

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

Résumé – conclusions et propositions

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

Mars 2019

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).

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 3^{ème} 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 étriés. 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 1^{er} 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 3^{ème} 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 2^{ème} 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.....	17
Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées ou ayant contribué à la mission	19
Annexe n° 3 : Bibliographie.....	23
Annexe n° 4 : Questionnaires	27
Annexe n° 5 : L'évolution de l'internat en médecine	29
Annexe n° 6 : Le temps de travail des internes (Gérard Friedlander, 2003)	35
Annexe n° 7 : Définitions européennes de la discipline et la spécialité de médecine générale - médecine de famille.....	37
Annexe n° 8 : Appréciations de stages - paroles d'internes	39

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



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

NOTE à l'attention de

Int 2018 : 108

Monsieur Christian JOLIVIÈRE
Directeur l'Inspection et de l'Audit par intérim

LE DIRECTEUR GENERAL

LE PRESIDENT DE LA CME AP-HP

LE PRESIDENT DE LA
CONFERENCE DES DOYENS DE
SANTÉ D'ILE-DE-FRANCE

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.

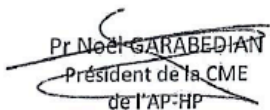
Enfin, il s'agira d'apprécier les évolutions que devra connaître l'organisation des services du fait de la mise en œuvre, en lien avec les universités, de la réforme du 3^{ème} cycle avec l'accueil d'internes de phases différentes. Cela intègrera également les modifications d'organisation des services 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.

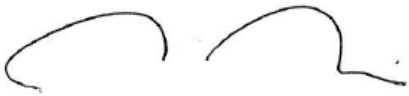
Votre rapport devra être rendu dans un délai de cinq mois. Il sera accompagné d'un projet de note d'instructions pour la mise en œuvre des recommandations.



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 SLS-LRB-FW)

Pr Vincent Borderie, PU-PH, coordonnateur du DES d'ophtalmologie

Mme Marie-Claude Bourgoïn, 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 – HUFIPO

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 – HUFIPO

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 Bécère (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 médical" 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_internes_et_assistants_-_rapport_final.pdf

Lancry P-J. Les 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.woncaeuropa.org/>
http://www.woncaeuropa.org/sites/default/files/documents/WONCA_definition_French_version.pdf.

http://medecine.univ-lille2.fr/dmg_enseignements/.

Page « la réforme du 3^e 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 2015¹ (traduction en droit français de dispositions européennes de 2003²) et la réforme pédagogique de 2016³ 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 19^{ème} siècle⁴, 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 Jamous⁵, « pierre fondamentale des études médicales en France », l'internat est longtemps « un concours extrêmement difficile qui sélectionne, au niveau de la 4^e ou 5^e 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 ».

¹ Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes et arrêtés d'application.

² 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).

³ 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.

⁴ 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 XVIII^{ème} et XVIII^{ème} 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>.

⁵ 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.*⁶ »

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 gynécologie-obstétrique, 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.*⁷ » « *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.)*⁸ » 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.* »⁹

Il existait en fait trois concours d'internat¹⁰ :

- 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.

⁶ Anne-Chantal Hardy-Dubernet & al (2001), *op. cité*.

⁷ 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).

⁸ Anne-Chantal Hardy-Dubernet & al (2001), *op. cité*.

⁹ 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).

¹⁰ 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 1982¹¹, mise en œuvre en 1984, bouleverse profondément la hiérarchie et les équilibres¹² :

- 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*

¹¹ Loi n° 82-1098 *relative aux études médicales et pharmaceutiques*. Cf. https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT00000880032&pageCourante=03861 (consulté le 9 novembre 2018)

¹² 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 ville¹³. *« 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.¹⁴ »*

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.

¹³ 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.

¹⁴ 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.¹⁵ »

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.

¹⁵ 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'accès 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 1^{er} 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.

... »