santé au travail de l'AP-HP n'ayant pas donné suite aux demandes de rendez-vous formulées par les auditeurs, la mission ne peut pas dresser un premier bilan de cette action dans le cadre du présent rapport.

Dans leurs réponses à la mission, certaines DAM soulignaient que « *les internes sont peu attentifs à leurs convocations par la médecine du travail* ». Les représentants des internes interrogent : « *ont-ils la possibilité de se libérer pour aller à la convocation ?* »

La situation souvent tendue des effectifs des services de santé au travail a été rappelée par plusieurs DAM.

A l'hôpital universitaire Necker – Enfants malades, les convocations ont été « *mises en place à partir de mai 2018 grâce au recrutement d'un second médecin du travail. Ordre de convocation commençant par les internes les plus jeunes dans les secteurs les plus à risque (chimiques, radioprotection). Si l'interne ne se présente pas à la convocation la médecine du travail prévient le bureau du PM qui envoie un courriel au chef de service concerné en lui demandant de faire en sorte que l'interne s'y présente.* »

La DAM des Hôpitaux universitaires Saint Louis – Lariboisière – Fernand-Widal note que « *le service de médecine du travail reçoit facilement les internes si besoin*. » Par ailleurs, les internes sont systématiquement orientés vers le service de santé au travail en cas d'accident d'exposition au sang (AES).

Dans ces deux GH, une psychologue du travail organise des groupes de parole ; ce dispositif est présenté lors des réunions d'accueil sur les sites des Hôpitaux universitaires Saint Louis – Lariboisière – Fernand-Widal. Cependant, aucun n'est très fréquenté. Les psychologues du personnel reçoivent également les internes individuellement sur demande.

Les retours des services de santé au travail vers les DAM ou les BPM concernent l'aptitude des internes qui se sont présentés, des alertes sur le statut vaccinal des FFI issus de pays dont la réglementation est différente, des signalements si problème ou d'internes ayant déclaré une grossesse, afin qu'elles soient retirées de la liste de garde ; deux GH (HUPS, HU HMN) signalent n'avoir aucune information de la part du service de santé au travail.

2.4.2. Les Commissions « Vie hospitalière » locales n'ont jamais été sollicitées par les internes pour des difficultés personnelles ou professionnelles

Les onze présidents (ou vice-présidents) de CVH locale rencontrés par la mission ont indiqué aux auditeurs ne jamais avoir été contactés par un interne en difficulté. Cette absence de demande – à l'inverse de ce qui se passe pour les praticiens hospitaliers (PH) – est liée selon eux d'une part à la méconnaissance possible de l'existence et du rôle de cette instance, d'autre part et surtout à la situation statutaire et symbolique des internes, qui ne sont pas des médecins seniors et ne se tournent pas vers des « non pairs », alors que les PH contactant la CVH s'adressent à leurs pairs ; pour eux, les interlocuteurs vers qui les internes se tourneraient « naturellement » sont les syndicats d'internes, ou leurs co-internes de stage.

Cependant, les CVHL ne se désintéressent pas des internes, même si ces derniers n'y siègent généralement pas[62] :

- Dans deux GH, la CVH organise ou contribue à l'organisation de leur accueil semestriel ;
- Dans un GH, elle a travaillé à la mise en place de l'application pour mobile multifonction qui a remplacé le livret d'accueil ;
- Dans trois GH, la CVH est consultée ou motrice en matière de plan de travaux des chambres de gardes « *afin d'améliorer les conditions d'exercice des internes* » ;

[62] L'absence d'internes au sein des CVHL est soit une carence, soit un choix de ne pas leur proposer d'y siéger suite au constat de leur absence récurrente des instances qui pourraient les concerner (ce qui est souvent le cas dans les CMEL).

– Dans un GH, selon la DAM, « *la CVHL s'est penchée sur le fonctionnement de l'internat régulièrement*. »

2.4.3. Les internes en difficulté s'adressent peu aux structures et filières existantes, même lorsqu'elles leur sont spécifiques

Le « plan d'action de l'AP-HP pour accompagner les internes en difficulté » présenté en séance plénière de la CME le 12 mai 2015 rappelait l'importance de dépister les internes en difficulté, de prévenir [le passage à l'acte], de communiquer.

Parmi les dispositifs mentionnés figuraient les « *plateformes* » [de réception d'appels téléphoniques] des syndicats des internes franciliens, dont les numéros de téléphone ou les adresses électroniques figurent sur la dernière page du livret d'accueil des internes et étudiants du 3ème cycle des études médicales à l'AP-HP. Les syndicats représentatifs des internes, composés de pairs, dédiés exclusivement aux internes, apparaissent *a priori* comme pouvant être les interlocuteurs privilégiés ou principaux de ces derniers pour toute difficulté. Or, même si le syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) et le syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale (SRP-IMG) n'ont transmis aucune donnée précise à la mission, il semblerait qu'ils soient très peu sollicités par les internes[63].

La DOMU a fait état de quelques dizaines d'internes (environ 40) qui seraient actuellement suivis par le BDI après avoir lancé un « SOS ». Ce nombre apparaît à la fois faible et inquiétant, car ne concernant que les internes ayant « *accepté de parler* », considérés comme « *la partie émergée de l'iceberg* ».

Plusieurs interlocuteurs de la mission constatent que les étudiants hospitaliers (les « externes ») et les chefs de clinique bénéficient de dispositifs qui existent de longue date ou se mettent en place dans les facultés de médecine et permettent de repérer, d'aider et de suivre celles et ceux qui en ont besoin. La notion d'appartenance à une communauté (ici la communauté universitaire d'une faculté, géographiquement repérée et aux structures bien identifiées par ses membres qui sont « en terrain connu » et en font partie pendant plusieurs années) est mise en exergue.

A contrario, les internes en stage dans un hôpital n'y passent que 6 mois en continu, sont administrativement souvent rattachés (pour 3 à 5 ans) à une faculté distante, reviendront rarement dans le même service : ils ne se sentent donc pas véritablement membres de la communauté médicale au sein de laquelle ils exercent en se formant[64]. Les seniors rencontrés par la mission considèrent que cela peut être un des paramètres expliquant qu'ils ne fassent pas appel aux dispositifs locaux en cas de difficulté.

La mission estime que les questions d'intégration d'un modèle hiérarchique ancien, de conformisme, de représentation de ce que doit être un médecin, d'arbitrages entre inconvénients présents et perspectives futures sont d'autres facteurs expliquant que soient silencieuses et cachées nombre de souffrances des internes en médecine, dont on constate

[63] Lors de la phase de relecture contradictoire, le SRP-IMG a fait état d'une dizaine d'internes « *en franche difficulté à l'AP-HP* » qui l'ont contacté en 2017-2018.

[64] Laquelle communauté médicale et même hospitalière, symétriquement, selon les seniors rencontrés par la mission, les considère plutôt comme « de passage ».

qu'ils sont confrontés à des exigences professionnelles et à des organisations pesantes, voire épuisantes.

Un coordonnateur de DES a quant à lui fait part aux auditeurs des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les coordonnateurs pour aider les internes en difficulté : « *les coordonnateurs ne reçoivent aucune formation sur la prise en charge des internes en difficulté. Pour information un interne a fait un droit au remord en sixième semestre (recours ministériel), plus d'un an de démarches et de procédures.* » « *Pour obtenir la possibilité d'un stage en surnombre pour des raisons de santé il faut constituer un dossier qui prend plusieurs mois, avec en particulier une lettre du psychiatre traitant, du coordonnateur, du médecin du travail, une lettre de l'étudiant etc. Il n'y a que 4 ans qu'on peut obtenir un stage en surnombre pour raisons de santé.* »

Il apparaît que l'ensemble des coordonnateurs ne connaissent ou ne maîtrisent pas tous les différentes instances, structures, susceptibles d'intervenir et les démarches qu'il est possible de suivre pour aider à la prise en charge et à l'orientation des internes en difficulté

Observation de la mission et commentaire

Les démarches de « prévention » envisagées jusqu'ici à l'AP-HP concernent plus la prévention des passages à l'acte d'internes en souffrance que le traitement des facteurs causaux liés à l'environnement professionnel, qui sont sans doute difficiles à appréhender et à expliciter.

Pour le SRP-IMG, « *la « prise en charge des internes en difficulté » passe d'abord par la prévention, c'est-à-dire l'amélioration des conditions d'accueil, de travail et de formation des étudiants.* »

Recommandations de la mission

Ne pas créer de nouveau dispositif de repérage ou de suivi des internes en difficulté.

Nommer un·e « Référent·e des internes » auprès du conciliateur du Directeur général et de la CME. Sa qualité de jeune médecin senior (n'étant ni un pair ni trop âgé·e) et son engagement au cours de son internat lui permettraient d'être identifié·e comme un·e interlocuteur·trice bienveillant·e par les internes ressentant des difficultés ; grâce à son expérience il (elle) pourrait, en étant si besoin médiateur·trice, conseiller et rediriger utilement les internes s'adressant à lui (elle) *(Directeur général de l'AP-HP et Président de la CME)*.

Mener périodiquement des campagnes de sensibilisation et d'information des internes sur la souffrance au travail et sur les dispositifs d'écoute et d'aide, dont sossihp@sihp.fr *(DOMU, en lien avec la DirCom et le (la) « Référent·e des internes » auprès du médiateur médical de l'AP-HP).*

Développement des formations en sciences sociales et humaines lors du 2ème cycle des études médicales et la mise en place précoce de groupes de parole ; encourager les étudiants en médecine à participer aux réflexions éthiques menées dans les facultés et les hôpitaux *(Facultés de médecine, Commission d'orientation de la démarche éthique à l'AP-HP [CODE] et groupes d'éthique des GH).*

Assurer une formation et l'information des coordonnateurs de DES sur les structures à mobiliser et les démarches à suivre lorsque des internes en difficulté leur sont signalés ou s'adressent à eux *(Facultés de médecine, en lien avec le BDI de la DOMU et l'ARS Ile-de-France).*

3. QUESTIONS POSÉES

3.1. Les fluctuations des effectifs d'internes au sein de chaque service : hasard ou fatalité ?

Le nombre d'internes présents dans un service est un paramètre important dans son fonctionnement ; sa stabilité permet celle de l'organisation du travail médical. Or, les réponses aux questionnaires de la DIA révèlent des fluctuations qui font varier la charge de travail des personnes présentes. Les raisons en sont multiples.

3.1.1. De nombreux services ont été confrontés à un manque d'internes, au regard du nombre espéré ou attendu

Pour la période novembre 2017 – avril 2018, 10 DAM indiquent qu'il y avait eu « dans quelques services » une grande différence entre le nombre de postes souhaités par les chefs de service et les postes offerts au choix des internes, ainsi qu'une grande différence entre le nombre de postes offerts au choix des internes et le nombre de postes pourvus.

Pour la période mai 2018 – octobre 2018, cette grande différence entre le nombre de postes souhaités par les chefs de service et les postes offerts au choix des internes est retrouvée « dans quelques services » par 7 GH ; si 10 indiquent une grande différence entre le nombre de postes offerts au choix des internes et le nombre de postes pourvus « dans quelques services », 2 la notent « dans de nombreux services ».

Tous les GH, sauf l'hôpital universitaire Robert Debré, signalent que certains services connaissent ou ont connu des difficultés de fonctionnement en raison d'un nombre d'internes moins élevé que souhaité.

Pour les chefs de service ayant répondu à la question, ceux ayant moins d'internes que l'an dernier (et surtout « significativement moins d'internes ») sont en nombre légèrement supérieur à ceux ayant plus d'internes (et surtout « un peu plus d'internes ») ; près de 55 % des chefs de service répondants indiquent avoir « autant d'internes » (*cf.* graphique 12).

17 % des chefs de service ayant répondu au questionnaire de la DIA indiquent avoir des postes d'internes qui ne sont pas pourvus (ni par un interne, y compris en stage inter-CHU, ni par un faisant fonction d'interne [FFI])[65].

Dans ce cas, le retentissement majeur signalé est que « les PH travaillent davantage », puis que « les chef·fe·s ou assistant·e·s travaillent plus » (*cf.* graphique 13). 45 % des répondants mentionnent que les autres internes travaillent « un peu plus » ou « plus » que d'habitude.

La demande de commentaires sur l'effet du manque ou de l'absence d'internes suscite près d'une cinquantaine de réponses, celle sur les effectifs d'internes près de 230[66].

[65] Parallèlement, 16 % des internes répondeurs mentionnent que tous les postes d'internes du stage qu'ils décrivent ne sont pas pourvus.

[66] Ces commentaires sont repris en annexe 4.

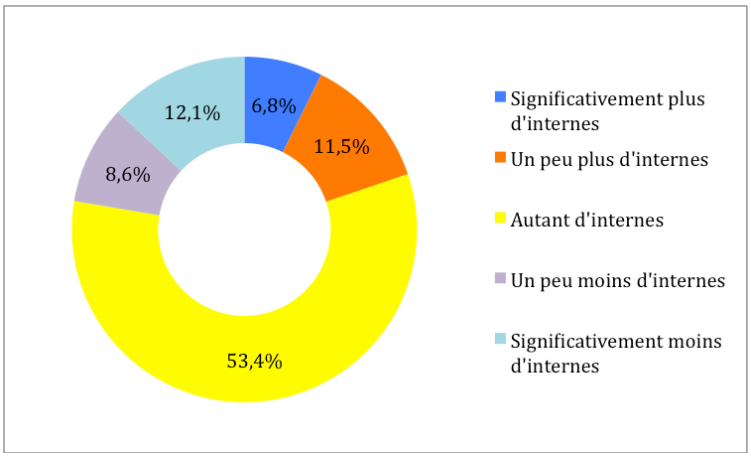
Parmi eux, certains soulignent que l'absence d'internes peut conduire à fermer des lits et/ou à supprimer également des postes d'infirmier·e·s « *alors que nous sommes déjà en sous effectif* », à « *sacrifier* » le travail universitaire. Elle se traduit par des « *glissements de tâches* », des médecins seniors effectuant un travail traditionnellement dévolu aux internes (et notamment parfois prennent des gardes d'internes). Il s'agit aussi d'« *horaires à rallonge* », d'une intensification de la présence les week-ends, de l'augmentation du nombre de garde par personne (et/ou la « *demande de reprise de gardes à d'anciens internes du service* »). La « *grande solidarité de service* » notée par certains n'empêche par l'« *épuisement +++ des internes* » en poste, ou celui des seniors – pouvant conduire à des départs. Ailleurs, « *les internes ne passent plus en consultation ni en hôpital de jour, donc cela altère la formation* ».

Les commentaires sur les conséquences du manque d'internes portent également sur :

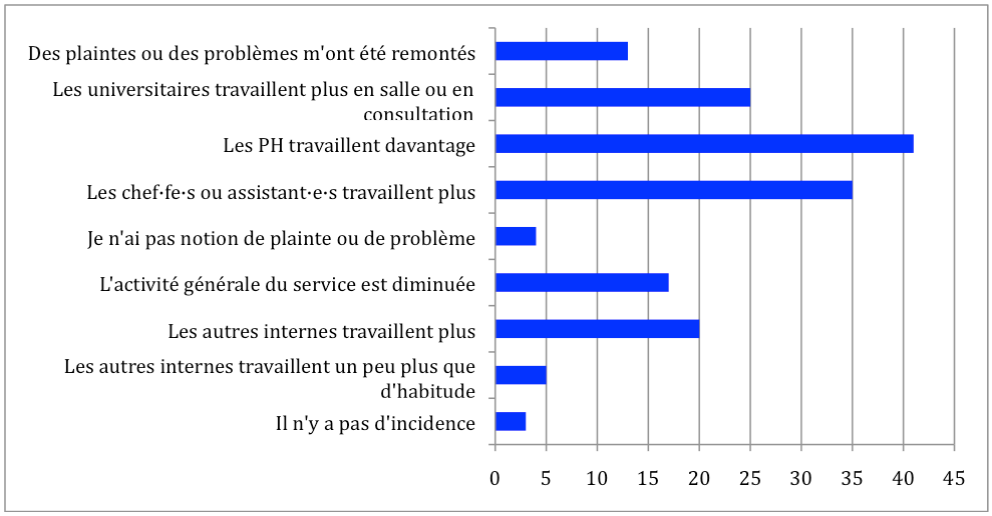
- La moindre disponibilité des médecins auprès des patients ;
- Le risque de « black listage » du stage par les internes lors du prochain choix.

Certains soulignent que cela est « *stimulant* » et que « *cela oblige à reconsidérer ses pratiques* », d'autres que « *les internes sont des étudiants pas du personnel sur lequel doit reposer le partage des tâches* », ou à l'inverse que « *c'est la faillite d'un hôpital universitaire !* ».

Graphique 12 : Evolution du nombre d'internes entre mai 2017 et mai 2018 (selon les chefs de service)



Graphique 13 : Conséquences de l'absence d'internes (selon les chefs de service)



3.1.2. Etre agréé ne signifie pas automatiquement recevoir des internes

Les campagnes d'agrément des stages de 2017 et 2018 ont conduit à prolonger pour un an les agréments « ancien régime » qui venaient à échéance ces années-là, et à délivrer des agréments :

- « *pour l'accueil des internes actuellement en formation, au titre des DES et DESC en vigueur jusqu'à la mise en œuvre de la réforme ;*
- *pour l'accueil des internes issus des ECN organisées à partir de 2017, au titre des DES listés dans l'arrêté du 21 avril 2017 précité et dans le cadre de la phase 1 de formation, dite phase socle ;*
- *ou pour l'accueil de ces deux catégories d'internes*. »[67]

La note ARS – Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France du 21 décembre 2017 *sur la campagne d'agrément pour l'année universitaire 2018–2019 – agrément pour l'accueil des internes de médecine, odontologie et pharmacie* [68]précise que les services agréés au titre d'un DES pour l'accueil d'internes issus des ECN organisées avant 2017 sont de facto agréés pour la phase 2 des nouveaux DES, sauf changement de chef de service, restructuration ou regroupement de services, déménagement sur un autre site.

La procédure d'agrément relative à la spécialité de médecine générale est dématérialisée. Elle se déroule sur le site dédié de la coordination de DES de médecine générale d'Ile-de-France sur lequel il faut renseigner la fiche de présentation du service, télécharger le guide du service, le guide de l'hôpital et le projet pédagogique répondant aux objectifs pédagogiques de la maquette de formation de la spécialité.

Pour les autres spécialités, obtenir un agrément nécessite de remplir :

- Pour accueillir des internes « ancien régime », un questionnaire « agrément-coordonnateur » destiné uniquement au coordonnateur, dont il existe plusieurs types selon la spécialité du service ; il doit être « *accompagné d'un projet pédagogique répondant aux objectifs pédagogiques de la maquette de formation de la spécialité (volume d'activité du service, encadrement et moyens mis à disposition de l'interne, actes techniques enseignés, motivation…)* » ;
- Pour accueillir des internes de phase socle : « *un dossier pédagogique spécifique à la phase socle, à adresser au coordonnateur de chaque spécialité au titre de laquelle l'agrément est demandé ; dans ce cadre, il est demandé à chaque service demandeur de se rapprocher du coordonnateur de la spécialité afin d'obtenir des informations sur le contenu dudit dossier et des critères retenus par rapport aux dispositions de la maquette de formation relatives à la phase socle.* »

Un agrément est délivré sans réserve pour une période de 5 ans ou sous conditions pour une période d'un an maximum, assorti de recommandations.

---

[67] *Cf.* l'annexe I de la note ARS – Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France du 21 décembre 2017 sur la campagne d'agrément pour l'année universitaire 2018–2019 – agrément pour l'accueil des internes de médecine, odontologie et pharmacie, disponible à l'adresse https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-12/Annexes courrier campagne agrément 2018.pdf (consultée le 9 novembre 2018).

[68] *Cf.* https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-12/Lettre_procédure_campagne_agrément_2018-2019.pdf (consultée le 9 novembre 2018).

Il est cependant précisé qu'agrément ne signifie pas ouverture de poste : « *une fois l'agrément accordé, l'ouverture et la mise au choix de postes d'internes au sein du service agréé n'est pas automatique. Cette question relève de la compétence de la commission de subdivision en charge de la répartition qui se prononce chaque semestre en vue du semestre de formation N+1.*

De plus, un ou plusieurs postes d'internes peuvent être ouverts au choix à l'initiative de la commission précitée dans tout service qui aura reçu un agrément.

L'ouverture ou la fermeture de postes au sein des services agréés est décidée au regard des besoins de formation évalués par spécialité, lesquels sont susceptibles d'évoluer d'un semestre à l'autre. »[69]

Ainsi, certains chefs de service ont signalé à la mission ne pas avoir été informés de l'ouverture de postes supplémentaires dans leur service, ou de la non ouverture d'un ou plusieurs postes.

D'autres soulignent la difficulté à trouver des solutions pour pallier un déficit d'internes lorsque des postes demeurent vacants, en raison du calendrier tardif des choix des internes.

Une piste est le recrutement de médecins étrangers hors Union européenne en spécialisation dans le cadre d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisée (DFMS) ou d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie (DFMSA) en France, accueillis en tant que Faisant fonction d'interne (FFI).

Certains prônent d'ailleurs une transformation définitive de certains de leurs postes d'internes en de tels postes d'accueil, afin de « sécuriser » une filière de recrutement de médecins juniors étrangers qui auraient ainsi un terrain de stage de longue durée et ne « rechigneraient » pas à la tâche.

3.1.3. Les effets du taux d'inadéquation et de la répartition des postes pour les internes de l'ancien et du nouveau régime des études médicales se combinent

Aux termes de l'arrêté du 20 février 2015 *fixant un taux d'inadéquation pour les choix de postes semestriels des internes de médecine, d'odontologie et de pharmacie*[70], un nombre minimum de 107 % du nombre des internes qui accomplissent un stage est à ouvrir chaque semestre dans chaque spécialité. En Ile-de-France, sur la demande tant des internes (pour avoir un choix plus élevé) que des chefs de service (pour avoir des internes) ou parfois des coordonnateurs (pour proposer des postes dans certains services), ce taux de 107 % est souvent largement dépassé d'après les responsables universitaires et administratifs de l'AP-HP rencontrés par la mission.

Par ailleurs, la mise en place de la réforme du 3ème cycle des études médicales en 2017 a conduit à constituer deux listes de postes ouverts au choix des internes :

- Celle pour les internes « ancien régime » (AR) ayant validé les ECN jusqu'en 2016, qui choisissent en premier, et depuis septembre 2018 pour les internes « nouveau régime » en phase d'approfondissement (P2) qui choisissent ensuite ;

[69] *Cf.* note du 21 décembre 2017 citée *supra*.

[70] *Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/2/20/AFSH1504997A/jo/texte (page consultée le 9 novembre 2018). Le « taux d'inadéquation » est le rapport entre le nombre de postes proposés au choix et le nombre d'internes qui choisissent.

– Celle pour les internes du « nouveau régime » en phase socle (1ère année d'internat, P1).

Les évolutions des spécialités, avec la disparition de certains DESC et la création de nouveaux DES, ont conduit à prévoir ou à « flécher » un certain nombre de postes afin que les internes en fin de cursus poursuivent ou achèvent leur formation pratique dans des stages leur permettant de valider leur spécialité, et que les nouveaux puissent en débuter une.

Or, ces listes ne sont pas fongibles : un poste non pris par un interne AR ou P2 dans un service agréé n'est pas proposé à un interne P1. De ce fait, les postes vacants à l'issue de la première série de choix des internes (AR et P2) le resteront définitivement, sans pouvoir être pourvus par des internes de phase socle (P1).

En novembre 2017, selon l'ARS Ile-de-France, 2 733 des 3 103 postes offerts au choix au sein de l'AP-HP avaient été pris (soit 88 %). En novembre 2018, 2 822 des 3 130 postes ouverts ont été choisis (soit 90 %) (*cf.* tableau 27[71]).

Tableau 27 : Evolution du nombre de postes d'internes en médecine offerts et choisis (nov. 2017 - nov. 2018)

	Novembre 2017			Novembre 2018			Evolution du taux de choix
	Postes offerts	Postes pris	% p. pris/ p. offerts	Postes offerts	Postes pris	% p. pris/ p. offerts	
AP-HP (les sites)	3 103	2 733	88,1 %	3 130	2 822	90,2 %	2,1 %
Hors AP-HP (tout confondu)	2 584	2 064	79,9 %	2 561	1 934	75,5 %	-4,4 %
TOTAL	5 687	4 797	84,4 %	5 691	4 756	83,6 %	-0,8 %

Les données 2018 fournies antérieurement à la DIA par la DOMU étaient légèrement différentes, faisant état de 2 906 postes pris à l'AP-HP soit 90,6 % des postes ouverts.

