



HAL
open science

Étude de l'impact d'une session d'accueil et d'information aux outils informatiques des nouveaux internes au CHU de Bordeaux

Marion Berrouet

► To cite this version:

Marion Berrouet. Étude de l'impact d'une session d'accueil et d'information aux outils informatiques des nouveaux internes au CHU de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01593141

HAL Id: dumas-01593141

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01593141>

Submitted on 30 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N° 116

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Marion BERROUET

Née le 10/10/1986 à Séoul (Corée du Sud)

Le 11 septembre 2017

**Etude de l'impact d'une session d'accueil et d'information aux outils
informatiques des nouveaux internes au CHU de Bordeaux**

Directeur de thèse

Madame le Docteur Marion GRITON

Jury

Monsieur le Professeur Philippe MORLAT	Président
Monsieur le Professeur Pierre BURBAUD	Juge et Rapporteur
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Juge
Monsieur le Docteur Mathieu LAMBERT	Juge
Madame le Docteur Marion GRITON	Juge

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe MORLAT,

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury. Je vous prie de trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Pierre BURBAUD,

Vous avez accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Je vous remercie pour l'attention portée à mon travail et le temps que vous y avez consacré. Veuillez croire en ma sincère reconnaissance et en mon plus grand respect.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail et de faire partie de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Monsieur le Docteur Mathieu LAMBERT,

Je te remercie pour le choix du sujet et ton implication dans la mise place de cet accueil. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Sois assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Marion GRITON,

Merci d'avoir accepté de reprendre la direction de cette thèse et de m'avoir accompagnée durant ce travail. Soyez assurée de toute ma reconnaissance.

Aux personnes qui ont rendu possible ce travail :

Merci au Professeur Michel DUPON et au Docteur Driss BERDAI qui ont été à l'initiative de ce projet d'accueil des internes.

Merci à Monsieur Jean-Pierre LEROY, pour l'organisation chaque semestre de l'accueil des internes, ainsi qu'à Madame Brigitte BAYLE et à Madame Séverine DEMBRONT.

A ma famille et mes amis :

Merci à mes parents, pour votre présence et votre soutien indispensables.

Merci à mon frère, pour ton soutien au-delà des paroles.

Merci à toute ma famille, ma grand-mère, ma tatie, ma marraine, mon cousin, mon filleul Xan, Ana, et Eva, pour l'énergie que vous me donnez.

Merci à mes amies, Audrey-Elodie, ma « binôme » depuis plus de 25 ans, Claire et Vanessa, pour votre présence et tous ces bons moments passés ensemble.

Merci à Marion et Sandrine, pour votre soutien pendant toutes ces années d'études.

Merci à Marie pour son amitié depuis toutes ces années également.

Merci à Bernard pour ta relecture attentive et tes conseils avisés.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	6
TABLE DES ILLUSTRATIONS	7
INTRODUCTION.....	8
1. La place de l'interne dans les services hospitaliers.....	8
2. Facteurs de stress liés à la prise de fonction.....	10
3. L'accueil de nouveaux professionnels	12
3.1. Principes généraux	12
3.2. Cas de l'hôpital et cadre réglementaire.....	13
4. Le CHU de Bordeaux : un établissement de grande envergure	14
4.1. Une structure complexe rendant difficile la personnalisation.....	14
4.2. La place des outils informatiques.....	15
OBJECTIFS DE L'ETUDE	17
MATERIELS ET METHODES	18
1. Mise en place d'une information commune au CHU de Bordeaux	18
2. Type d'étude.....	18
3. Population étudiée	19
4. Elaboration des questionnaires et recueil des données.....	19
5. Critères de jugement.....	20
6. Analyse des données et méthodes statistiques	21
RESULTATS	22
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	22
2. Amélioration de la connaissance des ressources d'information disponibles : objectif principal.....	23
3. Objectifs secondaires.....	26
3.1. Evaluation de l'accueil.....	26
3.2. Formation DxCare	29
3.3. Autres éléments d'évaluation de la réunion d'accueil	29
3.4. Absence à la réunion et raisons évoquées	30
3.5. Remarques recueillies	30
DISCUSSION	32
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37

ANNEXES	41
Annexe 1 : Premier questionnaire (octobre 2013).....	41
Annexe 2 : Deuxième questionnaire (décembre 2013)	44
Annexe 3 : Troisième questionnaire (novembre 2015).....	49
Annexe 4 : Quatrième questionnaire (mai 2017)	50
Annexe 5 : Résultats complets du troisième questionnaire.....	52
Annexe 6 : Documents d'aide à la pratique clinique évalués dans l'étude	56
SERMENT D'HIPPOCRATE	61
ABSTRACT	62

LISTE DES ABREVIATIONS

AIHB : Association des Internes des Hôpitaux de Bordeaux

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition

CME : Commission Médicale d'Etablissement

DRH : Direction des Ressources humaines

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMOG : Equipe Mobile de Gériatrie

EMPC : Equipe Mobile Plaies et Cicatrisation

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

FHF : Fédération Hospitalière de France

HAS : Haute Autorité de Santé

IMS : Institut des Métiers de la Santé

ISNI : InterSyndicat National des Internes

SIMGA : Syndicat des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des groupes 1, 2 et 4	23
Tableau 2: Comparaison des proportions d’internes connaissant les documents d’aide à la pratique clinique et les équipes mobiles, dans les groupes 1 et 2	24
Tableau 3: Comparaison des proportions d’internes connaissant la démarche à suivre dans deux situations.....	24
Tableau 4: Comparaison des proportions d’internes connaissant les documents d’aide à la pratique clinique et les équipes mobiles, uniquement pour les internes dont c’était le premier stage au CHU de Bordeaux	25
Tableau 5: Comparaison des proportions d’internes connaissant la démarche à suivre, uniquement pour les internes dont c’était le premier stage au CHU de Bordeaux	25
Tableau 6 : Note moyenne de chaque intervention de la réunion d’accueil de novembre 2015, attribuée par les internes du groupe 3 (N=88).....	28
Tableau 7 : Raisons de la non-participation à la formation DxCare dans les groupes 1 et 2, et l’absence d’intention d’y participer dans le groupe 4	29
Tableau 8 : Thématiques des remarques recueillies dans les groupes 1, 2, 3 et 4.....	31

Liste des figures

Figure 1 : Répartition de la qualité de l’accueil global ressentie par les internes dans les groupes 1 et 2	26
Figure 2 : Répartition de la qualité de l’accueil global ressentie par les internes, en analyse en sous-groupes, avec les internes du groupe 1 dont c’était le premier stage au CHU de Bordeaux et ceux des groupes 2 et 4.....	27
Figure 3 : Répartition des notes attribuées à la réunion d’accueil du 2 mai 2017 par les internes du groupe 4.....	28

INTRODUCTION

Le fonctionnement des stages d'internat est resté très traditionnel depuis sa création, avec seulement très récemment une attention accrue à un meilleur encadrement et la mise en place d'un cadre plus strict au niveau des horaires de travail. Dans un contexte de mal-être professionnel de plus en plus exprimé parmi les médecins (1,2), et de turn-over important des équipes médicales, des pistes d'amélioration de la prise en charge dès les premières années d'internat doivent être testées. Peu d'études ont évalué ces potentielles pistes d'amélioration. On note toutefois une revue de la littérature (3) mettant en évidence l'intérêt des interventions de type organisationnel et l'encadrement personnalisé. Dans ce contexte a pu être proposé dans certains hôpitaux un suivi personnalisé de ces populations sur la première année, avec des résultats encourageants sur le ressenti des internes et l'incidence du burn out (4).

L'optimisation de l'accueil de ces jeunes professionnels pourrait être une autre source d'amélioration, permettant une meilleure connaissance des outils de travail et de la structure hospitalière dans laquelle ils sont amenés à travailler, et ce, dès leur arrivée en stage. Elle permettrait que ces jeunes professionnels puissent se concentrer dès les premiers jours sur la prise en charge des patients et non sur des problèmes pratiques de mise en route.

1. LA PLACE DE L'INTERNE DANS LES SERVICES HOSPITALIERS

Le statut des internes en médecine, en odontologie et en pharmacie est un statut particulier et ancien, qui découle d'un rapport de Bonaparte en 1802, et a été progressivement amélioré et adapté à chaque époque, la dernière modification datant de 2010 (5). Cependant, peu de précisions sont apportées dans les textes sur leur rôle et leurs compétences.

L'interne possède un double statut : c'est un étudiant en troisième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques d'une part (6), et c'est un agent public, en tant que praticien en formation spécialisée, d'autre part (7).

Par la suite, nous nous intéresserons plus particulièrement aux internes en médecine, qui sont les plus nombreux.

L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève (7).

Il participe au service de gardes et astreintes, une nuit étant comptabilisée à hauteur de deux demi-journées, et donnant droit à un repos de sécurité.

Par ailleurs, la circulaire DGS/554/OD du 8 décembre 1988 stipule que l'interne peut valablement signer les ordonnances de prescription de médicaments et de traitements pour le patient hospitalisé, à l'exception des médicaments stupéfiants et de certains certificats.