Au total, 707 services proposaient des postes aux internes en médecine à l'AP-HP en novembre 2018 :

– 57 n'ont accueilli aucun interne (soit 81 postes non pourvus) ;
– 509 ont vu l'ensemble de leurs postes proposés être choisis (soit 2380 postes) ;
– 141 ont été partiellement choisis (526 postes pourvus, 223 vacants).

Toutes spécialités confondues, la moyenne et la médiane du nombre de postes d'internes en médecine proposés sont respectivement de 4,5 et 4. La totalité des services n'ayant pas du tout été choisis sont en dessous de cette moyenne, les trois quart (n=42) proposant un seul poste ; un peu plus de la moitié (n=73) des services partiellement choisis offraient également quatre postes ou moins.

L'analyse des données relatives aux choix des internes confirme ainsi que les services accueillant peu d'internes sont les plus sensibles aux facteurs qui conduiront à être ou non choisis, car ce sont eux qui sont le moins choisis.

[71] Données ARS Ile-de-France du 6 décembre 2018, transmises à la DIA par la DOMU.

Dans les services accueillant jusqu'à 11 internes et qui ont été partiellement choisis, le déficit constaté en novembre 2018 (au regard des postes proposés) varie entre 18 et 50 % des effectifs (*cf.* tableau 28). La question des facteurs d'attractivité d'un stage ouvert est donc importante, l'absence d'une ou deux personnes pouvant déséquilibrer le fonctionnement traditionnel.

Tableau 28 : Ventilation des postes choisis et non choisis par les internes en médecine selon la taille des services d'accueil (novembre 2018)

nb total postes	Statut du service	nb services	nb postes pris	nb postes libres	nb total postes	% non choix
1	choix total	110	110	0	110	
	non choisi	42	0	42	42	100,0%
2	choix partiel	23	23	23	46	50,0%
	choix total	74	148	0	148	
	non choisi	8	0	16	16	100,0%
3	choix partiel	29	46	41	87	47,1%
	choix total	55	165	0	165	
	non choisi	5	0	15	15	100,0%
4	choix partiel	21	51	33	84	39,3%
	choix total	65	260	0	260	
	non choisi	2	0	8	8	100,0%
5	choix partiel	20	70	30	100	30,0%
	choix total	44	220	0	220	
6	choix partiel	13	47	31	78	39,7%
	choix total	37	222	0	222	
7	choix partiel	8	42	14	56	25,0%
	choix total	38	266	0	266	
8	choix partiel	6	39	9	48	18,8%
	choix total	21	168	0	168	
9	choix partiel	4	28	8	36	22,2%
	choix total	21	189	0	189	
10	choix partiel	4	33	7	40	17,5%
	choix total	13	130	0	130	
11	choix partiel	6	51	15	66	22,7%
	choix total	3	33	0	33	
12	choix partiel	1	11	1	12	8,3%
	choix total	5	60	0	60	
13	choix partiel	3	36	3	39	7,7%
	choix total	5	65	0	65	
14	choix total	5	70	0	70	
15	choix partiel	1	14	1	15	6,7%
	choix total	4	60	0	60	
16	choix total	2	32	0	32	
17	choix partiel	1	14	3	17	17,6%
19	choix total	2	38	0	38	
20	choix total	1	20	0	20	
25	choix partiel	1	21	4	25	16,0%
26	choix total	1	26	0	26	
27	choix total	1	27	0	27	
28	choix total	1	28	0	28	
43	choix total	1	43	0	43	

Plusieurs des interlocuteurs de la mission, universitaires, administratifs, ou des chefs de service ayant formulé des commentaires, s'interrogent sur la valeur du taux d'inadéquation et sur l'intérêt qu'il y aurait à réviser plus drastiquement les agréments, afin de diminuer l'incertitude lors de la mise au choix d'un poste.

Cependant, les internes en médecine sont très attachés au maintien d'un taux d'inadéquation élevé : « *Le taux d'inadéquation est ce qui nous sauve, nous les internes : c'est un message collectif « personne ne vient mais c'est la faute de personne » ; c'est notre seul moyen de pression [pour faire évoluer certaines situations]* ».

3.1.4. Le positionnement des internes de médecine générale à l'hôpital est controversé

La maquette actuelle du DES de médecine générale reflète les orientations conceptuelles de ses promoteurs historiques, qui l'ont forgée en opposition à l'hospitalocentrisme et à la conception d'une médecine d'organes technicienne focalisée sur la prise en charge d'épisodes aigus : suppression de l'obligation d'un stage en CHU, description des stages à réaliser privilégiant les situations hors hôpital.

Plusieurs des enseignants de médecine générale rencontrés par les auditeurs insistent sur la nécessité de permettre à la plupart des nouveaux internes en médecine générale, qui n'avaient pas envisagé cette voie, de construire leur nouvelle identité professionnelle en rupture avec les valeurs et les présupposés acquis dans leur parcours antérieur par méconnaissance de la médecine générale.

Ils soulignent que nombre de spécialistes hospitaliers auraient une vision hiérarchique du système de soins, assimilant « recours » à « supériorité » ; la médecine générale serait stigmatisée, victime de préjugés car non visible des enseignants hospitaliers en raison de son exercice « de ville ». Ce discrédit serait alimenté par la méconnaissance et un certain mépris qu'auraient nombre de médecins hospitaliers de la médecine extra-hospitalière.

Ils s'interrogent sur ce que peuvent apprendre aux futurs médecins généralistes les services hospitaliers, expliquant la réduction du nombre et des types de stages agréés par la nécessité que les internes de médecine générale puissent y acquérir non seulement des connaissances, mais aussi des compétences utiles et constitutives de leur futur métier, et être encadrés – l'apprentissage (comme pour tout autre médecin en formation) étant largement fonction de l'accompagnement par des seniors.

A cet égard, l'un des interlocuteurs de la mission postule qu'une partie de la souffrance des internes découle de l'absence de supervision, de devoir « quémander » leur temps universitaire ; c'est selon lui l'encadrement et la formation qui permettent l'épanouissement des internes.

La place des internes de médecine générale dans certains services est ainsi questionnée en raison des types de patients admis, des modalités des prises en charge, de l'apport des médecins seniors (non généralistes). Par exemple : « *les services de gériatrie peuvent apprendre des choses. Mais la prise en charge d'un patient âgé polymorbide en hôpital n'est pas semblable ou transposable à ce qu'il y aura en ville* ».

Plusieurs des commentaires des chefs de service ayant répondu au questionnaire de la DIA soulignent l'importance de l'hôpital pour la formation des internes en médecine générale, ou l'importance pour l'hôpital de la formation des internes de médecine générale :

« *Il y a très peu d'internes en DES de gériatrie et ceux-ci ne sont pratiquement pas proposés en SSR. Nous avons besoin d'internes en DES de médecine générale et il faut que cette discipline continue à proposer des postes en SSR gériatrique (en nombre suffisant sur un hôpital pour qu'ils puissent assurer une garde d'intérieur*). »

« *La disparition des internes de Médecine générale dans les services de médecine interne polyvalente/aval des urgences diminue leur formation sur les patients polypathologiques non programmés*. »

Observations de la mission

Il n'entrait pas dans les attributions de la mission de se pencher sur les dispositions relatives aux modalités d'agrément des stages hospitaliers, quelle que soit la spécialité.

Certains discours et attitudes tranchés de la part de certains enseignants de médecine générale, ou de certains universitaires, soulignés ou rapportés par des tiers à la mission, peuvent s'expliquer au vu de l'histoire de la création de la spécialité. La mission se doit de rapporter que certains internes de médecine générale, entendus lors des entretiens complémentaires, ou d'autres enseignants, déclarent être mal à l'aise face à cette dysharmonie préjudiciable à la bonne formation des internes et, *in fine*, aux patients.

Donner à penser aux enseignants de médecine générale que les internes de leur spécialité seraient surtout utiles à l'hôpital en tant que « petites mains » alimente le clivage et le rejet des stages hospitaliers ; argumenter sur l'intérêt pour leur formation est plus constructif.

Les chefs de service souhaitant accueillir des internes de médecine générale peuvent détailler, dans la fiche décrivant l'organisation de leur service, la place de ces derniers, sans leur réserver ce qui apparaîtrait comme des « sous tâches ».

Cependant, la question de fond, dépassant largement le cadre de la présente mission, est celle d'une définition partagée de la médecine générale et de ses modes d'exercice, en fonction desquels concevoir la meilleure formation possible. A l'heure où professionnels de santé et pouvoirs publics prônent le décloisonnement ville – hôpital, il semble utile de ne pratiquer aucun ostracisme et de veiller à la bienveillance de l'ensemble des seniors hospitaliers comme de leurs enseignants envers les internes de médecine générale.

Commentaires du coordonnateur régional du DES de médecine générale

« Le développement des compétences des médecins généralistes passe par un processus intégratif de connaissances. Cela suppose une pertinence dans les acquisitions qui ne relève pas de la controverse. »

« *Il ne me parait pas opportun de mettre en opposition structurelle la médecine générale et les autres spécialités. Il ne s'agit pas non plus de hiérarchiser des activités dont les contenus sont différents. L'activité d'un médecin généraliste est encadrée par plusieurs référentiels. Le référentiel métier ancre l'approche du soins dans des familles de situations qui ne se situent pas, de fait, dans*

un environnement hospitalier. Cependant, à aucun moment, ne sont introduites des notions hiérarchiques. La formation à l'hôpital des étudiants en médecine générale relève de manière logique de la capacité de décontextualisation des situations rencontrées par les différents acteurs, y compris par les séniors hospitaliers. L'exercice n'est pas simple car il est source d'incertitudes. La décontextualisation permet d'aborder la notion de ressource sous un angle différent. Chaque apprentissage (cognitif ou procédural) constitue une entité élémentaire susceptible d'être intégrée dans un processus combinatoire contextuel et donc d'être transposable. Les modalités de mise en œuvre relèvent de savoirs faire opérationnels qu'il est difficile d'acquérir hors contexte. La question de ce qu'on apprend à l'hôpital quand on se destine à être généraliste est largement pertinente mais n'a pas vocation à être polémique. Par exemple: apprendre à poser un stérilet a du sens. C'est un savoir faire transposable dont l'acquisition permettrait le développement d'une compétence spécifique. Apprendre à faire une ponction lombaire est plus discutable… »

Commentaires du directeur du DUMG de l'université Paris 13

« Je voulais insister sur les points suivants qui me semblent les plus importants à vous faire "remonter" sur les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP en ce qui concerne les IMG :

- *De grandes difficultés pour banaliser les 2 demi-journées universitaires*
- *Une mise en responsabilité très rapide (voire immédiate) sans phase d'observation et de supervision directe*
- *Des positions hiérarchiques qui relèvent parfois plus de l'injonction à exécuter ("suit le protocole du service") plus que de l'analyse critique de la littérature médicale et de l'analyse décisionnelle.*
- *Des différences de traitement entre "internes de spécialité" (privilégiés dans certains services) et "internes de médecine générale" (parfois vus comme des "sous internes")*
- *Une pression pour qu'il y ait un nombre minimum d'internes présents, sans aucune exception, y compris pour les enseignements*
- *Parfois des menaces concernant la validation du stage si une mauvaise évaluation du service est pressentie*
- *Un non-respect des 48 heures hebdomadaires de travail*
- *Des prises de garde la veille des enseignements, avec des internes qui viennent tout de même assister aux dits enseignements, avec des conséquences évidentes sur l'attention et la prise de risque.* »

Commentaires de la présidente du syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale (SRP-IMG)

« Concernant la place des internes de médecine générale à l'hôpital et notamment en CHU :

Les internes de médecine générale trouvent un intérêt dans les stages hospitaliers actuellement présents dans leur maquette.

Ces stages représentent des opportunités de formation pluriprofessionnelle, en équipe, permettant d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences transversales.

Au cours de l'internat, l'apprentissage du diagnostic et des actes d'urgence se fait en grande majorité lors de ces stages hospitaliers.

De plus, dans l'optique de développer les liens entre la ville et l'hôpital, il semble fondamental que de futurs praticiens de médecine ambulatoire aient pu expérimenter et comprendre l'exercice hospitalier, ses possibilités comme ses contraintes, afin de mieux appréhender la façon de travailler avec les structures hospitalières en post-internat.

Le passage en CHU reste cependant un exercice peu apprécié des internes de médecine générale, du fait de la sur-spécialisation de nombreux services de médecine, qui ne peut être complètement compensée par le couplage de plusieurs services entre eux, de la charge de travail médical et administrative qui peut y être lourde, et à cause de la ségrégation faite par certains chefs de service entre les internes de DES de médecine générale et ceux des spécialités médicales.

Notons tout de même que les internes sont demandeurs de réaliser des stages dans les PASS de l'AP-HP et dans les services à activité polyvalente (services d'aval des urgences, de gériatrie aigüe, de médecine adulte polyvalente, hôpitaux de jour ou de semaine), dans lesquels la prise en charge du patient est globale, sous réserve que leurs conditions de travail ne s'y dégradent pas. »

Recommandations de la mission

Rendre disponibles sur internet les volets pédagogiques des demandes d'agrément de l'ensemble des stages *(Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France en lien avec l'Agence régionale de santé, les coordonnateurs de DES, le Bureau des internes de l'AP-HP).*

Organiser une évaluation – validation générale des questionnaires d'« agrément-coordonnateur » et des dossiers pédagogiques de l'ensemble des stages par les internes qui y sont actuellement affectés *(Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France en lien avec les coordonnateurs de DES, les collégiales de spécialité, les représentants des internes et le Bureau des internes de l'AP-HP).*

Rédiger, au sein des collégiales de spécialité, les principes d'organisation des services et de description des stages, et les critères d'agrément *(Collégiales de spécialité, en lien avec les coordonnateurs de DES et les représentants des internes).*

Mener, par groupes de spécialités voisines contribuant de façon cohérente à former conjointement des internes, une réflexion sur l'évolution du taux d'inadéquation et sur des principes d'ouverture ou de fermeture des postes, afin d'avoir une meilleure prévision de la situation *(responsables universitaires dont coordonnateurs de DES, chefs de service, internes, BDI et représentants de l'administration).*

Asseoir cette réflexion sur une analyse conjointe des effets du choix partiel des internes sur chaque service concerné *(responsables universitaires dont coordonnateurs de DES, chefs de service, internes, BDI et représentants de l'administration).*

Mettre en place un groupe de travail, associant l'ensemble des parties prenantes, sur l'évolution de l'internat en médecine générale en Ile-de-France ; à défaut, solliciter une mission IGAS – IGAENR[72] sur les perspectives d'exercice et de formation en médecine générale *(Doyens des facultés de médecine, Directeur général de l'AP-HP en lien avec les parties prenantes).*

[72] Inspection générale des affaires sociales – Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

3.2. Les facteurs de choix et les modalités d'évaluation d'un service : secret ou transparence ?

Les directions des affaires médicales, les présidents de CMEL et de CVHL rencontrés par la mission conviennent que l'absence de choix par les internes de plusieurs ou de tous les postes d'un stage témoigne d'une difficulté ou d'un dysfonctionnement pouvant concerner des personnes en particulier ou l'organisation générale du service concerné. Mais, comme le note une DAM, « *alors il est trop tard pour y remédier et cela fragilise d'autant plus le service*. »

Pour les internes, se concerter pour ne pas choisir un stage apparaît souvent comme la seule façon de signaler un problème, afin d'une part qu'il soit pris en compte et d'autre part qu'aucun « lanceur d'alerte » individuel ne puisse être identifié et stigmatisé, voire pénalisé dans son cursus d'interne, son post-internat ou sa carrière.

3.2.1. L'évaluation des stages par les internes

Depuis de nombreuses années, le SIHP a mis en place un dispositif d'évaluation des stages destiné à ses adhérents, ouvert depuis l'automne 2018 à l'ensemble des internes d'Ile de France par l'intermédiaire de la plateforme internet https://sihp.evaluations.app/, développée par l'association OPPI Outils en ligne par et pour les internes. L'objectif est d'aider ses collègues à faire le choix de leur prochain poste, en portant une appréciation sur sa propre expérience, formalisant des arguments de nature factuelle ou subjective en faveur ou en défaveur du service évalué. Le contenu des fiches d'évaluation est en principe confidentiel et ne devrait jamais être porté à la connaissance des chefs de service ou de l'administration[73].

Le BDI indique avoir été informé par le SIHP de certains dysfonctionnements relatés par les internes, sans que l'identité de ces derniers ne lui ait été révélée. Le SIHP a par ailleurs été sollicité pour communiquer des éléments issus des évaluations au comité des internes et médecins à diplômes étrangers de la sous commission « formation et communication » de la CME. Une DAM mentionne être « *désireuse d'obtenir les appréciations des internes sur les stages proposés dans le GH afin au besoin d'avoir des actions correctives avec certain services* ». Une autre signale que « *la procédure de choix, d'affectation des internes est très anxiogène pour les chefs de service* ».

Le site internet du DES de médecine générale d'Ile-de-France https://desmgidf.fr/ permet notamment aux chefs de service de présenter leur service, et aux internes d'évaluer leur stage selon plusieurs critères (*cf.* encadré 9) en y ajoutant des commentaires publics ou confidentiels (ces derniers destinés à la coordination de médecine générale). La responsable administrative pour la coordination du DES de médecine générale en Ile-de-France a précisé aux auditeurs que tous les commentaires sont relus par la coordination ; la fiche n'est pas validée si le commentaire public est considéré comme injurieux. Selon le cas, le Département de Médecine Générale de rattachement de l'interne peut prendre contact avec ce dernier, le chef de service ou l'hôpital.

[73] Les auditeurs ont cependant été contactés, dans le cadre de leur mission, par un interne disant avoir été victime de dénigrement par les seniors de son service qui lui ont cité, et reproché, des passages de l'évaluation négative qu'il avait déposée quelques jours auparavant sur le site du SIHP. Il est possible que ce soit un autre interne, apparenté à l'un des seniors, qui ait été à l'origine de cette « fuite », ce qui soulève des questions d'ordre moral et éthique. Les auditeurs auraient aimé échanger sur ce cas avec le SIHP dans le cadre de la lecture contradictoire de leur rapport provisoire, mais n'ont eu aucun élément complémentaire.

Les représentants des internes de médecine générale soulignent que les notes attribuées par les internes sont rarement très basses, et que l'explicitation de certaines situations est parfois mesurée – mais compréhensible pour les lecteurs avertis. Ils avaient fait part en juin 2018 à la mission de leur satisfaction sur ce dispositif d'évaluation ; cependant ils ont signalé en janvier 2019, et regrettent maintenant vivement, ne plus avoir accès aux commentaires confidentiels des internes, l'accès à cette partie leur ayant été récemment supprimé par la coordination de médecine générale au motif allégué de conformité au RGPD.

Observation de la mission

Les auditeurs avaient considéré le dispositif de coopération entre enseignants et représentants des internes, se traduisant par un partage d'informations confidentielles, comme un modèle à promouvoir. Le revirement de la coordination de médecine générale, interdisant désormais aux représentants des internes l'accès à ces informations confidentielles, leur semble de nature à rompre la nécessaire confiance entre médecins en formation et médecins formateurs.

Encadré 9 : documents relatifs aux stages hospitaliers en médecine générale (site internet du DES de médecine générale)

1. Fiche d'évaluation du service par l'interne

Critères d'évaluation qualitative des étudiants (note de 0 à 10) permettant un tri :

- Niveau d'acquisition des compétences
- Supervision et enseignement
- Charge de travail
- Ambiance
- Je conseille ce stage

Présence/absence de certains éléments décrivant l'apprentissage et l'encadrement : *(en attente des précisions de la coordination du DES de MG)*

Description des gardes dans le service et l'hôpital (caractère formateur – lourdeur – encadrement)

Commentaires publics

Commentaires confidentiels

2. Fiche de présentation du service par le chef de service (en 6 parties) :

- Description administrative – spécialité du service et agréments actuels – pathologies fréquemment rencontrées – commentaires concernant vos évaluations
- Activité pédagogique
- Emploi du temps
- Encadrement : seniors en contact avec les internes ; vos capacités de formation
- Activités de soins (structure, description activité clinique confiée à l'interne, possibilité de participer aux consultations comme observateur et/ou comme consultant
- Gardes – conclusion (commentaire global du CS sur l'intérêt de la formation dans le service pour un DES de médecine générale et sur l'interface du service avec la médecine générale

3. Documents en téléchargement :

- Guide d'accueil de l'interne dans le service
- Guide d'accueil de l'interne dans l'hôpital

(Source : coordination administrative du DES de médecine générale en Ile-de-France)

La question de la publicité des évaluations de stage par les internes renvoie d'une part à leur finalité, d'autre part aux rapports d'autorité ou d'influence entre rédacteurs et chefs de service. L'évaluation des stages par les internes peut-elle être sincère si elle est publique ? Mais sincère au regard de quelles exigences, de quel objectif ?

De nombreux chefs de service estiment que les internes « ont du pouvoir » sur le fonctionnement des services par leur capacité à les choisir, donc à leur permettre de fonctionner, ou à ne pas les choisir, ce qui est source de dysfonctionnement et de perte de prestige. A l'inverse, nombre d'internes estiment devoir se taire et ne divulguer ni les dysfonctionnements qu'ils auraient observés ni leur éventuel malaise ou souffrance, afin de ne pas être stigmatisés et risquer, en fin d'internat, de ne pas trouver de clinicat – poste pour lequel ils sont choisis ; ce silence peut également traduire un égard pour le service et les éventuelles difficultés contextuelles qu'il peut y avoir (« syndrome de Stockholm » de l'interne). Les internes de médecine générale n'entrent pas dans ce schéma : leur éventuel post-internat et leur carrière ne dépendent aucunement des chefs de service hospitaliers ; ils peuvent donc plus facilement s'exprimer.

Certains chefs de service ont souligné qu'ils aimeraient connaître les évaluations rédigées par leurs internes, d'autre le contraire.

Tous les internes n'y sont pas favorables : « *Les évaluations sont faites pour les internes : que ce soit du positif ou du négatif, il y a des choses que l'on ne veut pas dire aux chefs de service et que l'on garde entre nous* ». D'ailleurs certains notent que « *à la fin du semestre les discussions – évaluations ne se font pas partout. Il y a des services où le chef de service ne nous rencontre pas et transmet la fiche d'évaluation via sa secrétaire* » ou soulignent que « *les chefs de service ne sont pas bêtes et savent qu'il faut nous écouter, certains cependant ne le font pas.* »

3.2.2. Les facteurs potentiels d'attractivité

Selon les chefs de service (*cf*. graphique 14), les 3 facteurs d'attractivité principaux de leur service (*i.e*. ceux qui obtiennent le plus de réponse « tout à fait d'accord ») sont la variété des pathologies vues dans le service, la qualité des relations humaines dans le service et la bonne réputation du service sur l'ambiance qui y règne[74].

Si l'on considère la somme des réponses « tout à fait d'accord » et « d'accord », les 3 premiers critères seraient la bonne réputation du service sur son caractère formateur, la qualité des relations humaines en son sein et la variété des pathologies qui y sont vues.

A l'inverse, les éléments qui joueraient le moins dans l'attractivité[75] seraient les axes de recherche du service, la possibilité de mener des travaux de recherche personnelle et la perspective de publier.

« L'encadrement « au lit du malade » par les seniors » est l'item sur lequel les chefs de service s'expriment le moins, suivi par « la réflexion éthique dans le service » : respectivement 15 % et 8 % des répondants ne renseignent pas ces items.

[74] La bonne réputation « sur le caractère formateur » vient ensuite.

[75] Somme des avis « tout à fait d'accord » et « d'accord ».