La notion de délégation est peu développée dans les textes. La jurisprudence a permis de préciser les circonstances dans lesquelles l'interne pouvait valablement recevoir délégation pour réaliser un acte.

Le premier jugement du Conseil d'Etat date de 1953 et concernait un acte chirurgical (8). Par la suite, d'autres jugements sont venus le confirmer et l'étendre aux spécialités autres que chirurgicales (9–11). Il en ressort deux critères indispensables à la délégation : le caractère courant de l'intervention, et l'appréciation des capacités de l'interne. Ce dernier critère suppose une évaluation au préalable. Le praticien doit en effet s'être assuré que la délégation « n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre » (8).

En pratique, un interne est souvent en première ligne dans la prise en charge des patients. Il acquiert progressivement son autonomie au cours du semestre et occupe la place d'un médecin à part entière, assumant les visites quotidiennes, la gestion des problèmes qui se posent ou la communication avec les équipes paramédicales. Dans les services d'urgences (12), ou lors des gardes et astreintes, les conditions exigent en général une autonomisation plus rapide, et les internes sont amenés à prendre en charge seuls leurs patients.

Cependant, au moindre doute sur la prise en charge d'un patient, il doit toujours avoir la possibilité de contacter un médecin senior, dans le service ou d'astreinte. Une circulaire du 22 novembre 1974 prévoit même que les internes, y compris en cas d'urgence, doivent mettre en œuvre tout moyen pour joindre le chef de service ou son assistant : l'interne ne doit intervenir lui-même que dans le cas où, ni l'un ni l'autre ne pouvant être joint ou devant tarder à arriver, l'état du malade ne permet pas d'attendre. Pourtant, cela est difficilement applicable sur le terrain.

L'internat est divisé en semestres, les internes changeant de poste tous les six mois, aux dates des 2 mai et 2 novembre. Ils vont donc devoir s'adapter régulièrement à un nouvel environnement, que ce soit un changement de service ou d'hôpital.

2. FACTEURS DE STRESS LIES A LA PRISE DE FONCTION

La plupart des internes ne se sentent pas bien préparés à leur prise de fonction, passant d'une période d'étude théorique et de stages hospitaliers principalement observationnels à un rôle clé dans le fonctionnement de l'hôpital.

A la gestion de situations d'urgences vitales, se rajoutent la charge de travail importante et l'appropriation du nouveau lieu de travail ainsi que de nouveaux outils.

Ces facteurs, sans surprise, se révèlent être à l'origine de stress et d'un taux de burn out élevé parmi ces jeunes professionnels.

Plusieurs études ont en effet mis en évidence une prévalence élevée du burn out chez les internes (1,13).

Parmi les conséquences possibles d'un burn out, ou « syndrome d'épuisement professionnel », se retrouvent des dimensions personnelles altérant la qualité de vie du jeune médecin, comme un épuisement émotionnel et une diminution de l'accomplissement personnel. S'y ajoute une dimension ayant des conséquences majeures sur la prise en charge des patients : la dépersonnalisation caractérisée par un désengagement relationnel, une déshumanisation. La prévalence de cette dernière est particulièrement présente chez les internes et médecins (2).

Les facteurs à l'origine de la souffrance des internes ont été étudiés (14). On retrouve :

- la fatigue psychologique et émotionnelle, face à certaines situations médicales difficiles (fin de vie, mort brutale, maladies graves),
- la prise de responsabilité dans la décision médicale, notamment en cas d'incertitude, liée à un manque de connaissances pratiques,
- les difficultés relationnelles, avec parfois des conflits au sein de l'équipe de soins,
- le manque de reconnaissance, par les médecins mais aussi les patients,
- la surcharge de travail, la répétition des gardes,
- un manque d'encadrement,
- un déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Le manque de reconnaissance est un facteur souvent retrouvé dans les études (1,15), avec des internes qui expriment le sentiment de n'être présents que pour faire fonctionner le service, une non reconnaissance de leur travail et un manque de valorisation financière.

Ces différents éléments vont avoir des conséquences personnelles pour l'interne : un épuisement physique, des troubles du sommeil, l'abus de substances (principalement alcool ou anxiolytiques), des manifestations somatiques, comme des lombalgies, des céphalées, des troubles digestifs. Les internes et médecins atteints de burnout présentent également plus de risques de développer une dépression, avec un risque suicidaire élevé.

Les conséquences sont d'autre part professionnelles et collectives.

Il a en effet été montré que le burn out entraînait une baisse de productivité des médecins, en termes d'augmentation des arrêts de travail, d'aptitude au travail, le tout pouvant aller jusqu'à l'intention de changer de travail (16). Ces éléments peuvent avoir un retentissement au niveau de la démographie médicale et en matière de santé publique. La relation médecin-patient s'en trouve également altérée, du fait de la dépersonnalisation même, mais aussi par une baisse de l'empathie liée au burn out (17).