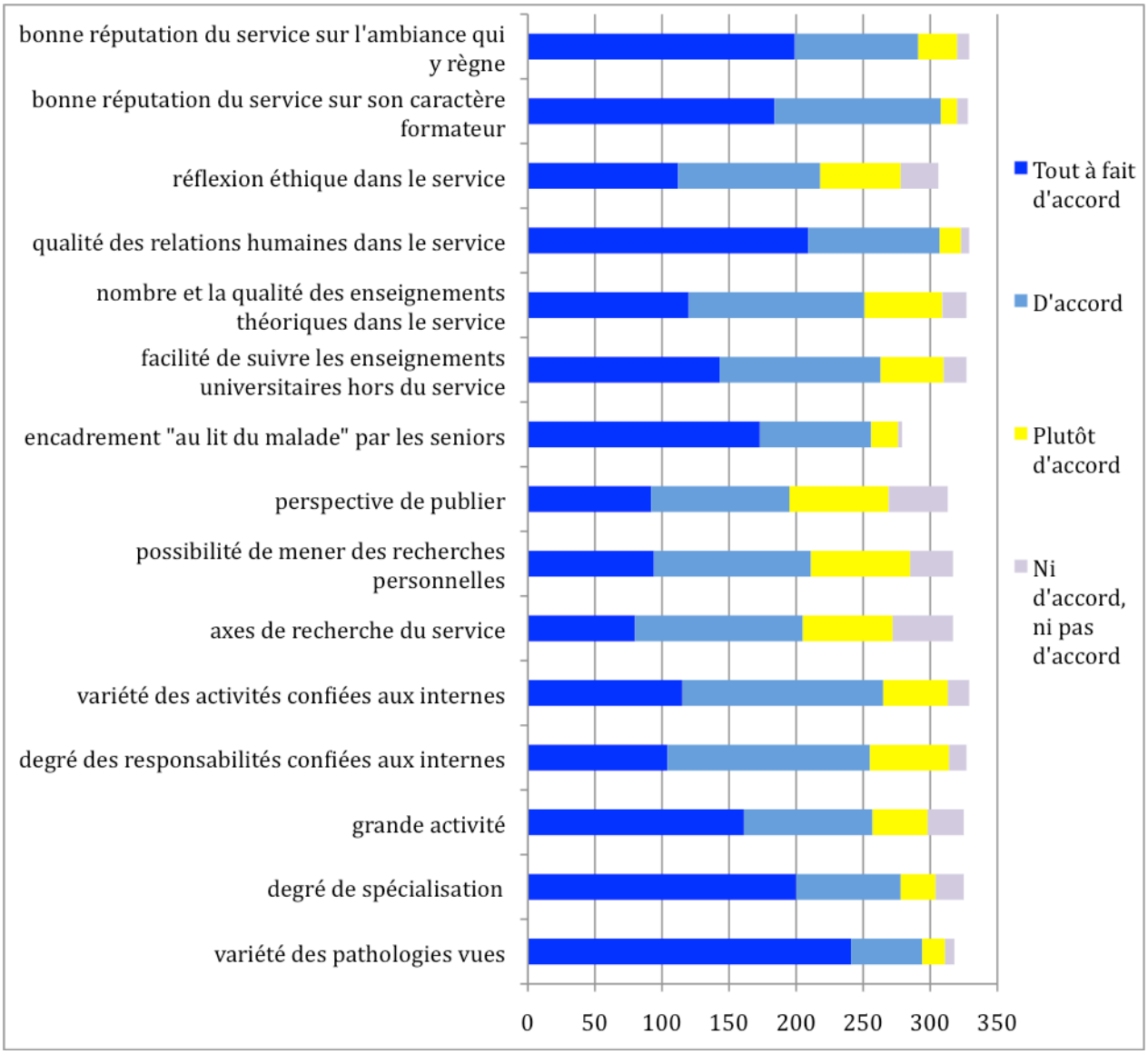
Encadré 10 : Verbatim : pourquoi sommes-nous choisis ? (selon des chefs de service)

« **Nous avons vraiment été choisis** depuis que nous avons transformé le poste afin qu'il respecte à la lettre les règles de stage pour les internes et nous avons amélioré la visibilité du projet pédagogique et nous le respectons. Cela se traduit très nettement par moins d'heures de présence d'interne dans le service mais au moins nous en avons, et plusieurs ! Cela compense la moindre présence individuelle. Nous considérons que l'interne n'est pas présent pour remplacer les trous du personnel manquant dans nos services. Ceci a été aussi très important. Je regrette encore le mauvais accueil technique que nous leur faisons : pas de bureau personnel, pas d'ordinateur personnel, du temps pour avoir leurs codes, pour les logiciels (notamment si pas de numéro APH), leurs blouses, leurs badges pour manger. Ils ont toujours l'impression qu'ils arrivent comme un cheveu sur la soupe les premiers jours et c'est malheureusement vrai. Personne n'est chargé globalement dans l'hôpital de leur accueil "technique", qui devrait être anticipé (fourniture des codes, des blouses, des badges, d'un ordinateur, d'une place de parking, d'une place en crèche AVANT d'arriver). »

« **Nous avons passé 3 semestres sans internes** ce qui a été corrigé par une profonde restructuration du poste et de l'offre de l'enseignement, qui s'est traduite par un succès immédiat. Les internes sont à la recherche de postes clairs du point de vue pédagogique. »

Plusieurs des internes avec qui les auditeurs se sont entretenus ont indiqué avoir choisi des stages après la lecture de fiches d'évaluation notant « mal » le temps de travail mais « bien » les apprentissages. Leur choix reste finalement personnel : « *les internes savent bien entre eux quelle est la « rentabilité » d'un stage tous paramètres confondus.* »

Graphique 14 : Facteurs d'attractivité des services pour les internes (selon les chefs de service)

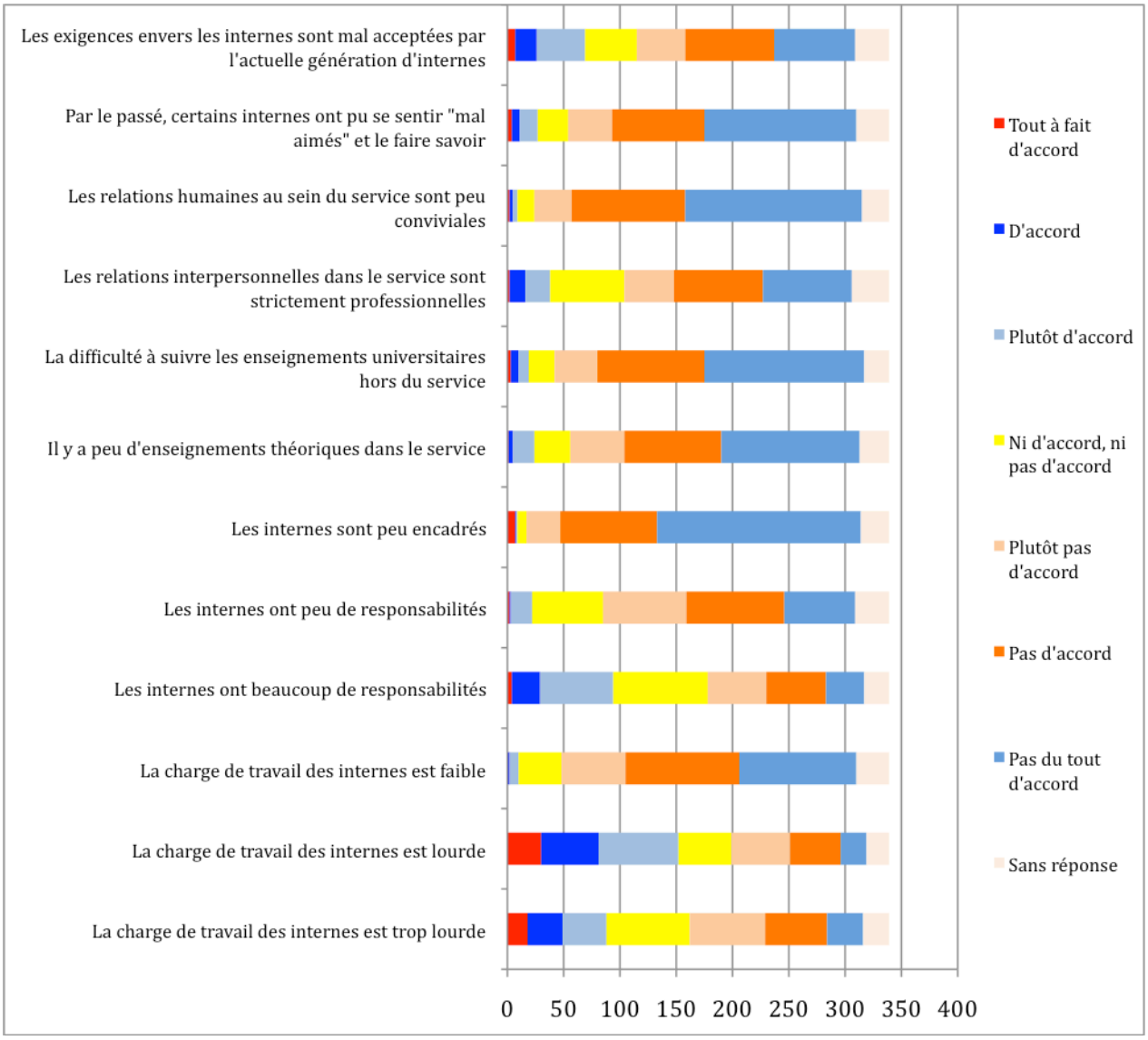


3.2.3. Les facteurs potentiels de non attractivité

Le graphique 15 illustre que les chefs de service ayant répondu au questionnaire de la DIA estiment que leur service ne présente aucun critère majeur de non attractivité pour les internes. Ils concèdent que la charge de travail de ces derniers est lourde voire très lourde, qu'ils ont beaucoup de responsabilités, qu'ils accepteraient mal les exigences formulées envers eux. Les hypothèses que les relations humaines au sein du service sont peu conviviales ou que des internes auraient pu se sentir « mal aimés » et le faire savoir ne sont pas retenues.

Surtout, ils considèrent *a contrario* que les internes sont encadrés, qu'il y a des enseignements théoriques dans le service et qu'il n'est pas difficile pour leurs internes de suivre les enseignements théoriques universitaires hors du service.

Graphique 15 : Facteurs de non attractivité des services pour les internes (selon les chefs de service)



Des situations de non choix « par grappe » ont été signalées à la mission : dans certains services, tous ou la plupart des postes proposés au choix ne sont pas choisis, parfois à la surprise du chef de service qui ne pensait pas que les internes « sauteraient le pas ». Les raisons sont toujours spécifiques mais, selon ce qu'en ont compris les auditeurs, en règle générale liées aux facteurs humains d'intolérance à certains comportements ou certaines situations :

- Comportements inappropriés répétés d'un senior, tolérés par les autres médecins : « *un seul chef de service nous avait mises en garde au sujet d'un PH et était très vigilant ; dans d'autres endroits où il y avait des personnes problématiques on ne pouvait pas en parler* » ;
- L'absence de considération de la part d'un ou plusieurs seniors : « *il y a des médecins qui pensent que les internes ne comptent pas, que ce sont par exemple des machines à PL [ponction lombaire]* » ;

- Des exigences de travail considérées comme démesurées : « *on était pressés comme des citrons, on avait juste le droit d'oublier notre vie privée* », ou une charge de travail trop lourde : « *quand on a trop de travail à faire on le fait mal* » ; à cet égard, les incitations explicites ou implicites à ne pas respecter le repos de sécurité au décours d'une garde sont de plus en plus mal ressenties ou acceptées ;
- Une association jugée insuffisante à la décision, à la prise en charge des patients : « *dans certains services on est devenu des prestataires de service et on apprend peu ou pas, la discussion du dossier se fera ensuite en consultation ou en staff ; dans le 1er cas on ne sera pas associé, dans le 2e les internes n'y sont pas toujours présents car ont d'autres choses et beaucoup à faire* ».

Il apparaît à la mission qu'outre ses qualités propres, un service est également choisi – ou écarté – (par les internes suffisamment bien classés pour pouvoir choisir) en fonction de son environnement géographique et professionnel :

- localisation et accessibilité en transports en commun ou par la route de l'hôpital ;
- autres services avec lequel il est en relation (notamment services d'imagerie et d'explorations fonctionnelles, services d'aval) ;
- gardes en dehors du service, aux urgences ou pour tout l'hôpital : nombre, lourdeur.

Pour ces dernières, comme pour celles dans le service, se pose le degré réel de seniorisation des gardes ; une recommandation explicite de ne pas déranger le senior en garde (ou un interdit implicite de l'appeler) est un facteur de stress majeur, mettant l'interne en situation d'insécurité. Un directeur des affaires médicales rencontré par la mission aurait eu écho, mais jamais officiellement, que cela serait le cas dans certains services de médecine du groupe hospitalier, en imagerie, dans certains services de chirurgie. Il souligne sa perplexité, la difficulté pour un directeur d'intervenir dans ce qui peut être considéré comme de la pédagogie ; il concède l'ambiguïté : « *les internes sont là pour apprendre, mais jusqu'à quel niveau peut-on les laisser tout seuls ?* »

Plus spécifiquement, la lourdeur de la garde « d'intérieur » pour l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière a été soulevée devant la DIA et deux soucis évoqués :

- le nombre de kilomètres parcourus la nuit, la fatigue induite, le temps passé et la crainte d'agression pour les internes qui n'ont pas de moyen de locomotion et se déplacent à pied ;
- qu'une seule ambulance interne soit disponible pour les transferts internes des patients, notamment pour effectuer des examens complémentaires, ce qui peut induire retards diagnostiques ou de prise en charge et parfois arbitrages dans les demandes, possibles sources de perte de chance pour les patients et facteur de stress majeur, voire de culpabilité rétrospective pour les internes confrontés à des situations difficiles comme des décès. « *La plupart du temps il y a une liste d'attente pour être transporté la nuit à La Pitié, mais en général ce n'est pas pour un problème vital… J'ai eu 3 urgences vitales en même temps, un patient est mort. Un an après j'en suis toujours écœuré : pourquoi pas une 2ème ambulance ? Je n'ai pas fait d'Osiris car je n'ai pas pu me connecter. A Avicenne un semestre précédent j'avais fait un Osiris sans résultat (défibrillateur, qui a toujours été en panne 6 mois après).* »

Observations de la mission

Quelle que soit la personne concernée, elle n'a de véritable incitation à signaler les problèmes rencontrés que si elle ne pâtit pas d'en avoir parlé et si elle sait que des correctifs y seront apportés.

Le président du Comité des internes et des médecins à diplôme étranger de la CME a signalé à la mission être régulièrement saisi de problèmes de non respect du repos de sécurité, et intervenir pour que cela se règle dans la discrétion.

Pour le président de la Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France, si un non respect du repos de sécurité dans un service était prouvé, l'agrément devrait lui être retiré.

Encadré 11 : Verbatim : pourquoi moins d'internes ? Quelles conséquences ? (selon des chefs de service)

« **Situation exceptionnelle ce semestre de non choix du service** par les DES de [X] (sauf une interne socle) lié au choix d'un interne DES hors spécialité connu pour avoir des problèmes personnels l'obligeant à être mis en arrêt de maladie et ayant joué un rôle "repoussoir" pour les autres internes lors du choix. Jusqu'à présent le service avait toujours été bien choisi par les internes.
Effectivement 48 h après avoir pris ses fonctions ce jeune collègue était en larmes et était arrêté...
J'ai appelé le responsable de son DES qui était au courant de la situation difficile de cet interne mais n'a pas cru nécessaire d'informer le chef de service qui allait l'accueillir (???) et d'organiser un choix "hors choix" en surnombre pour ce jeune collègue en grande difficulté qui n'a bien sûr pas supporté le débuter le semestre comme seul interne DES avec une jeune interne socle dans l'attente de recrutement de FFI...
Une situation exemplaire du chemin à parcourir si on s'intéresse à la qualité de vie au travail de nos internes.
Cet état de fait pénalise tout un service et tous les patients pris en charge pour un semestre !!!!
J'avoue être toujours extrêmement en colère de cette situation qui nous est ainsi imposée et aurait dû être évitée !!!!!
On peut de plus s'interroger sur l'inadéquation entre le nombre de postes offerts et le nombre d'internes qui choisissent qui est à l'origine de services ayant 9 internes quand d'autres n'en ont que 2 ou 0...
Il faudrait revoir le mode de répartition des internes... »

« **Les effectifs d'internes** nous ont obligé à modifier notre façon de travailler. Le nombre, les récupérations de gardes et le temps de travail personnel font qu'ils sont moins présents, que nous faisons des cours pour des effectifs inférieurs (moins motivant), que le suivi des patients est moins assuré par eux mais pas les PH seniors et que nos avons abandonné le versant recherche clique que nous faisions par manque de disponibilité de temps médical.
Le nombre d'internes était de 6 pour le service (…) et avait été calculé pour un fonctionnement optimal 1 interne ayant 15 malades en charge, 1 senior en supervision et tuteur pour une publication... nous ne pouvons plus assurer en particulier l'été avec les congés annuels ce contrat pour nos internes ; c'est dommage. »

Recommandations de la mission

Mettre en place, sous l'égide des facultés de médecine en associant toutes les parties prenantes, un dispositif d'évaluation contradictoire des stages permettant aux internes et aux chefs de service de s'exprimer *(Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France en lien le Bureau des internes de l'AP-HP et les représentants des autres établissements accueillant des internes, les coordonnateurs de DES, les collégiales de spécialité et les représentants des internes).*

Accepter néanmoins la poursuite d'évaluations propres aux internes, en s'assurant du respect de la confidentialité des données.

Définir un dispositif d'incitations et de sanctions graduées en cas d'évaluations défavorables des terrains de stage, sans tolérance de situations anormales *(Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France en lien avec les coordonnateurs de DES, les collégiales de spécialité et les représentants des internes, le Bureau des internes de l'AP-HP et les représentants des autres établissements accueillant des internes).*

Mener, au sein de chaque hôpital, une étude et une réflexion sur le recours aux seniors par les internes lors des gardes et comparer les différentes situations *(CVHL et COPS locales, en lien avec la CVH et la COPS de l'AP-HP).*

3.3. La formation par le « compagnonnage » : mythe ou réalité ?

3.3.1. Tous les seniors d'un service contribuent à la formation des internes

Le rapprochement des effectifs des seniors (hors praticiens contractuels) par discipline et du nombre d'internes en stage à l'AP-HP de novembre 2018 à avril 2019 (*cf.* tableau 29) indique un ratio global, pour les disciplines d'internat, de 1,9 senior par interne. Ce ratio est de 1,7 pour les spécialités de médecine, 1,7 pour les spécialités chirurgicales, 8,6 en biologie[76].

En ne considérant que les personnels seniors hospitalo-universitaires, contractuels et titulaires (sans les PH), le ratio global est de 0,9 ; soit 0,7 pour les spécialités de médecine et 1,1 pour les spécialités chirurgicales, 5,0 en biologie.

Tableau 29 : Effectifs des seniors et ratios seniors/internes par discipline (sources DOMU)

**Seniors = PH & HU titulaires & HU contractuels*	Total seniors*	Ratio seniors / internes	Total HU	Ratio HU / internes	SPECIALITE des INTERNES	Nb à l'AP-HP
MEDECINE	**3 674**	**1,7**	**1 495**	**0,7**		**2110**
ANATOMO-PATHOLOGIE	141	3,6	82	2,1	Ana-cyto-pathologie	39
ANESTHESIE REANIMATION	588	1,7	119	0,3	Anesthésie-réanimation	344
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	104	1,4	64	0,9	Oncologie + médecine nucléaire	75
CARDIOLOGIE	161	1,6	84	0,8	Cardiologie - maladies vasculaires	102

[76] La catégorisation est celle des tableaux de suivi des effectifs médicaux de la DOMU. Les effectifs universitaires s'entendent hors consultants. Les tableaux transmis à la DIA ne distinguant pas les PH temps plein des PH temps partiel, il n'a pas été possible de calculer un ratio d'encadrement PH (temps plein) / internes.

*Seniors = PH & HU titulaires & HU contractuels	Total seniors*	Ratio seniors / internes	Total HU	Ratio HU / internes	SPECIALITE des INTERNES	Nb à l'AP-HP
DERMATOLOGIE	72	1,3	44	0,8	Dermatologie	57
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION	108	3,0	63	1,8	Endocrinologie	36
GENETIQUE MEDICALE	66	8,3	46	5,8	Génétique médicale	8
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	184	3,2	105	1,8	Hépato gastro entérologie	58
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	70	7,8	42	4,7	Maladies infectieuses et tropicales	9
MEDECINE GENERALE	114	0,3	0	0,0	Médecine générale	391
MEDECINE INTERNE - GERIATRIE	435	2,4	140	0,8	Médecine interne + Gériatrie	180
MEDECINE PALLIATIVE ET DE LA DOULEUR[77]	0	nc		nc		
MEDECINE PHYSIQUE READAPTATION	65	1,7	28	0,7	Médecine physique & réadaptation	38
NEPHROLOGIE	91	2,2	51	1,2	Néphrologie	42
NEUROLOGIE	162	2,8	73	1,3	Neurologie	58
PEDIATRIE (INCLUS URGENCE PED.)	451	1,7	177	0,7	Pédiatrie	270
PNEUMOLOGIE	118	2,1	60	1,1	Pneumologie + allergologie	57
RADIOLOGIE	326	1,9	141	0,8	Radiologie et imagerie médicale + radiodiagnostic	174
REANIMATION MEDICALE (ADULTE)	137	7,2	93	4,9	Médecine intensive - réanimation	19
RHUMATOLOGIE	70	1,5	49	1,1	Rhumatologie	46
MED. D'URGENCE (ADULTE) / SAMU-SMUR	194	1,8	17	0,2	Médecine d'urgence	107
THERAPEUTIQUE	17	nc	17	nc		
CHIRURGIE	**861**	**1,7**	**530**	**1,1**		**499**
GENERALE ET VISCERALE	138	0,9	91	0,6	Chirurgie générale + Chirurgie viscérale	157
GYNECO-OBSETRIQUE , GYNECO MEDICALE	155	1,1	89	0,6	Gynécologie obstétrique + gynécologie médicale	142
INFANTILE	51	6,4	32	4,0	Chirurgie pédiatrique	8
NEURO-CHIRURGIE	44	3,7	27	2,3	Chirurgie - neurochirurgie	12
OPHTALMOLOGIE	66	1,2	36	0,7	Chirurgie - ophtalmologie	54
ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE	109	4,0	72	2,7	Chirurgie orthopédique et traumatologie	27
ORL	81	1,9	46	1,1	Chirurgie - ORL	43
PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ; BRÛLOLOGIE	29	1,7	19	1,1	Chirurgie plastique + Chirurgie orale	17
MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	38	9,5	16	4,0	Chirurgie maxillo faciale	4
THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	62	20,7	36	12,0	Chirurgie thoracique	3
UROLOGIE	63	5,7	44	4,0	Chirurgie - urologie	11
VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	25	1,2	22	1,0	Chirurgie vasculaire + Médecine vasculaire	21
BIOLOGIE	525	8,6	302	5,0	Biologie médicale	61

[77] Cette spécialité ne comptait au 31 décembre 2017 que des praticiens contractuels, au nombre de 63.

*Seniors = PH & HU titulaires & HU contractuels	Total seniors*	Ratio seniors / internes	Total HU	Ratio HU / internes	SPECIALITE des INTERNES	Nb à l'AP-HP
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE	71		42			
HEMATOLOGIE CLIN ET BIO & TRANSFUSION	240	6,9	123	3,5	Hématologie	35
IMMUNOLOGIE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE	84		64			
PHARMACOLOGIE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE	47		38			
PHYSIOLOGIE ; EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	95		79			
PSYCHIATRIE (ADULTE ET ENFANT)	228	1,6	72	0,5	Psychiatrie	147
MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	19	4,8	11	2,8	Médecine légale	4
SANTE PUBLIQUE	117	5,1	66	2,9	Santé publique	23
SANTE AU TRAVAIL	7	0,3	0	0,0	Médecine du travail	27
PHARMACIE	226		34			
DENTAIRE	193		182			
RECHERCHE	6		6			
ADMINISTRATION	2		2			
TOTAL	**6 400**		**3 051**			
TOTAL disciplines internat	**5 659**	1,9	**2 587**	0,9		**2906**

Le ratio seniors / internes de la spécialité varie de 0,3 (médecine générale et médecine du travail) à 20,7 (chirurgie thoracique et cardio-vasculaire) ; le ratio seniors HU / internes de la spécialité varie de 0 à 12 (mêmes spécialités)[78].

La variation entre les ratios seniors / internes et seniors HU / internes est inversement proportionnelle à l'universitarisation de la discipline, ce qui est particulièrement le cas pour la médecine générale (qui ne compte aucun hospitalo-universitaire, les universitaires étant tous non hospitaliers), l'anesthésie-réanimation (peu universitarisée à la différence de la médecine intensive – réanimation, ancienne « réanimation médicale ») et la médecine d'urgence. Les spécialités chirurgicales sont davantage universitarisées.

Ces éléments montrent l'importance, pour assurer la formation des internes « au lit du malade », des médecins non universitaires – qui pourtant n'ont aucune fonction officielle d'enseignement.

[78] Cependant la spécialité réelle des internes de chirurgie « ancien régime » n'est pas toujours connue : nombreux sont ceux dont l'affiliation est « chirurgie générale », même s'ils se destinent à une spécialisation actuellement acquise par un DESC. C'est ainsi que le ratio relatif à la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire est probablement surestimé, comme ceux des autres spécialités chirurgicales.

Les chefs de service, en réponse au questionnaire de la DIA, indiquent d'ailleurs à près de 90 % (*cf.* tableau 30) que les internes en poste dans leur service, s'ils ont une question, s'adressent à un senior disponible, quel qu'il soit, même lorsqu'ils ont un senior de référence, et pas uniquement à un senior universitaire.

Tableau 30 : Interlocuteurs des internes (selon les chefs de service)

Les internes en poste dans votre service ce semestre :	Oui		Non		Non répondant	
	nb	%	nb	%	nb	%
Ont chacun un senior de référence à qui s'adresser pour toute question	280	82,84%	46	13,61%	12	3,55%
En cas de question, s'adressent à un senior disponible, quel qu'il soit	300	88,76%	19	5,62%	19	5,62%
En cas de question, s'adressent en principe uniquement à un senior universitaire	27	7,99%	261	77,22%	50	14,79%

3.3.2. Les internes n'ont pas tous le sentiment d'être suffisamment encadrés

A la question : « Dans ce stage, vous vous sentez… ? » les internes répondent (*cf.* tableau 31) :

Tableau 31 : Encadrement et soutien au sein des services (selon les internes)

Dans ce stage, vous vous sentez… ?	Insuffisamment encadré·e	Soutenu·e par les seniors du service	Soutenu·e par mes co-internes
Pas du tout	29,5%	5,5%	1,6%
Rarement	31,9%	7,3%	1,0%
Parfois	20,1%	13,4%	5,1%
Souvent	7,9%	28,3%	20,5%
Très souvent	5,9%	20,1%	25,8%
Toujours	2,4%	24,0%	39,8%
Tjrs / très svt / svt	*16,3%*	*72,4%*	*86,2%*
Sans réponse	2,2%	1,4%	6,1%

En regroupant les réponses aux choix « toujours », « très souvent » et « souvent », on note que 30 % estiment être toujours suffisamment encadrés (traduction de « pas du tout insuffisamment encadré·e »), et 52 % l'être la plupart du temps (« rarement ou parfois insuffisamment encadré·e »), mais que **16 % indiquent ne pas l'être souvent, voire jamais,** le taux de non-réponse à cet item étant légèrement supérieur à 2 %.

La proportion d'internes se sentant « toujours, très souvent ou souvent » insuffisamment encadrés est de 23 % pour les internes de médecine générale[79]. En particulier, la plupart de ces avis émanant d'internes en stage dans des services de gynécologie sont formulés par des internes de médecine générale, ce qui corrobore les propos tenus par les représentants des internes de médecine générale sur l'attention à porter à l'encadrement des internes de cette spécialité dans ces services.

En complément, 72 % des répondants estiment être (ou avoir été) soutenus par les seniors du service ; un peu plus de 5 % estiment ne « pas du tout » l'être, et 7 % ne l'être que « rarement ». Le soutien par les co-internes est perçu comme étant supérieur : 86 % des répondants estiment être (ou avoir été) soutenus par leurs co-internes ; moins de 2 % estiment ne « pas du tout » l'être.

[79] La différence avec les internes des autres spécialités n'est pas statistiquement significative.

La question de la désignation officielle d'un « référent pour les internes » dans un service est considérée par nombre des interlocuteurs de la mission comme un « faux sujet » : le chef de service a, notamment aux yeux des universitaires, cette fonction. Qu'il puisse déléguer à un tiers identifié pour, autant que de besoin, traiter les questions du quotidien (et notamment la supervision du tableau de service, afin de garantir l'équité entre internes) apparaît comme normal. Cependant ce tiers ne semble pas pouvoir être utile en cas de difficultés relationnelles au sein du service entre un (ou plusieurs) interne(s) et un (ou plusieurs) senior(s), qui qu'il(s) soi(en)t :

- Si le sujet peut être verbalisé par l'interne, ou a été repéré par un senior : la résolution du problème passe par le chef de service, le « référent pour les internes » est inutile ;
- Si l'interne ou les internes concernés éprouvent une difficulté à s'adresser au chef de service, à le rencontrer directement, cette difficulté apparaît, en soi, comme problématique et révélatrice de possibles dysfonctionnements organisationnels ou difficultés managériales que ne palliera pas cette désignation d'un « référent pour les internes ».

Observation de la mission
Les auditeurs partagent cette analyse et ne recommandent pas la désignation au sein de chaque service d'un « référent pour les internes » qui serait chargé de traiter les problèmes relationnels entre internes et seniors du service.

3.3.3. La qualité de l'encadrement en stage se combine à celle des enseignements théoriques : l'exemple de la chirurgie orthopédique

L'attention de la mission a été attirée sur la spécialité de chirurgie orthopédique et traumatologique, qui illustre bien tant les difficultés de transition entre l'ancien système des DES-DESC et le nouveau régime des DES que l'importance du contexte de l'exercice et de l'enseignement d'une spécialité au sein de l'AP-HP.

Jusqu'à présent, pour les promotions d'internes ayant réussi les ECN avant 2017, l'inscription au diplôme d'études spécialisées complémentaires de chirurgie orthopédique et traumatologique (DESC dit « de groupe II », d'une durée de 3 ans) était possible à condition d'avoir effectué, au plus tard avant la fin du cinquième stage de l'internat, un stage spécifique à ce diplôme[80]. Le nouveau DES a une durée de 12 semestres ; les deux stages de la phase socle doivent avoir lieu dans un service agréé pour ce DES, dont au moins un dans un lieu avec un encadrement universitaire.

Les critères de sélection apparaissent plus drastiques : cela est cohérent avec le principe de maîtrise des flux de formation, en lien avec les besoins estimés en professionnels dans la région de formation, mais cela laisse moins la place au choix par affinité ou par compétence de la part d'internes en cours de cursus dans la discipline de chirurgie.

[80] Source : dispositions de l'arrêté du 22 septembre 2004 modifié *fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine*. NOR: MENS0402087A. ELI: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2004/9/22/MENS0402087A/jo/texte (consulté le 9 novembre 2018).

C'est pourquoi le ressenti des internes en phase socle, qui conditionnera leur décision de poursuivre dans la spécialité ou de demander un droit au remords, est particulièrement important. Il dépend des conditions vécues en stage, de l'organisation des enseignements et de l'influence des positions exprimées par les internes déjà engagés dans cette spécialité.

27 internes ayant choisi le DES ou le DESC de chirurgie orthopédique et traumatologique en Ile-de-France ont répondu au questionnaire de la DIA[81]. 60 % d'entre eux ont accepté le principe d'un entretien complémentaire avec la mission, témoignant d'un besoin d'expression. Plusieurs ont été entendus par la mission, ainsi que le coordonnateur du nouveau DES.

Lors des entretiens, plusieurs internes « ancien régime » ont indiqué avoir appris ou apprendre davantage de gestes techniques hors AP-HP ; les internes « nouveau régime » apprécient d'être en stage en CHU dès le début de leur cursus, ce qui n'était pas possible antérieurement, et ainsi de bénéficier des conseils de leurs co-internes plus expérimentés.

Plusieurs internes ont indiqué une absence de symétrie entre spécialités de la discipline chirurgie en ce qui concerne la répartition ou le « fléchage » de postes : selon eux, l'orthopédie aurait prévu des postes pour accueillir les internes d'autres spécialités (ORL, chirurgie plastique par exemple) qui font de l'orthopédie, mais l'accueil des internes d'orthopédie ne serait pas prévu par les autres spécialités.

Si 48 % des répondants disent être toujours suffisamment encadrés en stage, 19 % indiquent l'être insuffisamment « toujours » ou « souvent » (aucun non répondant), et 15 % « parfois » insuffisamment.

Le coordonnateur du DES souligne que la collégiale d'orthopédie de l'AP-HP a accepté qu'il y ait un poste de phase socle dans chaque service « de haut niveau » ; dans ces services, on a considéré selon lui les internes en phase socle exactement comme les autres, notamment en ce qui concerne les gardes. Il précise que l'accès à ces services pour de jeunes internes a suscité des commentaires de la part d'anciens, craignant que « *les jeunes [ne] leur prennent les postes* », ce qui a conduit parfois à rajouter des postes en surnombre. Il indique la mise en place, en cours, du tutorat.

Par ailleurs, tous les internes soulignent l'importance des enseignements théoriques et de la pratique sur simulateur ou en amphithéâtre, en regrettant que l'organisation actuelle de séances pratiques découle uniquement de la bonne volonté de certains d'entre eux. La transition actuelle a conduit à supprimer des enseignements, d'ailleurs semble-t-il peu suivis, sans qu'un nouveau dispositif, en cours de conception, n'ait encore été mis en place ; la question de leurs horaires, au regard des nécessités de présence en stage, a été évoquée. La réunion, depuis cette année, de la commission pédagogique du DES a été saluée[82].

Les internes « ancien régime » regrettent vivement que la plateforme SIDES[83], qui regroupe les enseignements en ligne dans toutes les disciplines, ne leur soit pas accessible ; certains

[81] Selon les internes, environ 120 internes sont engagés dans le cursus de chirurgie orthopédique et traumatologique en Ile-de-France. Mais seuls 40 sont recensés par l'ARS comme étant inscrits au nouveau DES de chirurgie orthopédique et traumatologique (depuis novembre 2017), les internes « ancien régime » étant inscrits au DESC qui ne figure pas dans les données de l'ARS.

[82] En ce qui concerne les enseignements, plusieurs internes ont avancé comprendre qu'il ne serait pas très motivant, pour des enseignants, d'en organiser pour des promotions trop petites, la taille critique étant peut-être atteinte actuellement en orthopédie après certains droits au remords.

[83] SIDES est le Système informatique distribué d'évaluation en santé.

ont indiqué aux auditeurs qu'il leur a été dit qu'elle serait réservée aux internes « nouveau régime »[84]. La possibilité que tous accèdent à des vidéos en ligne, susceptibles de remplacer d'onéreuses inscriptions à des diplômes d'université, est appelée de leurs vœux.

Le SIHP organise un cours mensuel à l'école de chirurgie ; très peu d'universitaires titulaires auraient répondu favorablement à son invitation à l'animer, les orateurs (bénévoles) étant de ce fait principalement des praticiens non universitaires, dont certains exercent hors AP-HP et notamment en secteur libéral. Ce cours est organisé en partenariat avec des fournisseurs de matériels ; la mission n'a pas recherché si le non engagement des universitaires titulaires de l'AP-HP était uniquement lié au refus de risquer de créer des liens d'intérêt avec les entreprises concernées.

Certains internes s'interrogent sur les possibilités, en termes de temps et de financement, de publier et de présenter des posters aux congrès internationaux de la spécialité jugés utiles.

La lourdeur de l'exercice professionnel futur a été évoquée par certains, qui font état du suicide médiatisé de deux jeunes orthopédistes français depuis le début de l'année 2018. Certains ont indiqué à l'été 2018 aux auditeurs que le repos de sécurité des internes ne serait pas systématiquement respecté dans deux services d'orthopédie de l'AP-HP, alors que les autres services ont « *joué le jeu* » à la satisfaction générale des internes, selon leurs dires à la mission.

Pour ce qui concerne le cursus d'internat, les internes ont évoqué devant les auditeurs la lourdeur des gardes, une possible « *falsification* » de certains tableaux de service non transmis aux internes et occultant le dépassement des 48 heures hebdomadaires (sur 3 mois).

Enfin, tant le coordonnateur que les internes rencontrés pas la mission souhaitent l'implication active, en tant que tuteurs, encadrants, accueillants, enseignants, de l'ensemble des chirurgiens orthopédistes hospitaliers et universitaires d'Ile-de-France.

Observations de la mission

Pour le semestre de novembre 2018 à avril 2019, l'un des services concernés par la problématique du non respect du repos de sécurité comptait un interne de plus que les semestres précédents ; il a été rapporté aux auditeurs que le repos de sécurité y était respecté. Les auditeurs ont été informés fin mars 2019 que le second n'a pas été choisi par les internes de la spécialité pour le semestre de mai à octobre 2019.

[84] Le bulletin SIDES-CNCEM-UNESS n° 38 (19 janvier 2018), accessible à la page http://side-sante.org/?q=node/311, mentionne cependant que « *la plateforme est destinée à tous les internes sans exception. L'inscription des internes « ancien régime » est donc nécessaire*. » Le directeur du comité de pilotage de l'UNESS (Université numérique en santé et sport, structure en charge de SIDES) a confirmé cette information aux auditeurs, en indiquant que l'inaccessibilité aux internes « ancien régime » avait été liée à un phénomène de « file d'attente » dans plusieurs régions, dont l'Ile-de-France, aujourd'hui résorbé.

3.3.4. La triple valence théorique des médecins hospitalo-universitaires et l'absence de reconnaissance de l'activité pédagogique des hospitaliers ont-elles toujours du sens ?

Les entretiens conduits par la mission et les commentaires des chefs de service mettent en lumière les limites de l'organisation traditionnelle des centres hospitalo-universitaires, qui demande à chaque bi-appartenant d'avoir une triple activité de recherche, d'enseignement et de soins.

Dans les faits, les seniors hospitaliers sont également sollicités régulièrement ou ponctuellement, qu'il s'agisse d'encadrer les étudiants hospitaliers de 2ème cycle ou les internes, ou encore d'assurer des « topos » dans le service (séances de bibliographie, discussions de cas cliniques etc.) voire des cours ou des enseignements dirigés à la faculté de médecine ; nombre de PH souhaitent également pratiquer une activité de recherche et publier – et sont associés à cette facette de l'activité des praticiens hospitalo-universitaires du service.

Les organisations, la répartition concrète des tâches dans les services sont souvent peu formalisées. L'absence d'internes conduit, lorsque leurs fonctions ne peuvent pas être assurées par leurs collègues, à faire exécuter ces tâches par des seniors, au détriment d'une partie de l'activité « normale » de ces derniers, que celle-ci soit effectuée au sein du service ou en dehors (et notamment les missions d'intérêt général).

Dans sa communication à la Commission des affaires sociales du Sénat de décembre 2017 sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale, la Cour des Comptes pointe « un modèle en voie d'essoufflement » et constate qu' « *au niveau individuel, l'exercice à haut niveau des trois missions est aujourd'hui présenté comme illusoire, la réalité pratique étant souvent celle d'une bispécialisation, voire d'une mono-spécialisation* » (*cf*. encadré 12).

Pour la Cour des comptes[85], « *attirer les plus hauts potentiels implique désormais d'adapter la pratique de la triple mission*. » Elle préconise « *des réformes à engager sans délai* », notamment de « *mettre en place un suivi de l'activité des personnels hospitalo-universitaires* » :

- *« définir pour les personnels hospitalo-universitaires des obligations de service à mettre en œuvre dans un cadre contractuel ;*
- *évaluer périodiquement les personnels hospitalo-universitaires sur l'ensemble de leurs missions, y compris managériales. »*

Pour la Cour, « *une expérimentation dans un CHU volontaire pourrait venir préciser les modalités de cette organisation*. »

Encadré 12 : Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale : « un modèle en voie d'essoufflement » (Cour des Comptes, 2017)

Soixante ans après la création du statut des personnels hospitalo-universitaires, celui-ci suscite des interrogations. Depuis 1958, le choix de la carrière hospitalo-universitaire par les éléments les plus prometteurs de leur génération a contribué significativement à l'accroissement de la qualité des soins, à l'excellence de la recherche et à la diffusion de la formation. Cependant, les souplesses ouvertes par le statut

[85] Cf. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/20180117-role-des-CHU.pdf (consulté le 9 novembre 2018).

ne suffisent plus aujourd'hui à masquer les difficultés d'exercice professionnel de ces personnels, les plus jeunes hésitant désormais à s'engager dans cette carrière. Au niveau individuel, l'exercice à haut niveau des trois missions est aujourd'hui présenté comme illusoire, la réalité pratique étant souvent celle d'une bispécialisation, voire d'une mono-spécialisation. Certains hospitalo-universitaires publient peu, voire pas du tout, et sont de fait des cliniciens enseignants, quand d'autres ne font que de la recherche et quasiment plus de soins ni d'enseignement. Certains professeurs de médecine ont pu faire état de séquences successives au cours de leur carrière : d'abord chercheurs, puis plutôt enseignants et cliniciens. Au-delà des trois missions inscrites dans la loi, deux catégories d'activité se sont ajoutées au fil du temps. La première concerne le management des services ou des pôles, ou des fonctions de représentation au sein de l'établissement ou de l'université, la seconde, complémentaire de la première, des activités annexes comme l'expertise auprès d'institutions publiques ou la participation à des groupes de travail réunissant différents acteurs du champ de la santé.

Cette hétérogénéité des pratiques est le plus souvent présentée positivement, car elle permet une souplesse qui est appréciée par les personnels hospitalo-universitaires. Elle met cependant les établissements hospitaliers dans l'incapacité de quantifier le temps médical affecté à chacune des missions, à établir leurs coûts analytiques et à rapprocher de ces coûts les recettes MERRI. Or, la nécessité juridique de connaître les coûts de la recherche et de l'enseignement, notamment au regard du droit communautaire, implique une meilleure connaissance de la répartition effective du temps médical hospitalo-universitaire. Enfin l'exercice professionnel des personnels hospitalo-universitaires apparaît peu évalué alors que les textes en vigueur le prévoient.

Même si l'administration fait valoir qu'elle n'a pas constaté, au cours de ces dernières années, de baisse d'attractivité dans les recrutements au regard du nombre de postes qui ne seraient pas pourvus, les candidats aux fonctions hospitalo-universitaires perçoivent une dégradation des conditions d'exercice dans les CHU, tenant aux difficultés hospitalières, aux tensions financières et sociales, à l'accès plus difficile aux équipements de pointe, aux postes vacants, à la lourdeur de la gestion, au poids croissant des tâches administratives dans un contexte de financement à l'activité et d'exigences accrues de performance. Au-delà des initiatives locales, attirer les plus hauts potentiels implique désormais d'adapter la pratique de la triple mission.

Observation de la mission

La nécessaire réflexion sur les missions des médecins hospitalo-universitaires, appelée de ses vœux par la Cour des comptes, ne saurait être déconnectée de celle concernant les autres médecins exerçant en CHU.

Recommandations de la mission

Dans des services ou entités volontaires, en lien avec les facultés de médecine, réfléchir à la nature et à l'organisation entre l'ensemble des médecins des missions de recherche, d'enseignement et de soins, en formalisant et contractualisant la place de chacun, notamment celle des internes et des intervenants auprès de ces derniers *(Services ou Départements médico-universitaires [DMU], Facultés de médecine concernées, directions des GH concernés, DOMU, DEFIP, ARS Ile-de-France).*

En particulier, réfléchir à des modalités innovantes de reconnaissance, de valorisation et de financement de l'activité de chacun, pour les trois valences d'enseignement, de recherche et de soins *(DEFIP, DOMU, Facultés de médecine concernées, directions des GH concernés, Services ou DMU concernés, ARS Ile-de-France – dans le cadre des réflexions nationales).*

3.4. Le malaise ou la souffrance des internes : identifié ou refoulé ?

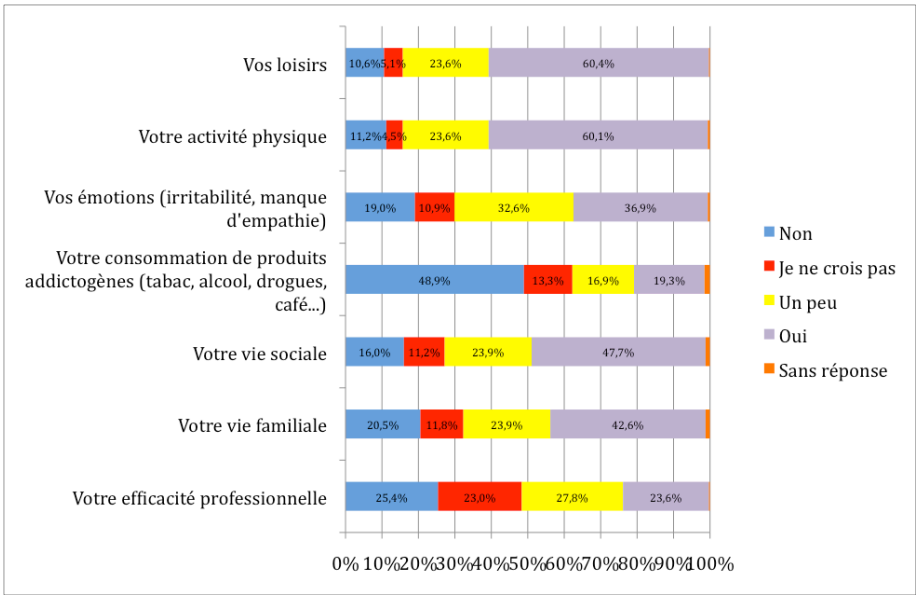
3.4.1. La charge de travail des internes se répercute sur leur vie personnelle

Dans des proportions parfois significativement différentes, mais de façon très voisine, les internes en cours de stage (*cf.* graphique 16) et ceux décrivant un stage passé (*cf.* graphique 17) considèrent que leur rythme de travail a ou a eu des effets négatifs marqués surtout sur leurs loisirs et leur activité physique, leur vie sociale, leurs émotions (irritabilité, manque d'empathie), leur vie familiale.

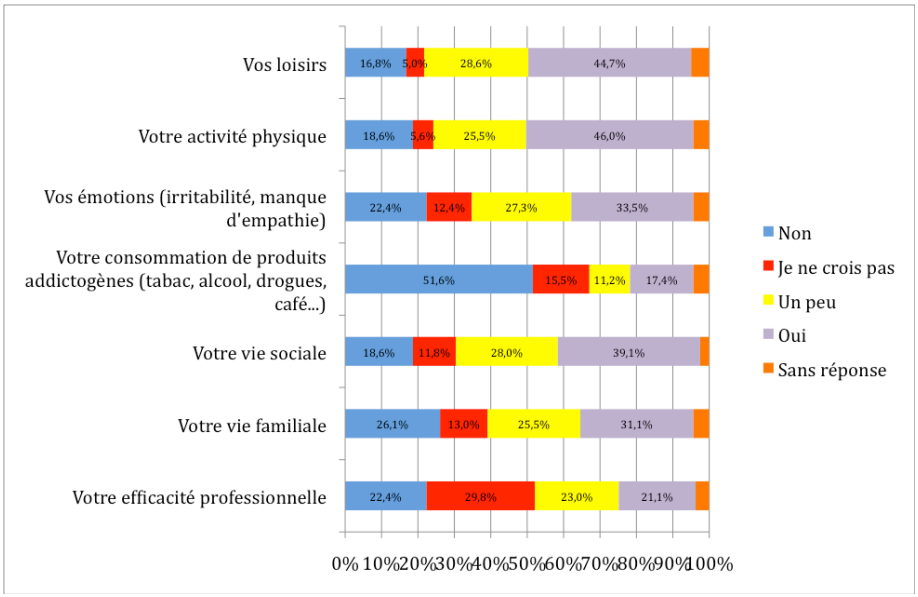
Les effets négatifs sont considérés comme moindres sur leur efficacité professionnelle (mais plus de 20 % répondent « oui », et environ 50 % « oui » ou « un peu ») et surtout sur leur consommation de produits addictogènes (tabac, alcool, drogues, café…). Cependant 36 % des internes en cours de stage et 29 % de ceux décrivant leur stage passé considèrent que cette consommation a, ou a « un peu », augmenté.

Les entretiens conduits par la mission témoignent des interrogations sur des principes ou des valeurs considérés comme « intégrés » à la profession de médecin : « *en médecine on est sensé savoir gérer la pression, si on ne travaille pas 100 heures par semaine on fait mal son travail, on n'est pas un médecin compétent, on n'est pas passionné* » ; « *il y a une philosophie du sacrifice pour se consoler, mais cela n'a pas de sens !!!!* »

Graphique 16 : Répercussions négatives de leur rythme de travail (internes en cours de stage)



Graphique 17 : Répercussions négatives de leur rythme de travail (internes décrivant un stage passé)



3.4.2. La fatigue, les souffrances réelles et les aspirations des internes ne sont pas bien comprises par certains seniors

La qualité de vie au travail est une recherche de la part des internes, souvent incomprise par les médecins seniors.

Plus de la moitié des internes répondent qu'ils se sentent souvent, très souvent ou toujours fatigués[86] (*cf.* tableau 32 et graphique 18).