De même que pour les médecins, les internes touchés par une dépersonnalisation ou en burnout ont tendance à évaluer plus fréquemment leur pratique comme sous-optimale (18), et rapportent plus souvent des erreurs médicales (19). Une autre étude a mis en évidence un taux plus important d'erreurs rapportées, mais aussi un moins bon respect des recommandations cliniques chez les internes exposés à un haut risque de burnout (20).

A l'inverse, le bien-être au travail des médecins a naturellement des effets positifs (21).

En effet, les médecins présentant un haut niveau de bien-être professionnel rapportent une meilleure qualité des soins, avec moins d'erreurs médicales, des prescriptions plus ciblées, une prise en charge clinique adéquate. Un médecin satisfait dans son travail porte plus d'attention aux aspects psycho-sociaux, donne plus souvent des informations au sujet du diagnostic, du traitement, de l'évolution de la maladie. Une association entre satisfaction des médecins et satisfaction des patients est également retrouvée.

C'est aussi le cas des internes, qui décrivent une meilleure relation avec les patients, avec leurs collègues, une performance améliorée et une motivation accrue quand ils se sentent bien dans leur travail (22).

Certains facteurs sont associés positivement au bien-être des internes : l'autonomie, l'acquisition de compétences, des liens sociaux solides, la quantité de sommeil, et le temps passé en dehors du travail (23).

Un accueil de bonne qualité par la structure hospitalière peut participer à une prise de fonction plus facile, en optimisant la prise en main des nouveaux outils de travail mais également par

une reconnaissance de l'importance de leur travail à venir dans la structure hospitalière. Ce moment peut également leur proposer des conduites à tenir et des personnes à contacter en cas de difficulté médicale ou psychologique.

3. L'ACCUEIL DE NOUVEAUX PROFESSIONNELS

3.1. Principes généraux

L'accueil d'un nouvel arrivant dans une entreprise quels que soient sa taille ou son secteur d'activité est un moment essentiel.

Une bonne gestion du premier jour de travail aura un effet positif sur le vécu du nouvel arrivant, qui se retrouve confronté à un environnement inconnu, d'autant plus anxiogène si c'est sa première prise de poste (24).

Une entreprise va tirer d'autant plus partie des compétences de nouveaux employés que ceux-ci sont intégrés rapidement au sein de la structure et des équipes (25) et prennent plaisir à y travailler. Ce processus est connu sous le terme « onboarding », qui désigne à la fois l'intégration et la socialisation organisationnelle au cours desquelles les nouveaux employés acquièrent la connaissance, les compétences, et les comportements nécessaires pour devenir un membre à part entière de cette nouvelle entreprise. L'accueil en est la première étape.

Les enjeux d'un bon accueil sont multiples (24) :

- Favoriser une prise de fonction sereine, et permettre au nouvel arrivant d'être opérationnel le plus rapidement possible (26).
- Stimuler la motivation et l'investissement dans le travail. Le fait de se sentir attendu génère en effet un sentiment de reconnaissance.
- Agir sur le management du personnel, afin de maintenir un équilibre dans les équipes.
- Dynamiser l'attractivité et engager une démarche de fidélisation du personnel.

En théorie, un bon accueil doit permettre au nouvel arrivant de recevoir toutes les informations utiles et nécessaires au bon déroulement de sa prise de fonction, et doit pouvoir anticiper et traiter les problèmes pouvant survenir.

Il faut toutefois veiller à ce que la quantité d'informations délivrées en une courte période ne soit pas excessive.

En pratique, on peut distinguer l'accueil institutionnel et l'accueil au niveau du service (27).

Pour ce qui est du niveau institutionnel, les intervenants peuvent être le directeur des ressources humaines (DRH) ou le directeur de l'entreprise. Parmi les actions possibles, on peut retenir :

- réunion ou journée d'accueil, présentant le fonctionnement de l'entreprise, les démarches administratives, les modalités de l'accès à Intranet, le règlement intérieur, des informations sur la fiche de paie, la tenue vestimentaire, etc.
- remise d'un livret d'accueil, reprenant et complétant les informations délivrées lors de la réunion,
- visite générale de l'entreprise,
- formation à l'informatique, la sécurité, ou l'hygiène.

L'accueil dans un service est traditionnellement assuré par le manager, le cadre, ou le responsable de service, et comprend par exemple une visite du service, une présentation de l'organisation du service, des horaires, du planning, une rencontre avec les équipes.