Tableau 32 : Fatigue et souffrance au sein des services (selon les internes)

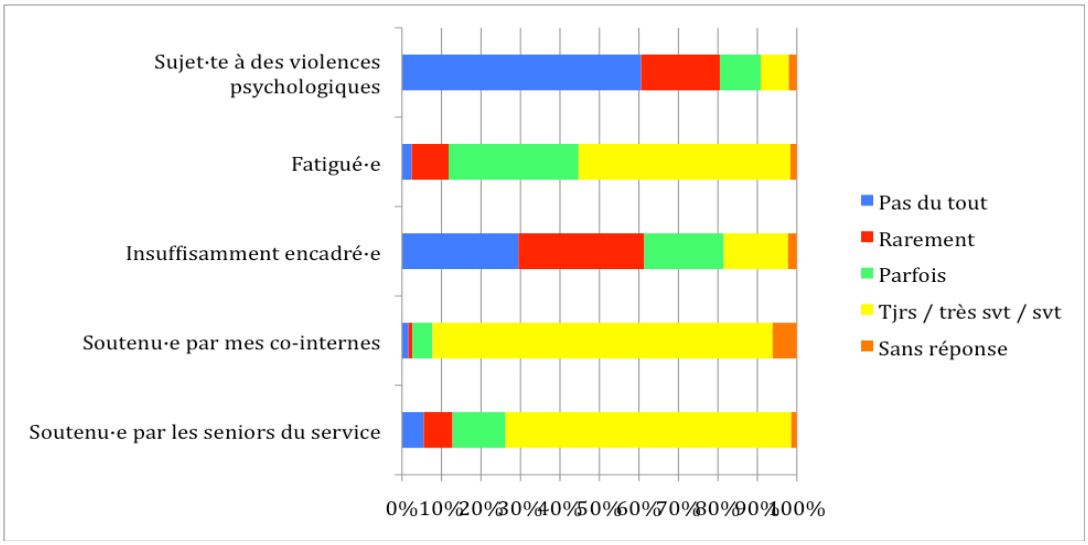
Dans ce stage, vous vous sentez... ?	Soutenu·e par les seniors du service	Soutenu·e par mes co-internes	Insuffisamment encadré·e	Fatigué·e	Sujet·te à des violences psychologiques
Pas du tout	5,5%	1,6%	29,5%	2,4%	60,6%
Rarement	7,3%	1,0%	31,9%	9,3%	19,9%
Parfois	13,4%	5,1%	20,1%	32,9%	10,4%
Souvent	28,3%	20,5%	7,9%	27,6%	3,0%
Très souvent	20,1%	25,8%	5,9%	16,7%	3,3%
Toujours	24,0%	39,8%	2,4%	9,3%	0,8%
Tjrs / très svt / svt	*72,4%*	*86,2%*	*16,3%*	*53,7%*	*7,1%*
Sans réponse	1,4%	6,1%	2,2%	1,6%	2,0%

61 % estiment ne jamais être sujets à des violences psychologiques, mais 7 % indiquent l'être de souvent à toujours, 20 % rarement et 10 % parfois. En regroupant différemment, 13 % des

[86] Une erreur dans l'enchaînement des questions présentées aux répondants (oubli d'une hypothèse conditionnelle) ne permet pas d'analyser de façon valide la quantité de sommeil estimée, mais la majorité des personnes ayant répondu à cette question (qui sont moins nombreux que ceux à qui la question aurait dû être proposée) considèrent qu'elles ne dorment pas assez.

répondants déclarent avoir été victimes « parfois ou souvent » et 17 % « parfois, souvent ou très souvent » de violences psychologiques[87].

Graphique 18 : Ressenti des internes au sein des services (selon les internes)



Par ailleurs, 89 % des répondants indiquent être satisfaits ou très satisfaits de leur spécialité (*cf*. tableau 33). Mais, dans chaque catégorie, moins des deux tiers seulement des répondants indiquent ne jamais avoir été confrontés à des violences psychologiques (dénigrement, dévalorisation…) (*cf.* tableau 34).

Tableau 33 : Satisfaction de la spécialité (selon les internes)

Concernant votre spécialité… ?	Nb réponses	Pourcentage
J'en suis très satisfait	284	57,96%
Je suis satisfait	152	31,02%
Je ne suis pas satisfait	18	3,67%
Je pense changer de spécialité - je changerais de spécialité si j'en avais la possibilité	22	4,49%
Je pense quitter le cursus médical	7	1,43%
Non répondant	7	1,43%

Tableau 34 : satisfaction de la spécialité et exposition à des violences psychologiques (selon les internes)

Concernant votre spécialité… ?	*Avez-vous été sujet·te à des violences psychologiques (dénigrement, dévalorisation...) ?*	Nb réponses	% par catégorie (si>10)
J'en suis très satisfait·e	Pas du tout	186	65,5%
	Rarement	56	19,7%
	Parfois	25	8,8%
	Souvent	5	1,8%
	Très souvent	7	2,5%
	Toujours	3	1,1%
	Non répondant	2	0,7%

[87] Ce taux n'est pas celui du taux de violences psychologiques envers les internes dans l'ensemble des services de l'AP-HP qui en accueillent, mais le taux de celles auxquels les répondants au questionnaire indiquent avoir été exposés ; il n'est pas possible de définir ce que seraient des réponses représentatives des situations rencontrées en stage, les critères de cette « représentativité » en termes de situations ou de comportements générateurs de souffrance psychologique ne pouvant être définis.

Concernant votre spécialité… ?	*Avez-vous été sujet·te à des violences psychologiques (dénigrement, dévalorisation...) ?*	Nb réponses	% par catégorie (si>10)
Je suis satisfait·e	Pas du tout	83	54,6%
	Rarement	35	23,0%
	Parfois	20	13,2%
	Souvent	5	3,3%
	Très souvent	4	2,6%
	Toujours	1	0,7%
	Non répondant	4	2,6%
Je ne suis pas satisfait·e	Pas du tout	12	66,7%
	Rarement	0	0,0%
	Parfois	2	11,1%
	Souvent	3	16,7%
	Très souvent	1	5,6%
	Toujours	0	0,0%
Je pense changer de spécialité - je changerais de spécialité si j'en avais la possibilité	Pas du tout	9	40,9%
	Rarement	4	18,2%
	Parfois	3	13,6%
	Souvent	1	4,5%
	Très souvent	4	18,2%
	Toujours	0	0,0%
	Non répondant	1	4,5%
Je pense quitter le cursus médical	Pas du tout	3	
	Rarement	2	
	Parfois	1	
	Souvent	1	
	Très souvent	0	
	Toujours	0	
Non répondant	Pas du tout	5	
	Rarement	1	
	Non répondant	1	
Total		490	

Un sujet encore quasiment tabou, dont l'ampleur ne peut être ni mesurée ni estimée, est celui du harcèlement sexuel ; plusieurs internes interlocutrices de la mission ont déclaré ne pas l'avoir connu, à l'inverse d'autres, à des degrés divers ; sous couvert d'anonymat, une interne avec qui la mission s'est entretenue téléphoniquement lui a confié : « *j'ai été confrontée aussi à des agressions sexuelles ; on n'en parle pas, cela ne figure pas dans la fiche d'évaluation qui est lue par le chef de service. Dans un service c'était le fait d'un médecin qui est devenu chef de service depuis.* »

A l'hôpital, la « tolérance zéro » et le signalement de comportements juridiquement délictueux ou criminels mais dont, de fait, la révélation nuit souvent aux victimes se développeront-ils plus rapidement qu'au sein d'autres milieux professionnels ? La mission a considéré que la gravité du sujet ne permettait pas de prétendre le traiter dans le cadre du présent rapport, mais qu'il est du ressort de l'institution toute entière.

Les commentaires des chefs de service au questionnaire de la DIA et la teneur des entretiens conduits par les auditeurs permettent de noter des attitudes contrastées, voire ambivalentes, de la part des seniors vis à vis des internes. Pour beaucoup, « *à mon époque on vivait des choses difficiles…* ». Certains trouvent que « *les internes français sont les plus gâtés du monde* »,

voire « *passifs* », d'autres qu'ils « *ont le nez dans le guidon et du stress : stress d'apprendre, beaucoup de doutes, penser à l'avenir tant hospitalier qu'universitaire. Ils sont fragiles et parlent peu*. » Un chef de service observe : « *la société change. L'AP était un graal pour moi, ce n'est plus le cas*. »

« *Les internes vivent un peu comme tous les acteurs de notre institution, en pire car ils ne se l'approprient pas : ils passent. L'hôpital leur apparaît comme un endroit presque hostile : ils manquent de reconnaissance financière, matérielle et humaine.* »

Tous questionnent la dualité de leur statut. Certains observent qu'ils ont des « *difficultés de positionnement : sont-ils médecins ou étudiants ?* », « *sont-ils étudiants en formation ou éléments de la chaîne médicale qui apprennent en faisant ?* » ; d'autres leur demandent ou leur proposent un choix : « *il faut que les internes se positionnent : veulent-ils un compagnonnage réel ou veulent-ils des formations théoriques avec simulateurs ? Sont-ils des étudiants qui ne seront là que pour des cours ou des médecins juniors ? La réforme fait d'eux des étudiants de troisième cycle, il faut qu'ils se positionnent comme des jeunes médecins.* »

La réforme récente et celle en cours semblent avoir eu des effets imprévus :

« *Le repos de sécurité, qui en soi est très bien, rend difficile que toute l'équipe soit présente tout le temps. [Les internes] sont maintenant de passage sur une prise en charge, ce qui n'aide pas à l'autonomisation car ils ne peuvent pas assurer une prise en charge en totalité de bout en bout. Glissements de tâche avec des tâches qu'ils considèrent comme administratives (ce qui n'est pas toujours le cas).* » « *On se met en ordre de marche pour fonctionner sans les internes, cela sera irréversible.* » « *Pour appliquer la réforme – puisqu'on a pas le choix – on s'organisera pour travailler sans confier de salles aux étudiants. Il faudra plus de seniorisation.* » « *Le respect du temps du travail fait qu'on implique moins les internes dans le fonctionnement au quotidien.* » « *Ce ne sont pas des personnels qui comptent…* »

Les incertitudes sur l'organisation de la fin du 3ème cycle des études médicales et du devenir professionnel sont considérées comme des sources de tensions : « *la réforme est mal vécue par les internes qui ne savent pas où ils vont : le post internat n'est pas clair et cela pose problème.* »

Pour les interlocuteurs de la mission, certaines plaintes d'internes apparaissent justifiées, d'autres moins :

« *Vraie difficulté de la part des internes, qui sont brillants, motivés, travailleurs. Leurs plaintes portent sur la charge administrative, par exemple Orbis : être devant un écran c'est du temps en moins avec les patients. Ils ont faim d'apprendre*. » « *Anecdote : une interne se plaint de devoir partir à 13h avec un sandwich pour être à 14h en cours ; je lui dis : « et alors ? » ; un de ses collègues : « mais cela vous plaît peut-être, ce n'est pas notre choix… »* »

Comme un interne change de poste tous les six mois, « *il est tentant de le charger des fautes sans remettre en question une organisation générale* » comme le note l'un d'eux.

Les internes avec qui les auditeurs se sont entretenus ont pour beaucoup souligné la rudesse de se retrouver, du jour au lendemain, avec le statut d'interne et d'avoir à assumer des responsabilités (notamment de prescription) pour lesquelles ils n'avaient pas tous été préparés. A cet égard, les fonctions de « super externe » décrites par plusieurs seniors de la Pitié Salpêtrière et de Cochin, mises en place à la connaissance de la mission par les facultés de médecine de Paris 5, Paris 6 et Paris 7 sur la base du volontariat réciproque des chefs de

service et des étudiants hospitaliers, ont été saluées comme une réussite. Il s'agit de confier, pour le dernier trimestre du 2ème cycle des études médicales (période séparant les ECNI du début de l'internat), des « *responsabilités de FFI* à petite échelle » à des étudiants hospitaliers particulièrement supervisés.

Au-delà, plusieurs internes expriment leur souhait de « bien faire », l'exigence qu'ils ont vis à vis d'eux même – en reflet également de l'implication de leurs seniors, qu'ils perçoivent –, la culpabilité de « ne pas y arriver » alors qu'ils ont parfois le sentiment de devoir apprendre seuls comment s'organiser pour travailler efficacement, éventuellement conseillés par leurs co-internes plus anciens.

Avec du recul, certains reconnaissent qu'ils niaient leur souffrance à certains moments : « *lors de mon stage en dermato je voyais très noir à ce moment là et je ne me voyais pas contacter mon tuteur pour cela. Je n'ai pas contacté le SIHP car je ne me considérais pas en détresse ; à ce moment là on n'a pas le recul pour savoir qu'il faut consulter.* »

La conjugaison de plusieurs facteurs est source de fatigue et de souffrance pour les internes :

- La quantité importante de travail attendue des internes ou qu'ils doivent fournir ;
- Le fait que ce travail comporte souvent nombre de tâches de nature logistique ou administrative que les internes estiment faire à la place d'autres personnels, par défaut ou par désorganisation (brancardage de patients, prises de rendez-vous, commande d'ambulance, mise en forme et envoi des courriers, …) ;
- La lourdeur psychologique de certains cas traités ; la survenue de décès sans accompagnement psychologique : le débriefing technique qui peut exister n'est pas suffisant pour « absorber » ou « évacuer » le stress induit par la mort des patients.

Sur ce dernier point, nombre d'internes ont exprimé à la mission un élément que la presse médicale ou grand public abordant le sujet de la souffrance des soignants commence à rapporter : avoir la volonté de se conformer de prime abord à l'image du médecin qu'ils s'étaient faite au cours de leurs études, à savoir un médecin par essence muet, qui « encaisse » sans rien dire la violence de la maladie et de la mort.

Ces facteurs s'ajoutent aux conditions matérielles de travail et aux conditions d'environnement abordées *supra*. Comme le rapportait une interne : « *se faire engueuler par la dame de l'internat quand on finit nos astreintes du dimanche à 15h parce que c'est trop tard pour venir déjeuner, [voir] qu'il n'y a presque rien à manger et que c'est imbouffable, cela joue sur le moral…* »

Peut-on « armer » un interne pour qu'il soit attentif aux signaux d'alerte le concernant ? Peut-être, en abordant le sujet différemment qu'actuellement : « *la prévention ? Le 1er jour de la formation des internes dans mon DES un psychiatre nous a fait un speech sur le burn out : on en a rigolé, en disant que cela ne servait pas à grand chose. La prévention serait de dire qu'on a le droit d'être fatigué, en burn out. Promouvoir le fait que des psychologues sont disponibles. Faire témoigner des internes qui en ont vécu. Moi-même je pourrais le faire en petit groupe*. »

3.4.3. Un management bienveillant est nécessaire mais pas suffisant

L'insatisfaction des internes relative au management en stage (*cf.* tableau 35) est élevée :

- 24 % estiment que la communication n'est pas bonne dans leur service (59 % pensent le contraire) ;
- 30 % estiment que leur service ne dispose pas des ressources humaines nécessaires à la bonne réalisation de leur travail (infirmier·e·s, secrétaire(s)…) (et 51 % le contraire) ;
- 26 % estiment qu'ils ne disposent pas des ressources matérielles nécessaires à la bonne réalisation de leur travail (et 55 % le contraire) ;
- 31 % estiment qu'il n'existe pas de temps d'échange dédiés au sein du service (et 45 % le contraire).

Tableau 35 : Management en stage (selon les internes)

Concernant le management en stage :	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	N/N*	D'accord	Tout à fait d'accord	NR**
Il existe une bonne communication dans le service	7,5%	16,7%	15,7%	39,6%	19,1%	1,4%
Mon service dispose des ressources humaines nécessaires à la bonne réalisation de mon travail	10,0%	19,9%	16,7%	36,6%	14,4%	2,4%
Je dispose des ressources matérielles nécessaires à la bonne réalisation de mon travail	8,3%	18,1%	16,5%	41,1%	14,0%	2,0%
Il existe des temps d'échange dédiés au sein du service	12,6%	18,5%	20,1%	31,1%	13,6%	4,1%

*N/N : ni d'accord, ni pas d'accord.
**NR : non répondant

Deux questions se posent pour les internes en stage : qu'y apprennent-ils ? Comment apprennent-ils ?

Les observations des internes avec qui la mission s'est entretenue (*cf.* annexe 8) sont à considérer en termes qualitatifs, et sont aussi des questionnements « en creux » sur le ressenti des internes, dont peut-être parfois les accueillants oublient qu'ils sont en phase d'apprentissage, y compris de l'autonomie.

Elles portent, notamment en début d'internat, sur un besoin d'appui réel, de véritable pédagogie de la part des encadrants – et pas seulement de consignes vagues et d'être laissé au bon vouloir des co-internes plus anciens : « *jusque là*[88] *j'ai appris sur le tas avec des internes plus ou moins soutenants, m'apprenant à savoir reporter à l'après-midi ou au lendemain. C'est mon premier stage, actuellement, où très vite on m'a conseillé sur ma façon de faire (une assistante ayant déjà fait 4 ans de clinicat).* »

Elles soulignent que si l'on apprend de ses erreurs, la méthode doit être maîtrisée pour ne pas verser dans la maltraitance involontaire : les remarques peuvent être vite humiliantes, la stigmatisation en public plus ou moins bien vécue : « *Personne ne disait à ce PH que ce n'était pas de l'humour de m'apostropher en staff tous les matins : « toi qui as tué un enfant, … »* »

La parole doit être possible, pour tous ; mais elle est souvent retenue, par crainte de s'exposer, de sembler remettre en question pratiques, organisations ou personnes et d'être stigmatisé. Pour un chef de service, des seniors, il ne suffit pas de décréter que l'on est à

[88] ndr : l'interne concerné est en 8ème semestre.

l'écoute, mais il faut organiser cette écoute, avoir du temps et montrer que des changements sont possibles.

Même s'ils ne sont plus aussi présents désormais en stage qu'« autrefois », et ne sont là que pour six mois, les internes souhaitent être reconnus : appelés par leur nom, associés aux prises de décisions et pas seulement à l'exécution des tâches qui en découlent, félicités pour ce qu'ils font de bien (même si l'on peut considérer que ce serait « normal ») ce qui permet de comprendre et d'accepter les critiques pour ce qu'ils peuvent mal faire.

La mission observe que les chefs de service et leurs adjoints hospitalo-universitaires, et même les praticiens hospitaliers, ont en règle générale suivis un parcours sélectif, élitiste ; certains qui estiment avoir « beaucoup donné » ou « payé de leur personne » considèrent qu'il ne peut en être autrement pour cette nouvelle génération d'internes ; ils soulignent que ce n'est pas à un apprenant de définir ce qu'il convient qu'il apprenne, cela étant le rôle des enseignants. Certains s'interrogent néanmoins sur les conditions de cet apprentissage, étant parfois déroutés de ne pas se reconnaître dans les internes actuels.

Des internes en fin de cursus, prochainement appelés à devenir chefs de clinique, indiquant avoir vécu « *des situations difficiles* », ont formalisé une inquiétude de reproduire involontairement des comportements « *un peu maltraitants* ».

Vouloir être bienveillant ne s'improvise pas, il faut avoir appris à l'être, vérifier comment ses propos ou ses décisions sont compris ; alléger la tâche d'un interne par exemple, en en confiant une partie aux autres, peut être reçu comme une sanction (*cf.* encadré 13). Conduire une RMM[89] ou un groupe de parole n'est pas inné et doit être maîtrisé : « *pendant la réunion de débriefing cela a tourné au procès des internes de la part du personnel paramédical.* [90]»

Encadré 13 : Verbatim : on m'a rétrogradée (selon une interne)

Un stage ne s'était pas très bien passé (à l'hiver 2016) et je pense que c'est important d'en faire part [ndr : Il a été porté à la connaissance de la mission que ce service a connu ultérieurement d'autres difficultés concernant les internes].

Je suis consciencieuse et lente, à l'époque peut-être inexpérimentée en matière de gestion de temps. Ma co-interne finissait vers 18-19h et moi vers 20-21h. D'un caractère assez soumis, je respecte la hiérarchie. Le contexte était une mauvaise communication avec mes chefs [de clinique]. J'avais été hyper enrhumée et fatiguée, avec une sinusite bactérienne, pendant plus de 3 semaines. Ce jour là je n'allais pas bien mais j'ai quand même fait mes 4 entrées. Le lendemain j'ai pris un jour de congé. Quelques jours plus tard on m'a rétrogradée de 3 de mes lits, par décision du CCA et du PH responsable. C'est ma co-interne qui s'est occupée de mes 3 lits. Elle disait « comprendre » ; on n'entretenait que des rapports professionnels. Le chef de service a probablement été mis au courant.

Certains seniors exposent que le « malaise » des internes ne leur est pas spécifique : « *Tout le personnel de l'AP-HP est soumis à une situation « non sereine », ce qui n'est pas favorable à la*

[89] Revue de mortalité et de morbidité. Cf. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm et https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/revue_mortalite_et_de_morbidite_rmm_fiche_technique_2013_01_31.pdf (page consultée, document misà jour en juin 2017 téléchargé le 9 novembre 2018).

[90] La mission a noté l'absence de psychologue dans la réunion décrite par son interlocuteur.

bienveillance. » « *L'institution va tellement mal qu'on fait le pompier partout et qu'on ne s'en occupe pas… On est tous occupés à se protéger soi-même…* »

Quoi qu'il en soit, trois points se dégagent des commentaires des chefs de service et des entretiens conduits par la mission :

- l'importance de porter attention aux personnes, notamment en leur accordant du temps ;
- l'importance d'avoir de véritables moments de parole, d'expression, d'échanges qui ne soient pas seulement techniques mais portent aussi sur le ressenti, les émotions ;
- l'importance de développer une culture de gestion positive de l'erreur.

Or, comme le notent plusieurs seniors : « *la culture RMM et gestion des risques nécessite du temps dédié, ce qui va à l'encontre des dispositions d'efficience. Les services qui s'y impliquent y voient un intérêt et sont attractifs.* » « *La culture positive de gestion de l'erreur a du chemin à faire. Certains ont peur de leur supérieur hiérarchique.* » « *Les jeunes médecins sont choqués si certains événements ne sont pas pris en compte et débriefés, ou s'ils sont laissés seuls face aux problèmes. Mais cela se passe dans des services qui n'ont pas de culture de service.* » « *Les internes sont souvent impliqués dans des accidents mais s'il n'y a pas de RMM ils sont gérés uniquement par le service ce qui n'est pas toujours satisfaisant.* » « *On pense que cela va se passer avec le temps mais ce n'est pas toujours vrai.* » « *Plus ça va plus je m'interroge sur savoir si nous sommes bienveillants et bientraitants. On ne devrait pas avoir à se poser la question.* »

Commentaires du SRP-IMG

« *Informer sur le brun out = prévention secondaire.*

Place de la prévention primaire ++ : gestion du stress, ateliers bien-être/mindfulness, formation à la communication (annonce d'une mauvaise nouvelle, communication en équipe, etc.) et à la relation… et bien sûr l'amélioration des conditions d'étude et de travail

+ prévention secondaire = écoute bienveillante, groupes de parole, groupes Balint, RMM, accès facilité à un soutien psy. »

3.4.4. Comment apprendre et enseigner dans un environnement qui change ?

Les entretiens initiaux, plus encore les commentaires de certains relecteurs du rapport provisoire et les références bibliographiques qu'ils ont transmises aux auditeurs ont mis en lumière une interrogation essentielle : au-delà des données factuelles sur les modalités de déroulement des stages, sur les attentes et les ressentis tant des internes que des chefs de service, quels éléments permettraient-ils d'assurer que les services de l'AP-HP forment de bons médecins ?

A noter qu'il n'entrait pas dans le périmètre de la mission d'explorer la nature de l'activité des internes au sein des services : ce qu'ils y font précisément, ce qu'ils apprennent, les modalités réelles de leur encadrement ; seules ont été approchées les conditions (matérielles, d'encadrement, relationnelles) de leur exercice.

Le coordonnateur régional du DES de médecine générale considère que « *le terme [de « compagnonnage »] est discutable sur le plan pédagogique* »[91].

Les auditeurs constatent que les approches conceptuelles de la notion de « bon médecin » d'une part, de la pédagogie et de la didactique en matière d'acquisition des compétences et de formation professionnelle d'autre part, sont variées. A titre d'exemple, l'encadré 14 (page 113) présente quelques théories concernant les compétences.

La réflexion des médecins seniors universitaires français sur ce dernier thème semble inégalement développée selon les spécialités, celle des enseignants de médecine générale étant considérée comme la plus avancée : les principes de description des compétences à acquérir et de l'enregistrement des compétences acquises dans un portfolio ont été de longue date proposés par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) et sont repris dans l'actuelle réforme du troisième cycle des études médicales.

Un des interlocuteurs de la mission a caractérisé l'approche par compétences comme « *un produit du constructivisme* ». Ainsi, en médecine, le profil attendu en termes d'acquisition de compétences serait un médecin capable de prendre des initiatives, de s'adapter, d'être autonome dans des situations variées auxquelles il se trouvera exposé au cours de son exercice. Cependant, comment apprendre à apporter une réponse satisfaisante face à une situation imprévue ? Comment dépasser la technicité pour appréhender la complexité de la relation à autrui, aux autres, qu'ils soient patients, accompagnants ou professionnels, dans une interaction respectueuse tant des représentations sociales que de la singularité de chacun ?

La place des sciences humaines et sociales dans la formation des médecins est considérée comme trop réduite aujourd'hui par plusieurs interlocuteurs de la mission, qui regrettent que ces disciplines apparaissent parfois comme inutiles aux yeux même d'enseignants et soient marginalisées, alors qu'elles permettent d'appréhender des facettes de l'exercice médical qui sont hors champ des connaissances concernées au premier chef par le développement de l'intelligence artificielle.