3.2. Cas de l'hôpital et cadre réglementaire

En ce qui concerne plus spécifiquement les hôpitaux, nous pouvons relever deux enjeux particulièrement importants :

- Le maintien de la qualité des soins. L'arrivée d'un nouveau soignant peut en effet être un facteur de risque dans la prise en charge, par une mauvaise connaissance de l'organisation (28)
- La fidélisation des nouveaux soignants, afin de maintenir les effectifs des équipes dans un contexte de difficultés de recrutement, et de rentabiliser les compétences acquises année après année de chacun des nouveaux employés (29).

Il existe par ailleurs certaines obligations. En effet, depuis 1996, tous les établissements de santé doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation, appelée la certification. Cette procédure, qui a lieu tous les 4 ans, se base sur un manuel de certification édité par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Dans le manuel de certification V2010, dans son édition de janvier 2014, on peut retenir le critère « 3.b : intégration des nouveaux arrivants », qui précise :

- « L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée. »

- « Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction. »

Par ailleurs, pour toutes les personnes intervenant dans la prise en charge médicamenteuse, l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé précise :

« Une formation s'impose pour tous les nouveaux arrivants ou lors de la mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire. » (30)

Au sujet de l'accueil des internes, les enjeux d'attractivité et de fidélisation sont particulièrement d'actualité dans un contexte de pénurie médicale, et d'ouverture de la formation des internes au secteur privé (31).

Le changement d'internes peut d'autre part avoir un réel impact sur la qualité de prise en charge des patients (32). Aux Etats-Unis, où il a lieu une fois par an, il est appelé le « July effect », et plusieurs études ont retrouvé une hausse de morbidité et d'erreurs médicamenteuses à cette période (33,34). L'intérêt d'un accueil efficace et d'un bon encadrement se révèle donc d'une importance majeure.

4. LE CHU DE BORDEAUX : UN ETABLISSEMENT DE GRANDE ENVERGURE

4.1. Une structure complexe rendant difficile la personnalisation

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux se place au troisième rang des CHU français en termes d'activité. Il emploie 13 902 personnes au total (en 2015), dont 1474 médecins, et 746 internes.

Les internes sont répartis dans les trois structures hospitalières, distantes les unes des autres, qui forment le CHU :

- le groupe hospitalier Pellegrin, comprenant :
 - Tripode
 - Hôpital des Enfants
 - Centre François-Xavier Michelet
 - Centre Aliénor d'Aquitaine ou maternité,
 - Hôpital Tastet Girard
- le groupe hospitalier Sud

- Hôpital Haut-Lévêque
- Hôpital Xavier Arnoz
- EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) de Lormont
- le groupe hospitalier Saint-André
 - Hôpital Saint-André
 - Centre Jean Abadie.

La difficulté de l'accueil et de l'intégration des jeunes professionnels que sont les internes réside à la fois dans la multiplicité des lieux et dans la taille de cette entreprise ne facilitant pas les relations interindividuelles.

L'un des endroits conviviaux de rencontre et de partage des internes est constitué par le traditionnel internat, qui propose à la fois un lieu de restauration, de détente, et une quarantaine de chambres pour faciliter l'arrivée des internes originaires d'autres régions.

L'internat se situe sur le site de Pellegrin, et n'est malheureusement que peu accessible aux internes des autres sites.

Avant le 2 novembre 2013, c'est-à-dire à la date de début de notre étude, les nouveaux internes arrivant au CHU de Bordeaux ne bénéficiaient pas d'un accueil commun spécifique au niveau institutionnel. Chaque interne se présentait de lui-même dans son service d'affectation.

Des sessions de formation au logiciel informatique DxCare étaient déjà mises en place sur chaque site.

4.2. *La place des outils informatiques*

Le CHU de Bordeaux est informatisé et utilise le logiciel DxCare, permettant notamment la gestion du dossier patient informatisé, partagé entre tous les établissements du CHU, et les prescriptions.

L'informatisation s'intègre dans une politique nationale visant à améliorer qualité et sécurité des soins (35).

De nombreuses études ont en effet démontré l'intérêt des outils informatiques, principalement dans la réduction des erreurs médicamenteuses (36–38). La qualité du dossier médical (39) est également améliorée par ces outils, et les logiciels d'aide à la décision permettent par exemple un meilleur respect des recommandations en antibiothérapie (40).

Cependant, d'autres études mettent en évidence des risques, avec des erreurs médicamenteuses qui sont spécifiquement induites par l'informatisation (41–43).

Les outils informatiques sont donc devenus indispensables dans la prise en charge médicale, mais une utilisation sécurisée nécessite une bonne formation et une sensibilisation aux risques potentiels.

D'autre part, le portail intranet du CHU permet d'accéder à des documents d'aide à la pratique clinique, ainsi qu'aux sites internet des autorités de santé ou à des revues médicales disponibles en ligne.

Avec des sources d'informations toujours plus nombreuses, et les données actuelles de la science de plus en plus complexes, il est parfois difficile de trouver la bonne information rapidement. Des études ont montré que les médecins avaient souvent recours aux sites grands publics pour leurs recherches d'informations médicales, et que le temps était un facteur limitant (44). Un espace regroupant des informations fiables et faciles d'accès s'avère donc utile pour la pratique clinique et la qualité des soins (45).

OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact de la mise place d'une session d'accueil et d'information des nouveaux internes au CHU de Bordeaux, sur leur connaissance des ressources informatiques disponibles.

Les objectifs secondaires sont

- Evaluer la connaissance des ressources humaines (équipes mobiles spécialisées),
- Evaluer l'impact de la mise place de la session d'accueil sur la qualité ressentie de l'accueil global,
- Recueillir les avis et remarques des internes à propos de l'accueil, afin de proposer des améliorations.

MATERIELS ET METHODES

1. MISE EN PLACE D'UNE INFORMATION COMMUNE AU CHU DE BORDEAUX

A partir du 1^{er} novembre 2013, une session d'accueil pour tous les nouveaux internes au CHU de Bordeaux a été mise en place. Celle-ci a lieu dans les 7 premiers jours après le début de chaque semestre, et est commune à tous les internes effectuant un premier stage au CHU de Bordeaux, quel que soit leur site d'affectation. Elle se déroule en général à l'amphithéâtre de l'IMS (Institut des Métiers de la Santé) de Pellegrin et débute à 13h30.

Cette réunion d'accueil évolue d'un semestre sur l'autre, mais est globalement composée de différentes interventions :

- Accueil par le directeur du CHU et doyens d'université pour une présentation du CHU et de l'Université de Bordeaux
- Intervention des représentants des internes
- Informations concernant les ressources humaines, notions de responsabilités juridiques, gestion de l'information et réseaux sociaux, présentation de la médecine du travail
- Introduction aux outils de travail : introduction aux systèmes informatiques du CHU : trucs et astuces, présentation des guides de pratique clinique (présents sur l'intranet), travailler ensemble : avantages d'une collaboration entre médecin et infirmier(e)s
- Rappels médicaux autour de la gestion des urgences en gardes.

Par ailleurs, il est remis une clé USB à chaque interne, contenant les informations présentées sur le plan administratif et médical

Un site Internet est également dédié aux internes, accessible à l'adresse <https://internes.chu-bordeaux.fr>, regroupant les informations sur la date et le lieu de déroulement de la session d'accueil, le planning des sessions de formation à la prescription informatisée, la procédure à suivre pour l'accès au logiciel DxCare.

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective, quantitative et qualitative.

3. POPULATION ETUDIEE

L'étude a porté sur quatre groupes d'internes, à des périodes différentes.

Le groupe 1, groupe témoin, est composé de tous les internes en stage au CHU de Bordeaux lors du semestre précédant la mise en place de la session d'accueil, c'est-à-dire de mai à octobre 2013.

Le groupe 2 est constitué des internes effectuant leur premier stage au CHU de Bordeaux lors du semestre bénéficiant de la première session d'accueil, c'est-à-dire en novembre 2013.

Le groupe 3 comprenait les internes effectuant leur premier stage au CHU de Bordeaux en novembre 2015, et qui étaient présents à la session d'accueil le 4 novembre 2015.

Le groupe 4 se composait des internes effectuant leur premier stage au CHU de Bordeaux en mai 2017, et qui étaient présents à la réunion d'accueil le 2 mai 2017.

4. ELABORATION DES QUESTIONNAIRES ET RECUEIL DES DONNEES

Lors d'une première phase, nous avons d'abord réalisé deux questionnaires en ligne, à l'aide de Google Drive.

- Le premier questionnaire (Annexe 1) était destiné au premier groupe d'internes, avant la mise en place de l'accueil.

Il se composait de différentes parties :

- Informations générales (spécialité, semestre, etc.)
- Evaluation de la formation à DxCare
- Connaissance des ressources (documents d'aide clinique, équipes mobiles) et démarches administratives
- Evaluation de l'accueil global et remarques.

- Le deuxième questionnaire (Annexe 2) était destiné au deuxième groupe d'internes.

Il reprenait les mêmes parties que le premier questionnaire, mais comportait en plus des questions sur la session d'accueil, la clé USB, le site internet, les guides de pratique clinique.