Encadré 14 : Pour aller plus loin sur la notion de compétences (Eduscol)

Extrait de la fiche « Pour en savoir plus sur les compétences » du portail Eduscol, accessible depuis la page http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/index.php

Le concept de compétences est développé dans de nombreuses études. En voici quelques unes qui nous ont permis d'envisager de vous proposer cet outil. (…)

I / Cinq manières d'aborder les compétences

Dans le Traité des sciences et des techniques de la Formation, coordonné par Philippe Carré et Pierre Caspar, Sandra Bélier propose cette définition de la compétence : "*la compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée*".

Elle réalise ensuite une étude comparative des cinq manières d'aborder les compétences :

- approche par les savoirs
- approche par les savoir-faire

[91] Un de ses autres commentaires précise : « *La notion de compagnonnage renvoie à un cadre référentiel dans lequel ne s'inscrit pas l'apprentissage dans son approche constructiviste. Il fait référence à une imagerie idéalisée mais discutable sur le plan pédagogique. La superposition compagnonnage / séniorisation ne me parait pas adaptée.* »

- approche par les comportements et le savoir-être
- approche par les savoirs, savoir-faire et savoir-être
- approche par les compétences cognitives.

Références :
CARRE (P) et CASPAR (P), Traité des sciences et techniques de la formation Paris, Dunod, 1999

II / Six types de compétences

Guy le Boterf propose quant à lui une autre définition : "*La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte données*". Il distingue plusieurs types de compétences :

- savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter),
- savoirs procéduraux (savoir comment procéder),
- savoir-faire procéduraux (savoir procéder, savoir opérer),
- savoir-faire expérientiels (savoir y faire, savoir se conduire),
- savoir-faire sociaux (savoir se comporter, savoir se conduire),
- savoir-faire cognitifs (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre).

Références :
LE BOTERF (G), 1995, De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Paris, Editions d'organisations.
LE BOTERF (G), 1997, compétence et navigation professionnelle, Paris, Editions d'organisation.
LE BOTERF (G), 2000, construire les compétences individuelles et collectives, Paris, Editions d'organisations.

III / La triologie Katz

Plus ancienne, la définition proposée par Katz distingue trois types de compétences.

- les compétences conceptuelles (analyser, comprendre, agir de manière systémique)
- les compétences techniques (méthodes, processus, procédures, techniques d'une spécialité)
- les compétences humaines (dans les relations intra et interpersonnelles).

Elle s'avère pratique car elle recoupe un découpage plus classique, qui décompose les compétences en savoirs, savoir-faire et savoir être.

Références :
KATZ R.L., Skills of an effective administrator, Harvard Business Review, Vol. 51, 1974.

Par ailleurs, un des relecteurs du rapport provisoire a regretté que ce travail ne comporte aucune analyse ni aucune recommandation sur **la formation pluri professionnelle et l'enjeu de la formation au travail avec des autres professionnels et en équipe**, en soulignant qu'il lui semblait que « *c'est pourtant un sujet majeur au cours de l'internat (relations avec les IDE, les AS, les seniors, les professionnels des plateaux techniques… chacun pensant probablement que ces relations complexes sont intuitives, ce que je ne crois pas*) ».

Les auditeurs observent que cette problématique n'était pas au centre de leur lettre de mission, mais qu'il s'agit effectivement d'un vrai sujet, enjeu important pour l'avenir. Cette question relève en partie de stages, de mises en situation, de modules d'enseignements et de formations à développer au cours des 1er et 2e cycles des études en santé (sociologie des organisations, psychologie, …). A ce titre, la mise en œuvre du « service sanitaire » devrait contribuer à la meilleure connaissance, par les étudiants en médecine, des autres professionnels de santé en formation, au-delà du « stage d'initiation aux soins » qui a lieu à l'issue de la première année commune aux études de santé (PACES).

Certes, l'internat est actuellement plutôt une période d'acquisition de compétences par reproduction, dans des organisations qui sont pensées par d'autres que les internes. Cependant, **les orientations prises par l'AP-HP en matière d'organisation et de**

gouvernance des futurs départements médico-universitaires (DMU)[92] devraient favoriser la pluriprofessionnalité, sous réserve d'une véritable traduction dans les faits des idées exprimées.

En particulier, le périmètre du « responsable enseignement » pourrait concerner tou·te·s les professionnel·le·s en formation et autant la formation continue que les formations initiales. Le volet « gouvernance et organisation » du projet de DMU pourrait comporter (inclus ou non dans le projet de promotion de la qualité de vie au travail) des orientations en matière d'échanges pluriprofessionnels ; par exemple, dans le droit fil de la « culture de bienveillance » évoquée *supra* (cf. 3.4.3), l'organisation régulière de réunions de débriefing, retours d'expérience, RMM qui soient véritablement structurées, animées, ouvertes à tou·te·s et fréquentées par l'ensemble des professionnel·le·s et pas seulement par les médecins seniors. Ce point ferait l'objet d'une évaluation périodique, dont le résultat serait public.

Il peut s'agir également de promouvoir, au sein des services, des travaux tels que le programme collaboratif pluriprofessionnel d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) proposé par la Haute autorité de santé[93], ou de s'en inspirer pour formaliser et évaluer la place de chaque acteur au sein du service, et notamment celle de l'interne.

Dans une vision systémique, la question est celle de l'organisation d'une équipe soignante autour de chaque patient, dont elle organise et accompagne le parcours, et de la place de chaque intervenant au service de soins de qualité qui soient toujours mieux coordonnés. L'interne en est un des co-acteurs, à impliquer comme les autres dans l'ensemble des activités du service, notamment celles qui sont le ciment du travail en équipe par leur caractère pluriprofessionnel – qu'il s'agisse de travaux « de routine » ou de démarches de recherche ou à visée formative, et notamment des démarches d'analyse des événements indésirables auxquels il est confronté. Qu'il soit présent pour six mois, en formation et à temps partiel, est à considérer positivement : il peut apporter un regard neuf, et contribuera ensuite à la dissémination des bonnes pratiques dans ses futurs stages ; le former en renforçant ses apprentissages sur la notion de travail en équipe est indéniablement l'une des missions d'un service hospitalo-universitaire.

Promouvoir et organiser la réflexion sur les pratiques, l'éthique en y impliquant l'ensemble des professionnels hospitaliers et en veillant tout particulièrement à la participation des soignants en formation, dont les internes, pourrait être une mission des nouveaux groupes hospitaliers et des DMU, au titre du rôle de ces derniers et de leur gouvernance dans la qualité de vie au travail des personnels, de nature à faciliter l'atteinte des objectifs d'activité, de qualité des soins et de gestion fixés aux DMU. Des ressources humaines pourraient y être dédiées, selon des modalités à définir, afin de bien traduire ces intentions en actes.

L'appréciation des internes sur les modalités de leur inclusion à la vie du service et dans les démarches participatives de coopération à l'amélioration des soins et de la QVT serait intégrée à l'évaluation du stage.

---

[92] *Cf.* la synthèse des travaux du groupe de travail « DMU » du 30 décembre 2018, accessible à la page http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme8janvier2019_dmu_rapportgroupetravail.pdf et le document d'orientations pour la CME du 8 janvier 2019, http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme8janvier2019_dmu_orientations.pdf.

[93] *Cf.* la présentation du PACTE sur le site de la HAS https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte ; le document qui en décrit l'« essentiel » est accessible à la page https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf.

Observations de la mission

Le développement de la bienveillance ou de la bientraitance peut être une priorité institutionnelle, sa mise en œuvre réelle nécessite l'implication de tous.

Les chefs de cliniques et les assistants hospitalo-universitaires n'ont, à la connaissance de la mission, aucune formation systématique en matière de pédagogie alors qu'ils sont les encadrants « de premier niveau » des internes pour leur formation « au lit du malade ».

Recommandations de la mission

Assurer une formation d'encadrants aux chefs de clinique et aux assistants hospitalo-universitaires, mettant l'accent sur le savoir être et les attitudes pédagogiques vis à vis des internes à l'hôpital, et développer dans ce cadre un « kit pédagogique » *(Facultés de médecine)*.

Assurer, au sein des départements médico-universitaires, la structuration conjointe des formations initiale et continue des différents professionnels, notamment dans les démarches de renforcement d'équipe *(gouvernance des DMU)*.

Formaliser, au sein de chaque service, l'organisation du travail en explicitant le rôle de chacun, les horaires prévisionnels des différents personnels, l'organisation de la permanence des soins, le travail en équipe… dans le cadre de fiches de postes ou de missions et d'une charte de fonctionnement du service venant compléter le projet de service, remis aux internes *(chaque service).*

Assurer l'intégration systématique des internes aux travaux d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels :

- Mettre en place, dans chaque service, une démarche pluriprofessionnelle d'échanges formels et informels *(services de l'AP-HP, en lien avec la gouvernance du DMU, la CVH et la direction chargée de la qualité au sein de chaque GH)* ;
- Evaluer régulièrement les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et d'analyse des événements indésirables de chaque service, et publier ces évaluations *(organisation à mettre en place sous l'égide des CMEL, par les structures de santé publique, en lien avec les directions chargées de la qualité au sein de chaque GH et la gouvernance des DMU et des services).*

4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La conclusion qui s'impose aux auditeurs à l'issue de leur mission leur semble une évidence – notamment au regard du contexte hospitalier actuel : il faut repenser nos organisations, en tenant compte des évolutions sociétales.

L'actuelle réforme de l'internat clôt un cycle et parachève une tendance irréversible qui fait considérer l'interne d'abord et plutôt comme un étudiant ; mais elle ouvre des perspectives et pose le défi de construire une véritable professionnalisation du 3ème cycle des études médicales, qui permette aux futurs médecins de mieux apprendre – non seulement les gestes techniques mais aussi un savoir être davantage tourné vers les patients, qui prennent eux aussi une place nouvelle depuis quelques années. Elle demande aux seniors de quitter leurs habitudes, de ne plus seulement montrer mais aussi expliquer, de verbaliser ; également de susciter, puis d'accepter, la parole des autres.

Les internes, traditionnelles « chevilles ouvrières » des services, sont des personnes vivant dans un environnement social qui a profondément changé depuis que les chefs de service actuels avaient leur statut et leur place, qui n'est cependant ni tout à fait la même, ni tout à fait une autre. Leurs aspirations à un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle qui soit différent de celui de leurs prédécesseurs doivent être entendues ; le postulat est qu'il est possible de les respecter tout en « faisant tourner » les services – même en ces temps de fortes contraintes, notamment budgétaires.

Tous ne rêvent pas d'une carrière hospitalo-universitaire à Paris ; mais tous ont droit à ce que les seniors qui les encadrent en stage leur rendent, de façon adaptée aux évolutions techniques et sociales, les « enseignements reçus de leurs maîtres », et même davantage, même si les perspectives de carrière et les centres d'intérêt de court terme des uns et des autres sont différents.

Les questions de transmission et de reconnaissance sont au cœur des préoccupations des internes. Elles sont à prendre en considération, le facteur humain étant à combiner aux considérations rationnelles de l'organisation de la continuité et de la permanence des soins. Accroître la place des sciences humaines et sociales dans la formation initiale et continue des médecins aiderait à la réflexion.

La place de l'hôpital universitaire dans la formation à la spécialité de médecine générale doit être rediscutée sans dogmatisme entre l'ensemble des acteurs concernés.

« *Il ne faut pas seulement exercer la médecine, il faut aussi la penser.* » Sur le papier, les atouts et les défis du « nouvel internat » sont la formulation d'exigences pédagogiques graduées ; les risques sont l'enfermement trop précoce, la rigidité, le repli de nature « identitaire » dans des cursus étriqués. Considérer l'interne comme un professionnel en formation « en alternance » devrait conduire l'ensemble des seniors qui l'accueillent et l'entourent à s'impliquer pour lui assurer une formation cohérente et de qualité, qui profitera naturellement aux services et aux équipes.

Les conditions matérielles d'accueil des internes en médecine au sein de l'AP-HP se sont améliorées ces dernières années. Les programmes de rénovation des chambres de garde sont à poursuivre ; une attention véritable est à porter à la situation des salles de garde et

internats et à la qualité des repas. Les progrès des systèmes d'information et notamment du dispositif de recensement des choix semestriels des internes devraient permettre des gains qualitatifs dans la préparation de leur accueil et la gestion de leur dossier administratif.

La qualité de vie au travail des internes dépend certes de la durée, de la charge et de la nature du travail qu'ils font, mais aussi de la reconnaissance tant institutionnelle que de la part de leurs aînés qu'ils peuvent percevoir. La bienveillance active de la part de tous est à développer, quelles que puissent être les discordances d'appréciation entre seniors et internes de la place, des aspirations et des perspectives professionnelles de ces derniers.

Il s'agit notamment, en pratique, d'assurer l'intégration systématique des internes aux travaux d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels, qui sont à développer. La structuration des DMU est une opportunité pour ce faire.

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris accueille plus de la moitié des internes d'Ile-de-France, qui ont aujourd'hui de nombreux terrains de stage et auront demain le choix de leurs lieu et mode d'exercice. Les futurs recrutements de seniors dont auront besoin les patients qui s'adressent à elle se préparent dès aujourd'hui ; ce constat devrait la guider dans sa réflexion sur son attractivité auprès des internes.

C'est ainsi que la mission formule ses recommandations :

1. Sur l'agrément, l'ouverture et l'évaluation des stages

1.1. Rendre disponibles sur internet les volets pédagogiques des demandes d'agrément de l'ensemble des stages *(Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France en lien avec l'Agence régionale de santé, les coordonnateurs de DES, le Bureau des internes de l'AP-HP).*

1.2. Organiser une évaluation – validation générale des questionnaires d'« agrément-coordonnateur » et des dossiers pédagogiques de l'ensemble des stages par les internes qui y sont actuellement affectés *(Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France en lien avec les coordonnateurs de DES, les collégiales de spécialité, les représentants des internes et le Bureau des internes de l'AP-HP).*

1.3. Rédiger, au sein des collégiales de spécialité, les principes d'organisation des services et de description des stages, et les critères d'agrément *(Collégiales de spécialité, en lien avec les coordonnateurs de DES et les représentants des internes).*

1.4. Mener, par groupes de spécialités voisines contribuant de façon cohérente à former conjointement des internes, une réflexion sur l'évolution du taux d'inadéquation et sur des principes d'ouverture ou de fermeture des postes, afin d'avoir une meilleure prévision de la situation *(responsables universitaires dont coordonnateurs de DES, chefs de service, internes, BDI et représentants de l'administration).*

Asseoir cette réflexion sur une analyse conjointe des effets du choix partiel des internes sur chaque service concerné *(responsables universitaires dont coordonnateurs de DES, chefs de service, internes, BDI et représentants de l'administration).*

1.5. Mettre en place, sous l'égide des facultés de médecine en associant toutes les parties prenantes, un dispositif d'évaluation contradictoire des stages permettant aux internes et aux chefs de service de s'exprimer *(Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France en lien le*

Bureau des internes de l'AP-HP et les représentants des autres établissements accueillant des internes, les coordonnateurs de DES, les collégiales de spécialité et les représentants des internes).

Accepter néanmoins la poursuite d'évaluations propres aux internes, en s'assurant du respect de la confidentialité des données.

1.6. Définir un dispositif d'incitations et de sanctions graduées en cas d'évaluations défavorables, sans tolérance de situations anormales. *(Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France en lien avec les coordonnateurs de DES, les collégiales de spécialité et les représentants des internes, le Bureau des internes de l'AP-HP et les représentants des autres établissements accueillant des internes).*

2. Sur le cas particulier de la spécialité de médecine générale

Mettre en place un groupe de travail, associant l'ensemble des parties prenantes, sur l'évolution de l'internat en médecine générale en Ile-de-France ; à défaut, solliciter une mission IGAS – IGAENR sur les perspectives d'exercice et de formation en médecine générale *(Doyens des facultés de médecine, Directeur général de l'AP-HP en lien avec les parties prenantes).*

3. Sur l'organisation de l'accueil des internes au sein des groupes hospitaliers

3.1. Définir à l'échelon de l'AP-HP une « organisation personnalisée » des réunions d'accueil : abord des mêmes thématiques, en fonction des particularités locales *(DOMU et DAM de GH, en lien avec la CME)*.

3.2. Aborder plutôt les sujets de la vie quotidienne au sein du GH (du site) que des thématiques professionnelles, dans un format court *(DAM des GH, en lien avec le président de la CMEL).*

3.3. Poursuivre la remise sous forme de document papier de la liste des numéros de téléphone utiles propre à chaque GH ou site, parallèlement à sa mise à disposition sur intranet ou dans une application pour mobile multifonction *(DAM des GH, en lien avec les services).*

4. Sur l'accès des internes aux outils et procédures informatiques

4.1. Améliorer la procédure de création des comptes et d'attribution des codes d'accès au système d'information de l'AP-HP *(DSI et SIL, en lien avec la DOMU et les DAM).*

4.2. Mener auprès des internes une campagne d'invitation à s'enregistrer sur le portail du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) pour figurer dans le Répertoire partagé des professionnels intervenants dans le système de santé (RPPS) et disposer d'une carte de professionnel en formation (CPF) *(DOMU, en lien avec la DSI)*.

4.3. Attribuer à chaque interne une adresse sécurisée et un espace de partage dans Dispose (*DSI, en lien avec l'ASIP Santé).*

4.4. Mettre à jour et diffuser aux internes la charte de bon usage du système d'information de l'AP-HP *(DSI, en lien avec la DAJ, la DirCom, la DOMU, la DSAP et la DRH)*.

4.5. Diffuser aux internes un guide ou mémento pratique de l'utilisation professionnelle des messageries électroniques et des espaces de partage *(DSI, en lien avec la DAJ, la DirCom et la DOMU)*.

4.6. Renforcer les formations présentielles, le e-learning et la diffusion des tutoriels concernant Orbis ; s'assurer de la bonne formation des internes *(DSI, SIL, Département de la Formation continue des médecins).*

4.7. Doter les internes d'un espace personnel sécurisé de stockage de leurs données administratives et des justificatifs de leur situation, partiellement ou totalement accessible aux DAM *(DSI, en lien avec la DOMU et les DAM).*

4.8. Mettre en place des procédures de vérification périodique de la validité de ces documents, et de leur mise à jour éventuelle *(DSI, en lien avec la DOMU et les DAM).*

4.9. Supprimer la remise semestrielle par les internes à la DAM de leur GH d'accueil des documents papier dont la forme dématérialisée est stockée dans leur espace personnel.

4.10. Développer des applications pour mobile multifonction adaptées à chaque GH, les mettre régulièrement à jour. Veiller à la lisibilité des contenus qui s'y trouvent (*DSI et SIL, en lien avec les DAM locales et les correspondants médicaux des différentes thématiques*).

4.11. Créer un espace sécurisé partagé avec l'ensemble des partenaires institutionnels concernés, destiné à l'hébergement des données communes relatives aux internes *(DSI, en lien avec la DOMU, l'ARS, les universités, les autres lieux de stage, les DAM).*

4.12. Modifier l'impossibilité de noter une présence après une garde dans le logiciel Medtime *(DSI).*

5. Sur les conditions matérielles de déroulement des stages

5.1. Etudier les avantages et les inconvénients de la suppression généralisée de la caution versée par les internes, ou au contraire de son instauration dans tous les GH *(DEFIP, en lien les directions des GH)*.

Si le principe du versement d'une caution est maintenu, prévoir un mécanisme de remboursement systématique (sauf raison motivée), par exemple en tant qu'élément variable de la paie du dernier mois de stage ou du premier mois du stage suivant *(DEFIP).*

5.2. Elaborer et diffuser deux documents décrivant respectivement les principes d'attribution des places en crèche et ceux des emplacements de stationnement au sein de chaque site *(direction de chaque GH, en lien avec la DRH).*

5.3. Développer les emplacements de stationnement dévolus aux deux roues (mesure non spécifique aux internes) *(direction de chaque GH)*.

5.4. Mener une réflexion institutionnelle, appuyée par une étude socio-économique, sur les avantages et les inconvénients du maintien, de la suppression ou de la rénovation des salles de garde ou des internats dans tous les hôpitaux *(CME, DEFIP, en lien avec la DOMU).*

5.5. Supprimer la gratuité de fait des repas à l'internat pour les seniors et les internes non inscrits *(directions des groupes hospitaliers).*

5.6. Sécuriser la disponibilité des repas pour les personnels de garde. En améliorer la variété et la qualité *(groupe de travail AP-HP ; services logistiques et cuisines des groupes hospitaliers).*

5.7. Poursuivre les programmes de rénovation des chambres de garde et la réflexion sur leur équipement *(directions des groupes hospitaliers, en lien avec les CVHL)*.

5.8. Au sein de chaque GH, assurer la mise à disposition d'un badge normalisé à tous les internes le 1er jour de chaque stage *(DAM des GH, en lien avec les services).*

5.9. Equiper les services en ordinateurs en nombre suffisant pour permettre à tous les internes d'avoir accès simultanément aux logiciels métier, sans file d'attente *(services informatiques des GH, en lien avec les services cliniques concernés)*.

5.10. Aménager, dans l'ensemble des services qui n'en ont pas encore, au moins un bureau destiné aux internes *(services techniques des GH, en lien avec les services cliniques concernés).*

5.11. Inclure dans les opérations de restructuration et de construction « hors les murs » de Paris un volet « logement » destiné aux internes *(direction des GH concernés).*

6. Sur l'organisation du temps de travail et la place de l'interne dans les services

6.1. Diffuser à tous les internes et aux chefs de service la Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics du 20 mai 2014 *(DOMU, en lien avec la DirCom).*

6.2. Rappeler explicitement dans le livret d'accueil des internes et étudiants du 3ème cycle des études médicales à l'AP-HP, et dans une note à l'attention des chefs de service, les risques encourus par chacun en cas de non respect de la réglementation sur le temps de travail *(DAJ, en lien avec la DOMU et la DirCom).*

6.3. Formaliser, au sein de chaque service, l'organisation du travail en explicitant le rôle de chacun, les horaires prévisionnels des différents personnels, l'organisation de la permanence des soins, le travail en équipe… dans le cadre de fiches de postes ou de missions et d'une charte de fonctionnement du service venant compléter le projet de service, remis aux internes *(chaque service).*

6.4. Transmettre des tableaux de service exhaustifs, mentionnant explicitement les demi-journées de formation universitaire et de temps personnel de consolidation *(chaque service).*

6.5. Mener, au sein de chaque hôpital, une étude et une réflexion sur le recours aux seniors par les internes lors des gardes et comparer les différentes situations *(CVHL et COPS locales, en lien avec la CVH et la COPS de l'AP-HP).*

6.6. Assurer, au sein des départements médico-universitaires, la structuration conjointe des formations initiale et continue des différents professionnels, notamment dans les démarches de renforcement d'équipe *(gouvernance des DMU)*.

6.7. Dans des services ou entités volontaires, en lien avec les facultés de médecine, réfléchir à la nature et à l'organisation entre l'ensemble des médecins des missions de recherche, d'enseignement et de soins, en formalisant et contractualisant la place de chacun, notamment celle des internes et des intervenants auprès de ces derniers *(Services ou DMU, Facultés de médecine concernées, directions des GH concernés, DOMU, DEFIP, ARS Ile-de-France).*

En particulier, réfléchir à des modalités innovantes de reconnaissance, de valorisation et de financement de l'activité de chacun, pour les trois valences d'enseignement, de recherche et de soins *(DEFIP, DOMU, Facultés de médecine concernées, directions des GH concernés, Services ou DMU concernés, ARS Ile-de-France – dans le cadre des réflexions nationales).*

7. Sur la bienveillance et la prévention de la souffrance au travail

7.1. Ne pas créer de nouveau dispositif de repérage ou de suivi des internes en difficulté.

7.2. Nommer un·e « Référent·e des internes » auprès du conciliateur du Directeur général et de la CME.

Sa qualité de jeune médecin senior (n'étant ni un pair ni trop âgé·e) et son engagement au cours de son internat lui permettraient d'être identifié·e comme un·e interlocuteur·trice bienveillant·e par les internes ressentant des difficultés ; grâce à son expérience il (elle) pourrait, en étant si besoin médiateur·trice, conseiller et rediriger utilement les internes s'adressant à lui (elle) *(Directeur général de l'AP-HP et Président de la CME)*.

7.3. Assurer une formation d'encadrants aux chefs de clinique et aux assistants hospitalo-universitaires, mettant l'accent sur le savoir être et les attitudes pédagogiques vis à vis des internes à l'hôpital, et développer dans ce cadre un « kit pédagogique » *(Facultés de médecine)*.

7.4. Assurer une formation et l'information des coordonnateurs de DES sur les structures à mobiliser et les démarches à suivre lorsque des internes en difficulté leur sont signalés ou s'adressent à eux *(Facultés de médecine, en lien avec le BDI de la DOMU et l'ARS Ile-de-France).*

7.5. Mener périodiquement des campagnes de sensibilisation et d'information des internes sur la souffrance au travail et sur les dispositifs d'écoute et d'aide, dont sossihp@sihp.fr *(DOMU, en lien avec la DirCom et le (la) « Référent·e des internes » auprès du conciliateur du Directeur général et de la CME).*

7.6. Développer des formations en sciences sociales et humaines lors du 2ème cycle des études médicales et la mise en place précoce de groupes de parole ; encourager les étudiants en médecine à participer aux réflexions éthiques menées dans les facultés et les hôpitaux *(Facultés de médecine, Commission d'orientation de la démarche éthique à l'AP-HP [CODE] et groupes d'éthique des GH).*

7.7. Assurer l'intégration systématique des internes aux travaux d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels :

- Mettre en place, dans chaque service, une démarche pluriprofessionnelle d'échanges formels et informels *(services de l'AP-HP, en lien avec la gouvernance du DMU, la CVH et la direction chargée de la qualité au sein de chaque GH)* ;
- Evaluer régulièrement les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et d'analyse des événements indésirables de chaque service, et publier ces évaluations *(organisation à mettre en place sous l'égide des CMEL, par les structures de santé publique, en lien avec les directions chargées de la qualité au sein de chaque GH et la gouvernance des DMU et des services).*

Rapport définitif établi le 27 mars 2019.

Les auditeurs, rédacteurs du rapport :

Louis LEBRUN

Jean-Michel PÉAN

ANNEXES

Annexe n° 1 : Lettre de mission au directeur de la DIA 127

Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées ou ayant contribué à la mission 129

Annexe n° 3 : Bibliographie 133

Annexe n° 4 : Questionnaires 137

Annexe n° 5 : L'évolution de l'internat en médecine 139

Annexe n° 6 : Le temps de travail des internes (Gérard Friedlander, 2003) 145

Annexe n° 7 : Définitions européennes de la discipline et la spécialité de médecine générale – médecine de famille 147

Annexe n° 8 : Appréciations de stages – paroles d'internes 149

Annexe n° 1 : Lettre de mission au directeur de la DIA

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Paris, le 27 MARS 2018

3, avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
Standard : 01 40 27 30 00
Télécopie : 01 40 27 55 77
secretariat.dg.sap@aphp.fr

Int 2018 : 108

LE DIRECTEUR GENERAL

LE PRESIDENT DE LA CME AP-HP

LE PRESIDENT DE LA CONFERENCE DES DOYENS DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE

NOTE à l'attention de

Monsieur Christian JOLIVIÈRE
Directeur l'Inspection et de l'Audit par intérim

Objet : Mission d'audit sur les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine

Depuis de nombreuses années, la Direction générale et la Commission médicale d'établissement de l'AP-HP sont engagées dans des démarches d'accompagnement des internes, pour leur assurer tant une formation de qualité qu'une bonne qualité de vie au travail.

Le manifeste des valeurs de l'AP-HP rappelle notre engagement « *d'intégrer pleinement nos collègues (...) avec le maintien d'une tradition de compagnonnage à l'égard des plus jeunes.* » Notre responsabilité collective est de faire en sorte que nos pratiques individuelles et en équipe soient en adéquation avec les valeurs de notre institution.

C'est pourquoi, nous vous demandons de bien vouloir réaliser un audit sur les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine au sein de l'AP-HP. Les situations spécifiques des internes en odontologie, en pharmacie et des internes étrangers accueillis par contrat, n'entrent pas dans le champ de cette mission, hormis les éventuelles interférences avec la situation des internes en médecine.

Le premier objectif de cet audit est de dresser un état des lieux, notamment en ce qui concerne les modalités d'accueil semestriel des internes dans chaque groupe hospitalier et celles spécifiques à l'accueil des internes de premier semestre. Il conviendra également d'examiner la tenue des tableaux de service et le suivi médical par le service de santé au travail.

.../...

Le second objectif est d'évaluer, dans le cadre de la démarche de « labellisation QVT » qui se déploie au sein de l'AP-HP, la prise en compte dans les GH de la problématique spécifique de la qualité de vie au travail et de la prévention des risques psycho-sociaux des internes, notamment par les CVH locales.

Enfin, il s'agira d'apprécier les évolutions que devra connaître l'organisation des services du fait de la mise en œuvre, en lien avec les universités, de la réforme du 3ème cycle avec l'accueil d'internes de phases différentes. Cela intègrera également les modifications d'organisation des services induites par la réglementation relative au temps de travail des internes.

Votre mission sera menée en liaison avec un comité de pilotage associant la Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU), un représentant de la CME, un représentant de la Conférence des doyens de santé d'Ile-de-France et un représentant des internes en médecine. Vous prendrez donc l'attache des représentants des acteurs concernés, notamment des enseignants hospitalo-universitaires, et des experts que vous estimerez utiles de rencontrer, et procéderez le cas échéant à des enquêtes ou à des sondages.

Votre rapport devra être rendu dans un délai de cinq mois. Il sera accompagné d'un projet de note d'instructions pour la mise en œuvre des recommandations.

Martin HIRSCH Directeur général de l'AP-HP	Pr Noël GARABEDIAN Président de la CME de l'AP-HP	Pr Bruno RIOU Président de la Conférence des Doyens de santé d'Ile-de-France

Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées ou ayant contribué à la mission

M. Alexandre Allera*, interne en radiologie, représentant des internes à la CME de l'AP-HP, président du syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) jusqu'en octobre 2018

Pr Joël Ankri, professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH), président de la CMEL des Hôpitaux universitaires Paris Ile-de-France Ouest (HUPIFO)

Pr Djillali Annane, PU-PH, doyen référent pour les DES de médecine générale, santé publique et psychiatrie, doyen de l'UFR des sciences de la santé Simone Veil – Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ)

Pr Jean-Yves Artigou*, PU-HP, Président de la Sous commission "Formation et communication" de la CME et du "groupe des internes et des médecins à diplôme étranger" – service de cardiologie, Hôpital Avicenne – Hôpitaux universitaires Paris – Seine-Saint-Denis (HUPSSD)

Mme Florence Baguet, directrice de la qualité, des affaires médicales et des relations avec les usagers – Hôpital universitaire Necker – Enfants malades (HU NCK-EM)

Mme Marie Baron, interne en médecine générale, chargée de mission "DESC", ancienne présidente 2016-2017 – syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale (SRP-IMG)

Dr François Baudin, vice-président de la CMEL – Hôpitaux universitaires Paris Centre (HUPC)

Dr. Marie-Christine Becq, praticien hospitalier (PH), vice-présidente de la CVHL – Hôpitaux universitaires Saint Louis – Lariboisière – Fernand Widal (HU SLS-LRB-FW)

M. Cherif Benhammani, attaché d'administration, responsable des affaires médicales – HUPSSD

Dr. Constance Beyler, PH, responsable de l'UF de cardiologie, présidente de la CVHL – Hôpital universitaire Robert Debré (HU RDB)

Pr Pascal Bizot, PU-PH, coordonnateur du DES de chirurgie orthopédique et traumatologique – Service de chirurgie orthopédique et traumatologique Hôpital Lariboisière (HU SSLS-LRB-FW)

Pr Vincent Borderie, PU-PH, coordonnateur du DES d'ophtalmologie

Mme Marie-Claude Bourgoin, responsable du Bureau du personnel médical – HU SLS-LRB-FW

M. Philippe Bourhis, responsable du Département « système d'information patient » – direction des systèmes d'information – AP-HP

M. Florent Bousquié, directeur des affaires médicales, de la recherche et de la stratégie – HU SLS-LRB-FW

Pr Jean-Claude Carel, PU-PH, chef de service, président de la CMEL – service d'endocrinologie HU RDB

Pr Pierre Carli, PU-PH, président de la CMEL – HU NCK-EM

Mme Lise Charmet-Delaoutre, directrice des affaires médicales et de la stratégie, directrice des ressources humaines p.i. – HUPIFO

Dr Cyril Charron, PH, président de la CVHL – HUPIFO

Dr Sylvain Choquet, PH, président de la CVHL – Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles Foix (HU PSL-CFX)

Pr. Laurence Compagnon, professeure des universités (PU), responsable de la commission de la pédagogie du DES de médecine générale en Ile-de-France – référente locale du DES de médecine générale – Université de Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC)

Pr Olivier Corcos, PU-PH, vice-président de la CMEL – Hôpitaux universitaires Paris – Nord Val-de-Seine (HUPNVS)

Pr Philippe Cornet, professeur émérite, ancien directeur du département de médecine générale – Faculté de médecine de Sorbonne Université

Dr. Emanuelle Corruble, PU-PH, vice-présidente de la CVHL, responsable de l'équipe INSERM "dépression" – Hôpitaux universitaires Paris Sud (HUPS)

Mme Anne Costa, directrice du groupe hospitalier – HUPIFO

M. François Crémieux, directeur du groupe hospitalier – HUPNVS

Pr Bruno Crestani, PU-PH, président de la CMEL – HUPNVS

Pr. Florence Cymbalista, PU-PH, chef de service, représentante de la Doyenne de l'Université Paris 13 au sein de la CVH – laboratoire d'hématologie biologique – HUPSSD

Dr Patrick Dassier, PH, président de la CVHL – Hôpitaux universitaires Paris Ouest (HUPO)

M. Marc De Vos, responsable de l'offre Annuaire santé – ASIP Santé

M. Vincent-Nicolas Delpech, directeur du groupe hospitalier – HU NCK-EM

M. Victor Desplats*, interne en hépato-gastro-entérologie, représentant des internes à la CME de l'AP-HP, président du syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) depuis novembre 2018

Mme Anna Maria Di Giuseppe, interne en médecine générale, chargée de mission "commissions" – SRP-IMG

M. Sylvain Ducroz, directeur du groupe hospitalier – HUPC

Pr Vincent Gajdos, PU-PH, coordonnateur du DES de pédiatrie – Hôpital Antoine Béclère (HUPS)

Dr. Sheila Gasmi, PH, responsable de l'UF « urgences et UHU », chargée de l'arrivée des internes – Hôpital Avicenne (HUPSSD)

Pr Christian Ghasarossian, PU, directeur adjoint du département de médecine générale, référent local du DES de médecine générale – Université Paris Descartes

Pr Serge Gilbert, PU, directeur du département de médecine générale – Université Paris Descartes

M. Edouard Godefroi, interne en médecine générale, vice-président en charge des commissions – SRP-IMG

M. Stéphane Goupil, responsable du Bureau du personnel médical – HU RDB

Pr Philippe Grenier, PU-PH, président de la CMEL – HU PSL-CFX

Dr. Leslie Grichy, Assistante spécialiste – service de psychiatrie Hôpital Louis Mourier (HUPSSD)

Pr Bertrand Guidet, PU-PH, président de la CMEL – Hôpitaux universitaires de l'est parisien (HUEP) *(entretien téléphonique)*

Mme Marlène Guitteaud, secrétaire – pôle "structure - gestion du temps médial" du Département Ressources, DOMU (Siège AP-HP)

Dr Christian Guy Coichard, PH, président de la CVHL – HUEP

M. Stéphane Hénin, adjoint du directeur de la stratégie et des affaires médicales – HU PSL-CFX

Pr Alain Jami, PU, coordonnateur régional du DES de médecine générale, directeur du département de médecine générale – UVSQ *(relecture du rapport provisoire)*

M. Emmanuel Lavoue, directeur des affaires médicales – HUPC

Mme Lydie Le Cardinal, responsable des ressources humaines médicales – HUPO

Mme Delphine Lebigre*, Responsable du Bureau des internes, des étudiants et praticiens étrangers en formation – DOMU (Siège AP-HP)

Pr Michel Lejoyeux, PU-PH, président de la CVHL – HUPNVS

Pr Bruno Lepoutre, PU, responsable de la commission des stages hospitaliers du DES de médecine générale en Ile-de-France – département de médecine générale – UFR de médecine – Université Paris Diderot *(entretien téléphonique)*

M. Tony Loiseau, responsable du Bureau du personnel médical – HUPNVS

Pr. Anne-Marie Magnier, PU, coordonnatrice locale du DES de médecine générale – Faculté de médecine de Sorbonne Université

Mme Pauline Maisani, adjointe du directeur du GH – HUPNVS

Pr. Marie-France Mamzer, PU-PH, présidente de la CVHL – HU NCK-EM

Mme Sophie Maraval, directrice des ressources humaines – HUPO

Dr. Sylvie Martel-Jacob, PH, présidente de la CVHL – HUPS

Mme Estelle Meimoun, responsable administrative de la coordination du DES de médecine générale en Ile-de-France

Pr Alain Mercier, PU, directeur du département universitaire de médecine générale – référent local du DES de médecine générale – Faculté de médecine UFR de Santé, médecine et biologie humaine (SMBH) – Université Paris 13 *(relecture du rapport provisoire)*

Mme Loriza Micholet, chargée de séminaire – département du développement professionnel continu médical – DRH (Siège AP-HP)

Pr Luc Mouthon, PU-PH, coordonnateur du DES de médecine interne – Hôpital Cochin (HUPC)

Mme Hélène Oppetit, Directrice du département « ressources » – DOMU (Siège AP-HP)

Pr Olivier Palombi, PU-PH, directeur du comité de pilotage de l'Université en santé et sport (UNESS, en charge du fonctionnement de la plateforme SIDES) – vice-doyen de la Faculté de médecine de Grenoble – Alpes *(échange de messages électroniques)*

Mme Eve Parier, directrice du groupe hospitalier – HU SLS-LRB-FW

Pr. Marie-Noëlle Peraldi, PU-PH, représentant le Doyen de Paris Diderot à la CVHL – HU SLS-LRB-FW

M. Pierre Peres, responsable du Bureau du personnel médical – HUPS

Mme Gwenn Pichon-Naudé*, Chef du service des ressources humaines médicales – DOMU (Siège AP-HP)

Pr Vincent Renard, PU, président du collège national des généralistes enseignants (CNGE) Collège académique, coordonnateur local adjoint du DES de médecine générale, directeur du département de médecine générale – UPEC

Mme Isabelle Riom, interne en médecine générale, représentante des internes à la CME de l'AP-HP, présidente du SRP-IMG

Pr Bruno Riou, PU-PH, président de la conférence des doyens de santé d'Ile-de-France, doyen de la Faculté de médecine de Sorbonne Université

M. Eric Roussel, directeur de la stratégie et des affaires médicales – HU PSL-CFX

Pr Christian Roux, PU-PH, président de la CVHL – HUPC

Pr Philippe Ruszniewski, doyen référent pour les DES des spécialités médicales, directeur de l'UFR de médecine - Université Paris Diderot

Pr Didier Samuel*, PU-PH, doyen référent pour les DES des spécialités chirurgicales, doyen de la Faculté de médecine Paris Sud

Mme Julia Sauterey, adjointe du directeur des affaires médicales – HUEP

Pr Benoît Schlemmer, doyen honoraire – Faculté de Médecine et Université Paris-Diderot, consultant – service de réanimation médicale, Hôpital Saint Louis, conseiller universitaire auprès du Directeur Général de l'ARS Ile-de-France, chargé de mission national "Réforme du 3e cycle des études médicales"

Mme Nathalie Siedlarz, responsable du Bureau du personnel médical – HU NCK-EM

M. Paul Tandonnet, directeur des affaires médicales et de la recherche – HUPSSD

Pr Eric Thervet, PU-PH, président de la CMEL – HUPO

M. Olivier Tréton*, Chef du service des ressources humaines médicales – DOMU (Siège AP-HP)

M. Vincent Vauchel, directeur des affaires médicales *p.i.* – HUPS

* *membre du Comité de pilotage de la mission*

Par ailleurs, 16 entretiens téléphoniques complémentaires ont été conduits en toute confidentialité avec des internes qui avaient accepté d'être recontactés par la mission.

Annexe n° 3 : Bibliographie

Nota : la disponibilité des ressources en ligne a été vérifiée le 15 mars 2019.

Textes législatifs, réglementaires et d'application

Loi n° 82-1098 *relative aux études médicales et pharmaceutiques*. https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000880032&pageCourante=03861.

Décret n° 83-785 du 2 septembre 1983 *fixant le statut des internes en médecine et en pharmacie.* https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000508123.

Décret n° 2001-23 du 9 janvier 2001 *modifiant le décret no 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie*. NOR : MESH0023358D. ELI non disponible.

Décret n° 2002-1149 du 10 septembre 2002 *modifiant le décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie*. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/9/10/SANH0222752D/jo/texte.

Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 *concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail* https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:299:0009:0019:fr:PDF.

Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 *relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/1/16/MENS0302822D/jo/texte.

Arrêté du 10 mars 2004 *définissant la liste des disciplines du troisième cycle des études médicales* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2004/3/10/MENS0400507A/jo/texte.

Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 *relative aux personnels enseignants de médecine générale.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2008/2/8/ESRX0711109L/jo/texte.

Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 *portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2008/7/28/ESRX0814933D/jo/texte.

Décret n° 2010-701 du 25 juin 2010 relatif aux procédures d'enregistrement des étudiants, des internes et des autres personnes susceptibles de concourir au système de soins https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000022392809

Décret n°2011-954 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/8/10/ETSH1114682D/jo/texte.

Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 *relatif au temps de travail des internes* et arrêtés d'application. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/2/26/AFSH1500837D/jo/texte

Circulaire interministérielle n°DGOS/RH4/DEGSIP/A1-4/2016/167 du 26 mai 2016 *relative à la mise en œuvre du temps de travail des internes conformément aux dispositions du décret n° 2015-225 du 26 février 2015 et de ses arrêtés d'application.* http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/06/cir_40957.pdf

Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 *relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation* et arrêtés d'application. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/MENS1620996D/jo/texte.

Arrêté du 18 avril 2017 modifiant l'arrêté du 6 février 2009 modifié portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » (RPPS) https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/18/AFSZ1711814A/jo/texte

Arrêté du 14 août 2018 *rappelant pour l'année 2018 et projetant pour la période 2019-2022 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision territoriale* https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037319039

Avis et rapports

Allo F., Debeaupuis J., Elshoud S., PerreyPh. Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : Propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales. Rapport IGAS n° 2017-087R / IGAEN n° 2017-119. Paris; décembre 2017. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-087R.pdf

ANEMF, ISNAR-IMG, ISNCCA et ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins. Dossier de presse. Juin 2017. https://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf

DGOS/SDRH. Groupe de travail « conditions de travail des étudiants, internes et assistants » - rapport final. Paris; 4 mars 2013. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Groupe_de_travail_-_conditions_de_travail_des_etudiants_internets_et_assistants_-_rapport_final.pdf

Lancry P-J. *L*es conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. Rapport de mission. Paris; 27 février 2007. http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Lancry_definitif.pdf ou http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2007/medecinegenerale_270207.pdf.

Marra D. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé. Paris; avril 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante.

Selleret F-X., Blemont P. Réforme du troisième cycle des études médicales : mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative de la réforme. Rapport IGAS n°2014-100R / IGAEN n° 2014-092. Paris; janvier 2015. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000278-reforme-du-troisieme-cycle-des-etudes-medicales-mission-complementaire-d-etude#book_presentation

Vers des Recommandations sur la Création, la Gouvernance et le Fonctionnement des Départements Médico-Universitaires (DMU). Rapport présenté à la CME de l'AP-HP le 8 janvier 2019. http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme8janvier2019_dmu_rapportgroupetravail.pdf

DMU. Orientations pour la CME du 8 janvier 2019. http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme8janvier2019_dmu_orientations.pdf

Articles, thèses et ouvrages

Beckers J. Chapitre 3. L'acquisition des savoirs et des compétences. Fondements et conséquences méthodologiques, dans *Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*, sous la direction de Beckers Jacqueline. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Pédagogies en développement », 2007, p. 85-140. Accessible à la page https://www.cairn.info/competences-et-identite-professionnelles--9782804155209-page-85.htm

Buscail S. Le Yalta syndical autour de la médecine générale. Les Tribunes de la santé 2008/1 (18), p. 57-68. DOI 10.3917/seve.018.0057.

Grichy Leslie Sarah. Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine. Prévalence, facteurs de risque et prévention. A propos d'une étude nationale [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Paris: UFR de médecine Paris Diderot – Paris 7; 2017.

Hardy-Dubernet Anne-Chantal, Arliaud Michel, Horellou-Lafarge Chantal, Le Roy Fabienne, Blanc Marie-Anne. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins : Recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MIRE 98 : Processus de décision et changements des systèmes de santé. Paris; 2001. <halshs-00847791>. Accessible à la page https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00847791/document.

Hardy-Dubernet A-C., Gadéa C., directeurs. De "faire médecine" à "faire de la médecine". Série études n° 53. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement; 2005. Accessible à la page https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud53.pdf.

Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Pédagogie médicale. 2010;11:151-65. DOI 10.1051/pmed/2011002.

Jamous Haroun. Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières. Editions du CNRS. Paris, 1969. 261p.

Katz R. L. Skills of an effective administrator. Harvard Business Review. 1974 (sept/oct);52(5): 90–102. Accessible à la page https://hbr.org/1974/09/skills-of-an-effective-administrator#.

Ressources en ligne

Histoire de l'internat. L'internat au cœur de la médecine, page du site internet de l'Association amicale des anciens internes en médecine des Hôpitaux de Paris (AAISP) http://www.aaihp.fr/Histoire.php

Site de WONCA Europe http://www.woncaeurope.org/
http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA definition French version.pdf.

http://medecine.univ-lille2.fr/dmg_enseignements/.

Page « la réforme du 3e cycle des études de médecine » sur le site du ministère des solidarités et de la santé : http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c.

Le RPPS et Adeli – site de l'ASIP Santé
http://esante.gouv.fr/services/referentiels/identification/le-rpps-et-adeli

Le Burn Out : Quelles solutions pour les internes en médecine ?
http://www.srp-img.com/?page_id=50

Burn out – souffrance au travail : http://www.sihp.fr/theme.php?CleTheme=132

Paris VI : BIPE et l'internat : http://bipe.upmc.fr/?page_id=742

DMG Paris 7 : https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/quest-ce-que-la-medecine-generale

Site du DES MG IdF – page des stages hospitaliers : http://desmgidf.fr/stages_hospitaliers/2

Fiche pédagogique du portail Eduscol « Pour aller plus loin sur la notion de compétences » [dans le cadre du programme COMPETICE] :
http://eduscol.education.fr/bd/competice/superieur/competice/boite/pdf/t1.pdf

Présentation du PACTE sur le site de la HAS :
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte ;

Le document qui en décrit l'« essentiel » est accessible à la page
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf

Annexe n° 4 : Questionnaires

En raison du nombre de pages des trois questionnaires et de leur document d'analyse et de la taille du fichier induit par leur numérisation, cette annexe fait l'objet d'un document et d'un fichier séparés.

Les rapports imprimés par la DIA la comprennent (numérotation des pages spécifique).

Annexe n° 5 : L'évolution de l'internat en médecine

Existant depuis le décret du 4 ventose an X (23 février 1802) instituant l'externat et l'internat des hôpitaux de Paris, profondément rénové par la loi du 23 décembre 1982 créant « l'internat pour tous », le troisième cycle des études médicales françaises est en cours de mutation. La réforme du temps de travail de 2015[94] (traduction en droit français de dispositions européennes de 2003[95]) et la réforme pédagogique de 2016[96] créent un cadre réglementaire nouveau, source d'incertitudes et de défis pour l'ensemble des acteurs concernés.

1. L'interne, reçu au concours, est historiquement la cheville ouvrière des services hospitaliers

L' « interne » est étymologiquement et historiquement, même avant le début du 19ème siècle[97], un médecin (ou un pharmacien) en formation qui vit à l'hôpital où il est nourri et logé, assurant la gestion et le suivi médical des patients au jour le jour.

Comme le notait Haroun Jamous[98], « *pierre fondamentale des études médicales en France* », l'internat est longtemps « *un concours extrêmement difficile qui sélectionne, au niveau de la 4e ou 5e année, des étudiants déjà « externes », donc déjà sélectionnés par un concours antérieur* ». Si, comme aujourd'hui, la Faculté de médecine « *organisait cours et travaux pratiques et délivrait le diplôme de docteur en médecine* », seul l'interne recruté par concours par l'hôpital bénéficie alors d'une « *formation pratique valable* ». « *Cette prépondérance de l'hôpital sur la faculté (…) était à l'époque médicalement et scientifiquement fonctionnelle* ». « *Aussi bien les connaissances acquises durant la préparation de ces concours que l'expérience qu'ils permettaient d'accumuler étaient, en quelque sorte, adaptées aux exigences de la science médicale de l'époque. Bien plus, on peut même dire que ce système constituait un élément moteur privilégié du progrès médical. Parce que les candidats répartis dans chaque service possédaient à fond les sciences qui leur étaient utiles ; parce que la salle d'hôpital où ils exerçaient constituait un lieu idéal de pratique et d'observations, où toute une équipe bien encadrée échangeait et confrontait ses expériences ; parce que ce groupe faisait ainsi à la fois fonction d'équipe soignante et d'équipe de recherche, parce qu'en sommes ces salles jouaient aussi le rôle de « laboratoire », c'est dans ces « services » de soin qu'en même temps se façonnait et naissait la science médicale* ».