Le premier questionnaire a été adressé par email à tous les internes du CHU de Bordeaux en octobre 2013. Un premier envoi a été réalisé en utilisant les adresses email de la messagerie du CHU. Puis, en raison de la faible utilisation de cette messagerie par les internes, un deuxième envoi a été fait par l'intermédiaire des associations d'internes : Association des Internes des

Hôpitaux de Bordeaux (AIHB) et Syndicat des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine (SIMGA).

Le second questionnaire a été adressé par email uniquement aux internes en premier semestre, effectuant donc leur premier stage au CHU de Bordeaux et ayant pu bénéficier de la première session d'accueil. L'envoi a été réalisé par email le 2 décembre 2013, par l'intermédiaire de la direction des affaires médicales, une fiche de renseignements à remplir ayant été distribuée et recueillie lors des choix de postes, pour les internes venant de choisir un stage au CHU.

Pour la deuxième phase, nous avons réalisé les questionnaires sur papier, afin de les distribuer et les recueillir directement lors de la réunion d'accueil.

Le troisième questionnaire (Annexe 3) a été réalisé le 4 novembre 2015. Ce questionnaire permettait d'évaluer simplement pour chaque intervention la perception de sa durée et son caractère pratique sur une échelle de 0 à 5.

Enfin, un quatrième questionnaire (Annexe 4), reprenant des questions plus générales sur l'accueil, a été distribué lors de la réunion du 2 mai 2017.

5. CRITERES DE JUGEMENT

➤ Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la proportion d'internes connaissant les documents suivants :

- Conduite à tenir devant une agitation aiguë chez la personne âgée,
- Guide des médicaments administrables par voie sous-cutanée,
- Fiches d'anti-infectieux,
- Aide à la nutrition (document du CLAN, Comité de Liaison Alimentation Nutrition),
- Dosages des médicaments et toxiques,

➤ Critère de jugement secondaire

Les critères de jugement secondaire étaient :

- la proportion d'internes connaissant les équipes mobiles suivantes :
 - Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP),
 - Equipe mobile de gériatrie (EMOG),
 - Escarres, équipe mobile plaies et cicatrisation (EMPC),
 - Equipe mobile douleur.

- l'évaluation de la qualité ressentie de l'accueil global (de très bon à très mauvais) par les internes.

- Analyse en sous-groupe

Le critère de jugement principal et les critères secondaires seront également analysés sur le sous-groupe d'internes du groupe 1 ayant moins de 6 mois d'ancienneté au CHU.

6. ANALYSE DES DONNEES ET METHODES STATISTIQUES

Les données recueillies sur les deux questionnaires en ligne ont été automatiquement transférées dans une feuille de calcul Excel.

Les données de tous les questionnaires ont fait l'objet d'une analyse descriptive à l'aide du logiciel Excel.

Les données qualitatives sont exprimées en proportions (%) et les données quantitatives en moyennes et écarts-types.

Les résultats des deux premiers questionnaires ont été comparés avec le test du khi-2, ou test exact de Fisher quand les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Tous les tests étaient de nature bilatérale et une différence est considérée comme significative si la valeur de p est inférieure à 0,05.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Nous avons recueilli 188 réponses lors du premier questionnaire (groupe 1), sur 715 internes, et 39 réponses pour le deuxième questionnaire (groupe 2), sur 161 internes sollicités.

Pour le groupe 3, en novembre 2015, le questionnaire a été distribué aux 177 internes présents à la réunion d'accueil, et 88 questionnaires ont été remplis.

Lors de la réunion d'accueil du 2 mai 2017 (groupe 4), 83 questionnaires ont été recueillis (sur 114 internes présents).

Les caractéristiques des internes ayant répondu sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des groupes 1, 2 et 4