---

[94] Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 *relatif au temps de travail des internes* et arrêtés d'application.

[95] directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 *concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail*, disponible à l'adresse https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:299:0009:0019:fr:PDF (consultée le 9 novembre 2018).

[96] Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation et arrêtés d'application.

[97] Avant le décret du 4 ventose an X, *« les premiers internes étaient des compagnons chirurgiens, chargés des pansements et des actes de petite chirurgie à l'Hôtel Dieu, à Paris, durant les XVIIème et XVIIIème siècles. Assurant la prise en charge des patients hospitalisés, les internes prirent un rôle essentiel dans l'organisation des soins et se rendirent vite indispensables. De ce rôle, au départ dévalorisé, ils purent alors tirer un véritable pouvoir et se constituer en élite du corps médical.* » Hardy-Dubernet A.-C., Arliaud M., Horellou-Lafarge C., et al. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins : Recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MIRE 98 : Processus de décision et changements des systèmes de santé. 2001. <halshs-00847791>.

[98] Jamous H. Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières. Editions du CNRS. Paris, 1969. 261p. *Cf.* https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3336970r/, notice https://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb35369095h).

Jusqu'à la réforme Debré de 1958, les internes « *constituaient le seul personnel médical à temps plein dans l'hôpital, ce qui contribuait à leur donner de véritables responsabilités de praticiens*.[99] »

L'internat était jusqu'en 1948 la seule voie de formation des médecins spécialistes. En 1948, « *constatant que certaines spécialités comme l'ORL, l'ophtalmologie, la radiologie ou la gynéco-obstrétique, pourtant en plein essor, n'étaient pas choisies par les nouveaux internes, il fut décidé de créer des Certificats d'Etudes Spéciales (CES) afin de recruter les futurs cadres de ces disciplines*.[100] » « *L'introduction des CES fut un moyen de former des spécialistes en nombre croissant sur un modèle différent, en particulier dans des domaines propres à la médecine de ville (essentiellement des spécialités médicales comme la gynécologie, la dermatologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie etc.)*.[101] » Cependant, la formation pratique des étudiants inscrits aux CES (organisés par l'Université) était moindre, en durée et en qualité, que celle des internes ; ils avaient, dans l'organisation hospitalière, un statut de stagiaire et n'étaient pas rémunérés s'ils n'obtenaient pas une place de « faisant fonction d'interne ».

« *La création en 1958 des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), qui instaure le plein temps hospitalier, intègre dans un même corps les enseignants de médecine et les médecins des hôpitaux publics désormais recrutés par un concours commun sur titres dans chaque spécialité. Mais l'Internat, qui est déjà le premier système médical à plein temps fonctionnant dans les hôpitaux publics, n'est pas touché*. »[102,]

Il existait en fait trois concours d'internat[103] :

- Le concours des internes de CHU, le plus difficile, qualifié de « voie royale », préparé dès la troisième ou quatrième année de médecine, organisé par chaque CHU qui fixait à l'avance le nombre de places disponibles, le choix des services d'affectation se faisant ensuite en fonction de l'ordre de classement ; « *la prééminence de Paris sur la province avait tendance, à la fin des années 70, à être très forte* ».
- L'internat des régions sanitaires, appelé aussi « internat périphérique » ou « internat des hôpitaux secondaires », organisé dans chaque région pour pourvoir les postes des hôpitaux non universitaires ;
- L'internat en psychiatrie, qui n'était pas obligatoire dans la formation par CES, mais qui permettait une formation hospitalière plus complète, ainsi qu'un meilleur statut et une rémunération. Cet internat se passait au cours de la première année de CES.

Les deux premiers permettaient aux internes d'être bien formés dans leur spécialité et d'accéder à une carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire.

---

[99] Anne-Chantal Hardy-Dubernet & al (2001), *op. cité*.

[100] Histoire de l'internat. L'internat au cœur de la médecine, page du site internet de l'Association amicale des anciens internes en médecine des Hôpitaux de Paris (AAISP) http://www.aaihp.fr/Histoire.php (consultée le 9 novembre 2018).

[101] Anne-Chantal Hardy-Dubernet & al (2001), *op. cité*.

[102] Histoire de l'internat. L'internat au cœur de la médecine, page du site internet de l'Association amicale des anciens internes en médecine des Hôpitaux de Paris (AAISP) http://www.aaihp.fr/Histoire.php (consultée le 9 novembre 2018).

[103] Source : Anne-Chantal Hardy-Dubernet & al (2001), *op. cité*. D'autres internats locaux et spécialisés existaient, comme « l'internat des 15-20 » pour l'ophtalmologie.

Cependant, le souhait de maîtriser la démographie médicale conduit d'abord à instaurer en 1971 un numerus clausus à l'entrée de la deuxième année des études de médecine puis, en 1982, à réformer le troisième cycle pour réguler les flux de chaque spécialité à l'échelon national – cette dernière réforme visant également à se conformer aux dispositions européennes sur la formation des médecins spécialistes.

2. La réforme du 23 décembre 1982 crée l'« internat pour tous »

La réforme de 1982[104], mise en œuvre en 1984, bouleverse profondément la hiérarchie et les équilibres[105] :

- Le numerus clausus en fin de première année est établi par voie ministérielle en fonction des « besoins de santé de la population » et non des possibilités de formation des facultés ;
- Pour répondre aux dispositions européennes, une seule modalité permet désormais l'accès à la qualification de spécialiste, via les diplômes d'études spécialisées (DES) : les CES sont supprimés, les flux d'étudiants concernés intégrant désormais l'internat ;
- Pour y accéder, un concours est instauré en fin de deuxième cycle des études médicales ; il est organisé par « circonscriptions géographiques » regroupant chacune (hors Ile-de-France) au moins trois régions d'internat. Le nombre de postes ouverts dans chaque spécialité est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de l'éducation et de la santé, « *compte tenu des besoins de santé de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques ainsi que des capacités de formation [des structures d'accueil des internes]* » ;
- Ce concours donne accès aux spécialités ; la médecine générale est accessible et enseignée sans concours.

A noter que cette loi abroge formellement les dispositions de la loi n° 79-565 du 6 juillet 1979 *relative aux études médicales et pharmaceutiques*, non entrée en vigueur, dont elle reprend l'esprit.

L'« internat pour tous » est donc en fait, à cette époque, l'internat « pour tous les spécialistes » ; même si l'article 52 de la loi du 23 décembre 1982 dispose qu'il est prévu de créer dans chaque région sanitaire une filière universitaire de médecine générale, cette dernière apparaît comme déclassée.

Or, comme le soulignent Anne-Chantal Hardy-Dubernet et al., « *la cohésion du corps médical s'est historiquement construite autour du primat accordé au diplôme de doctorat en médecine, nécessaire et suffisant à tous les médecins pour exercer toutes les médecines. Cette identité commune est, par la réforme de 1982, remise en question, puisque le doctorat est dédoublé par la qualification (de spécialiste ou de généraliste). Mais surtout, on passe d'un processus initiatique contrôlé par les pairs à une forme centralisée et étatique de sélection. Ce déplacement pose la*

[104] Loi n° 82-1098 *relative aux études médicales et pharmaceutiques*. Cf. https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000880032&pageCourante=03861 (consulté le 9 novembre 2018)

[105] Les dispositions initialement prévues ont été modulées suite à une grève nationale des étudiants en médecine au printemps 1983, d'ampleur et de visibilité jusqu'alors inédites pour un mouvement étudiant depuis mai 1968. Elles seront mises en œuvre lors des réformes ultérieures.

question de l'articulation entre des références inscrites profondément dans la constitution d'un corps professionnel et de nouvelles formes de socialisation qui paraissent en rupture avec les valeurs qui y étaient attachées. »

Par ailleurs, le « nouvel internat » de la loi de 1982 forme principalement les futurs spécialistes qui exerceront en ville[106]. « *Le nouvel internat ne pré-recrute plus le corps hospitalo-universitaire, les internes sont, moins que leurs aînés, garantis de faire une carrière dans le secteur hospitalier. Cette réalité a mis du temps à entrer dans les esprits, sans doute du fait du maintien de ce terme d'internat, fortement associé à une pratique hospitalière. Pour bien comprendre cela, ainsi que les problèmes posés par la question du statut de ceux qui, sans être reconnus comme professionnels, ne sont plus tout à fait étudiants, il faut prendre toute la mesure de la place de cette « institution » dans la formation médicale*.[107] »

En d'autres termes, cette réforme de l'internat est un bouleversement radical dont les conséquences ne sont pas encore actuellement toutes explicitement comprises :

- Elle acte la fin de l'omnivalence du diplôme de docteur en médecine ;
- Elle déplace le contrôle de la formation, qui d'« initiatique » par les pairs résulte désormais d'une sélection centralisée et étatique, créant une rupture de référentiel et de valeurs entre les « anciens » et les « nouveaux » ;
- La plus grande partie des « nouveaux internes » exerceront en ville et ne feront pas de carrière hospitalière ; leurs aînés et formateurs hospitaliers ne se reconnaissent plus en eux et ont du mal à concevoir qu'ils ne soient pas tous leurs successeurs. Le maintien du terme « internat » a probablement contribué à entretenir cette confusion.

3. La qualité d'étudiant de l'interne est réaffirmée par la réforme du 3e cycle de 2016

La notice de présentation du décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 *relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales et modifiant le code de l'éducation* expose que :

« *le décret modernise le système de formation des médecins et simplifie l'organisation du troisième cycle des études de médecine qu'il réoriente vers l'acquisition progressive des connaissances et compétences professionnelles.*

La formation comprend trois phases successives auxquelles correspondent des stages de trois niveaux. L'évaluation du parcours de formation de l'étudiant s'articule autour de ces trois phases. Un contrat de formation permet de définir les objectifs pédagogiques poursuivis.

Le décret instaure des options au sein d'une spécialité, adaptées à des exercices particuliers, ainsi que des formations spécialisées transversales, options partagées entre plusieurs spécialités.

Par ailleurs, le texte permet de mieux prendre en compte la situation particulière de l'étudiant et son accompagnement, notamment en ouvrant des possibilités de réorientation en cas de difficultés rencontrées en cours de formation.

[106] Les internes de ce « nouveau régime » furent un temps appelés « internes Canada dry » par les internes « ancien régime », issus du concours antérieur par faculté, facultatif et sélectif.

[107] Anne-Chantal Hardy-Dubernet & al (2001), *op. cité*.

La gouvernance s'organise à deux niveaux: la région et la subdivision pour permettre un suivi de proximité de l'étudiant.

Le décret ouvre également la possibilité pour un médecin en exercice d'approfondir sa spécialité ou d'en acquérir une autre, conformément à l'article 117 de la loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.[108] »

Mise en œuvre dès la rentrée 2017, alors que les textes organisant la contractualisation et l'accompagnement prévus n'étaient pas encore parus, cette réforme place l'ensemble des spécialités, y compris la médecine générale, dans un dispositif unifié quant à ses principes ; ce dernier découle du postulat que l'interne est un étudiant qui doit être formé, notamment par les médecins qui l'accueillent en stage, selon une progression formalisée pour chaque DES.

[108] *Cf.* https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/MENS1620996D/jo/texte (page consultée le 9 novembre 2018).

Annexe n° 6 : Le temps de travail des internes (Gérard Friedlander, 2003)

Ce siècle avait deux ans!

Le 4 Ventose, an X - 23 février 1802, Bonaparte, encore premier consul, crée l'Internat des Hospices de Paris. Pour la première fois en France, cette « école supérieure d'instruction pratique » permet de mettre en place un dispositif assurant la médicalisation de la continuité des soins dans les hôpitaux. Les internes, sélectionnés par concours, logent à l'hôpital et bénéficient de quatre ans de formation théorique et pratique.

1816. Les premières listes de garde sont affichées dans les bureaux de l'hôpital et dans les locaux réservés aux internes. Ceux-ci deviennent rapidement la cheville ouvrière du fonctionnement hospitalier.

1971. Mise en place du *numerus clausus* qui contingente le nombre de médecins formés chaque année. On connaît aujourd'hui les effets dévastateurs, en termes de pénurie médicale, de ces mesures pérennisées depuis trente ans et qui tardent encore à être amendées.

1984. Suppression des Certificats d'Études Spécialisées (CES), l'une des deux voies de formation des médecins spécialistes en France. Le concours de l'internat devient alors le passage obligé, la seule voie d'accession à une spécialité médicale.

Ce siècle avait deux ans…

Le 10 septembre 2002, le nouveau statut des internes est fixé par décret. Deux dispositions en modifient fondamentalement le cahier des charges: l'intégration des gardes dans les obligations hospitalières, d'une part, et l'obligation du repos de sécurité après chaque garde de nuit d'autre part. Les internes doivent désormais fournir onze demi-journées par semaine (la durée d'une « demi journée » n'est pas bien définie et les exégètes l'estiment comprise dans une fourchette de trois heures et demi à quatre heures et demi). Dans ces onze demi-journées sont désormais incluses les deux demi-journées qui équivalent à un lot composé d'une garde de nuit par semaine et d'une garde de dimanche par mois. Y sont également incluses deux demi-journées de formation universitaire. Il reste donc sept demi journées de travail « de jour » à l'hôpital auxquelles s'ajoutent, selon les services, quelques heures de « continuité de service » du samedi après-midi et du dimanche après-midi. Quant au repos de sécurité après une garde de nuit, repos qui revêt un caractère obligatoire en ce qui concerne l'exécution d'actes médicaux, il s'étend sur toute la journée qui suit la garde. Pour faire court, on peut considérer que le temps de travail des internes, de 48 heures hebdomadaires au total, temps universitaire inclus, comprend une trentaine d'heures de travail dans les services hospitaliers.

Deux types de conséquences découlent de ces mesures, qui modifient en profondeur la formation des internes eux-mêmes et le fonctionnement des hôpitaux. La formation des internes a longtemps été conçue comme un compagnonnage. Le temps important qu'ils passaient à l'hôpital, leur association étroite aux pratiques de soins médicaux et chirurgicaux, les responsabilités qui leur étaient confiées dans ce contexte étaient des éléments forts d'une formation reconnue. La place de l'interne dans le dispositif hospitalier ne pourra bien sûr pas rester la même dans ce nouveau régime. La continuité des soins, si elle doit être assurée, amènera nécessairement à redéfinir les places, prérogatives et responsabilités de chacun.

L'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) des médecins ne concerne pas que les internes. Les praticiens hospitaliers voient également leur activité réglementée. Dans un contexte évident de pénurie de médecins (et de personnel non médical, infirmiers et infirmières en tête…), que personne ne conteste, et de perspectives démographiques très sombres, c'est le fonctionnement même de nombreux services et centres hospitaliers qui est aujourd'hui menacé dans sa forme

actuelle. C'est donc bien une remise en question globale de la prise en charge des malades que tous, soignants et soignés, sont invités à faire.

Cette situation est-elle une exception française? Quel est le statut des internes dans d'autres pays, en particulier en Europe et outre-Atlantique?

En Europe d'abord. L'harmonisation des horaires de travail entre les pays de la communauté a été décidée dès 1993. Elle entrera en vigueur le 1er août 2004. Les heures de travail seront d'abord limitées à 58 heures hebdomadaires, puis 56 heures à compter d'août 2007 pour atteindre 48 heures par semaine en 2009. On entend par temps de travail le temps passé à travailler sur le lieu de travail. Les mêmes directives imposent un repos continu de 11 heures par période de 24 heures et un temps de travail de 8 heures par 24 heures pour le travail de nuit [1]. Comme le souligne T. Pickersgill: « il nous faudra plus de médecins et une meilleure organisation pour satisfaire à la loi » [1].

Même préoccupation aux États-Unis. Un point très complet est fait dans le numéro du 17 octobre 2002 du *New England Journal of Medicine* [2–4]. Il y est indiqué que les cadences actuelles des *residents* sont infernales, 100 à 120 heures hebdomadaires. La fatigue est endémique et le manque de sommeil responsable de troubles de l'humeur. Quant à savoir si ce manque de sommeil est responsable d'une diminution des performances cliniques, le moins que l'on puisse dire est que les résultats des quelques études effectuées sont contradictoires, pour ne rien dire de la validité et de la pertinence des aspects méthodologiques de ces études. Néanmoins, des mesures de restriction des horaires de travail pour les résidents seront mises en place dès 2003. Un maximum de… 80 heures hebdomadaires est instauré, éventuellement augmenté de 10 % en cas de force majeure! Transgresser ces règles exposerait les centres hospitalouniversitaires à une perte d'accréditation.

Cette réduction spectaculaire (!) des horaires de travail des résidents est perçue comme une révolution aux États-Unis, dont le système d'éducation médicale est fondé sur l'immersion complète des futurs médecins. C'est la place des résidents dans le dispositif hospitalier qui est remise en question ainsi que la répartition des tâches au sein des équipes hospitalières [2–4]. Comme le conclut D.F. Weinstein: « de toutes façons, le terme de résident va bientôt devenir impropre » [4].

La réduction du temps de travail des internes/résidents est donc une tendance universelle, et la redéfinition de leur formation et de leurs missions une obligation. Ce qu'on entend par réduction est néanmoins bien différent aux États-Unis et en Europe. Au sein même de l'Europe, certains pays sont plus zélés que d'autres.

Quelle place pour la France, patrie des Droits de l'Homme, détentrice de « la meilleure médecine du monde » ailleurs qu'à la tête de ce juste combat? Dommage que la pénurie médicale vienne gâcher la fête. Il faudra expliquer aux « usagers » des hôpitaux, bref, aux malades, d'aujourd'hui et de demain, que l'esclavage est enfin aboli. Nul doute qu'ils comprendront…

Références :

1. Pickersgill T. The European working time directive for doctors in training. Br Med J 2001; 323: 1266.
2. Gaba DM, Howard SK. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. N Engl J Med 2002; 347: 1249–55.
3. Drazen JM, Epstein AM. Rethinking medical training: the critical work ahead. N Engl J Med 2002; 347: 1271–2.
4. Weinstein DF. Duty hours for resident physicians: tough choices for teaching hospitals. N Engl J Med 2002; 347: 1275–8.

Friedlander G. Temps de travail des internes. Med Sci (Paris). 2003 janvier;19(1):116–117.
Publié en ligne le 15 janvier 2003. doi: 10.1051/medsci/2003191116.

Annexe n° 7 : Définitions européennes de la discipline et la spécialité de médecine générale – médecine de famille

(source : http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA definition French version.pdf)

« La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

I. Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale - médecine de famille

A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

II La Spécialité de la Médecine Générale - Médecine de famille :

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

III. Les compétences fondamentales de la Médecine Générale - Médecine de famille

La définition de la discipline comme de la spécialité doit mettre en évidence les compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. « Fondamental » signifie essentiel à la discipline, indépendamment du système de santé dans lequel ces définitions sont appliquées.

§ 1.

Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales (en référence aux caractéristiques) :

1. La gestion des soins de santé primaires (a,b)
2. Les soins centrés sur la personne (c,d,e)
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (f,g)
4. L'approche globale (h,i)
5. L'orientation communautaire (j)
6. L'adoption d'un modèle holistique (k)

§ 2.

Le généraliste applique ces compétences dans trois champs d'activité :

a) démarche clinique,

b) communication avec les patients,

c) gestion du cabinet médical.

§ 3.

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

a) Contextuelle: utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture

b) Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique

c) Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

L'interrelation entre *les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques* caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation. C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité. »

Annexe n° 8 : Appréciations de stages – paroles d'internes

« Ce que l'on apprend en stage n'est ni structuré ni évalué. Il y a un manque de feed-back de la part de nos seniors ;

« En huit semestres d'internat de néphrologie, je n'ai pas fait une seule consultation ;

« On est peu inclus aux staffs, pas associés aux décisions ;

« Il n'y a pas de bilans intermédiaires ni d'entretien de fin de stage, pas de discussion de pré-validation du semestre ;

« J'aurais aimé avoir périodiquement des discussions de cas – non pas seulement techniques mais sur les aspects humains de la prise en charge ;

« Ce qui manquait n'était pas l'écoute mais le temps pour discuter ;

« On nous laisse nous organiser entre nous ; c'est bien pour l'autonomie mais cela permet la « loi du plus fort » s'il n'y a pas de supervision. Il faudrait un référent qui regarde les emplois du temps des internes ;

« J'ai fait 28 jours de suite sans que cela gêne les chefs ;

« Dans mon stage actuel par un concours de circonstance j'ai enchaîné 4 semaines non stop (avec juste un samedi matin). Ce qui est noté dans le tableau de service n'est pas vérifié ;

« Le problème est que nous sommes soucieux de la continuité du service donc on se supplée entre co-internes ;

« La garde du dimanche est scindée en 2 ; celui qui fait la journée ne prend pas de repos de garde le lundi ;

« Les tableaux de service sont souvent demandés par des secrétaires. On remplit le planning entre internes sans que la nécessité des présences soit remise en question ;

« On aimerait qu'il y ait un tiers quand un interne ne va pas bien, alors que les chefs n'entrent pas dans le sujet et l'interne dit que tout va bien ;

« Mon tuteur est dans mon stage, je n'osais pas trop lui parler ;

« Il y a un manque de discussions, de transmission avec les paramédicaux. Dans les « staffs d'éthique » il n'y a guère que les médecins, ou on ne leur donne pas la parole ;

« On apprend de ses erreurs… mais pas de se les faire sans cesse rappeler ;

« La maltraitance fait répéter les erreurs au lieu de les corriger ;

« Je me suis parfois fait tacler sur les conduites à tenir après la garde. C'est parfois dur et rude mais c'est normal, cela ne me déplaît pas – ce n'est heureusement pas trop long. Certains de mes co-internes ne le vivent pas bien du tout. Moi je prends en rigolant quand on me dit « tu aurais dû être gériatre » même si j'aurais aimé un commentaire [sur ce que j'ai fait]. On nous juge sur ce qu'on rate et on ne nous félicite jamais sur ce qu'on réussit ;

« On l'entend dans les commentaires des seniors : « vous vous ne voulez plus travailler… » C'est une question de génération et de genre : les femmes sont plus compréhensives ;

« Les quelques dysfonctionnements peuvent laisser un goût amer plus long que les situations favorables ;

« On veut traverser l'internat sans encombre et on n'a pas d'énergie à mettre pour faire évoluer la situation générale…

« C'est lourd pour nous d'encaisser les décès, mais on n'en parle jamais car c'est tellement habituel ;

« J'ai toujours un pincement au cœur de signer un certificat de décès, surtout la nuit, mais on n'en parle pas. On a arrêté d'y réfléchir pour ne pas être altéré par cela ;

« Les enseignements dans le cadre du DES ? Je n'ai pas pu aller à beaucoup (au mieux à 1/3). Dans le DES de maladies infectieuses (MI) on nous demande d'être à la moitié des enseignements obligatoires, mais il n'y a pas de contrôle. En MI les cours sont utiles car ce sont des sujets qu'on voit peu en stage. Quand on est tous de la même promo dans un stage comment peut-on aller en cours ?

« Voir un tuteur 1 à 2 fois par an ce n'est pas beaucoup mais cela aide ;

« Différence entre un bon et un mauvais stage ? L'ambiance, être connu par nos noms, qu'on ne nous demande pas de venir uniquement pour remplir les trous dans le planning, qu'on nous fait des cours ;

« Le plus difficile pour s'investir c'est quand on a l'impression qu'il faut juste faire rentrer – sortir les patients ;

« Parfois les enseignements ne sont pas de qualité ou pas faits ;

« Il faut nous expliquer comment faire, pas seulement juste nous demander de faire ;

« De base on nous demande de faire beaucoup de choses. Est-ce une exigence uniquement parisienne ?

« Ce n'est pas parce que ça a été comme ça que ça doit le rester ;

« On croit que c'est en étant dur que les jeunes vont s'améliorer, ce qui est faux !

« Il y a des seniors qui savent des choses mais qui ne disent rien ; les internes ne disent pas non plus grand chose pour ne pas risquer quelque chose pour eux ;

« Il faut que les évaluations soient faites par des chefs qui soient prêts à entendre les demandes de changements.

« Il faudrait que les internes s'expriment tous en même temps de façon anonyme.

« Les chefs étaient surmenés aussi, ça n'aide pas.

« On se sent seul quand on voit que les autres semblent faire mieux ; c'était plus simple pour les chefs de taper sur le plus jeune. La cheffe qui me tapait le plus dessus avait elle-même eu un internat difficile, elle aurait aussi aimé être épaulée par un interne plus expérimenté.

... »