Caractéristiques	Groupe 1 (N=188)	Groupe 2 (N=39)	Groupe 4 (N=83)
Spécialité			
Médecine générale, n (%)	29 (15,4)	5 (12,8)	49 (59)
Spécialité médicale, n (%)	97 (51,6)	20 (51,3)	20 (24,1)
Spécialité chirurgicale, n (%)	38 (20,2)	4 (10,3)	4 (4,8)
Autre	24 (12,8)	10 (25,6)	10 (12)
Dont : Pharmacie, n (%)	11 (5,9)	5 (12,8)	6 (7,2)
Anesthésie-réanimation, n (%)	11 (5,9)	1 (2,6)	0 (0)
Santé publique, n (%)	1 (0,5)	2 (5,1)	2 (2,4)
Biologie médicale, n (%)	1 (0,5)	2 (5,1)	0 (0)
Médecine du travail, n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (1,2)
Psychiatrie, n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (1,2)
Année d'internat au moment de l'étude			
1, soit semestres 1 et 2, n (%)	42 (22,3)	37 (94,9)	33 (39,8)
2, soit semestres 3 et 4, n (%)	58 (30,9)	0 (0)	36 (43,4)
3, soit semestres 5 et 6, n (%)	41 (21,8)	2 (5,1)	11 (13,3)
4, soit semestres 7 et 8, n (%)	38 (20,2)	0 (0)	1 (1,2)
5, soit semestres 9 et 10, n (%)	9 (4,8)	0 (0)	2 (2,4)
Site d'affectation			
Pellegrin, n (%)	113 (60,1)	20 (51,3)	56 (67,5)
Haut-Lévêque / Xavier Arnoz, n (%)	54 (28,7)	14 (35,9)	20 (24,1)
Saint-André, n (%)	21 (11,2)	5 (12,8)	7 (8,4)
Premier stage d'internat au CHU de Bordeaux			
Oui, n (%)	40 (21,3)	39 (100)	83 (100)
Externat réalisé à Bordeaux			
Oui, n (%)	76 (40,4)	8 (20,5)	34 (41)

2. AMELIORATION DE LA CONNAISSANCE DES RESSOURCES D'INFORMATION DISPONIBLES :
OBJECTIF PRINCIPAL

La comparaison du groupe témoin, ou groupe 1, avant la mise en route de la réunion d'accueil, et du groupe 2, premier groupe évalué après la mise en place de la réunion d'accueil, a permis une nette amélioration significative de la connaissance de 4 documents sur les 5 évalués (tableau 2).

Concernant les équipes mobiles, nous ne retrouvons pas d'amélioration et même une diminution significative de la connaissance de l'équipe mobile de gériatrie (tableau 2).

Tableau 2 : Comparaison des proportions d'internes connaissant les documents d'aide à la pratique clinique et les équipes mobiles, dans les groupes 1 et 2

Ressources	Groupe 1 (%) (N=188)		Groupe 2 (%) (N=39)		p
Documents					
Conduite à tenir devant une agitation aiguë chez la personne âgée, n (%)	18	(9,6)	9	(23,1)	0,03
Guide des médicaments administrables par voie sous-cutanée, n (%)	20	(10,6)	12	(30,8)	0,001
Fiches d'anti-infectieux, n (%)	99	(52,7)	21	(53,8)	0,89
Aide à la nutrition (document du CLAN), n (%)	11	(5,9)	10	(25,6)	< 0,001
Dosages des médicaments et toxiques, n (%)	21	(11,2)	12	(30,8)	0,002
Equipes mobiles					
Soins palliatifs (EMSP), n (%)	157	(83,5)	28	(71,8)	0,09
Gériatrie (EMOG), n (%)	121	(64,4)	17	(43,6)	0,02
Escarres, n (%)	21	(11,2)	5	(12,8)	0,77
Douleur, n (%)	122	(64,9)	25	(64,1)	0,93

De même, la connaissance des démarches à faire pour la déclaration d'un événement indésirable est améliorée dans le groupe 2 en comparaison au groupe 1 (tableau 3).

Tableau 3 : Comparaison des proportions d'internes connaissant la démarche à suivre dans deux situations

Démarche	Groupe 1 (%) (N=188)		Groupe 2 (%) (N=39)		p
Problème administratif, n (%)	100	(53,2)	21	(53,8)	0,94
Signaler un événement indésirable, n (%)	56	(29,8)	19	(48,7)	0,02

- Analyse en sous-groupes

Le groupe 1 ayant ciblé tous les internes, quelles que soient leur année d'étude et leur ancienneté au CHU, nous avons fait les mêmes analyses avec le sous-groupe d'internes réalisant leur premier stage au CHU, soit 40 internes sur les 188 initialement du groupe 1. Les tableaux 4 et 5 présentent ces résultats.

Nous retrouvons une nette amélioration des connaissances des internes de 3 des 5 documents d'aide à la pratique clinique. La connaissance des équipes mobiles n'est toujours pas améliorée par la mise en place de la réunion (Tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison des proportions d'internes connaissant les documents d'aide à la pratique clinique et les équipes mobiles, uniquement pour les internes dont c'était le premier stage au CHU de Bordeaux

Ressources	Groupe 1 (N=40)		Groupe 2 (N=39)		p
Documents					
Conduite à tenir devant une agitation aiguë chez la personne âgée, n (%)	10	(25)	9	(23,1)	0,84
Guide des médicaments administrables par voie sous-cutanée, n (%)	3	(7,5)	12	(30,8)	0,008
Fiches d'anti-infectieux, n (%)	18	(45)	21	(53,8)	0,43
Aide à la nutrition (document du CLAN), n (%)	2	(5)	10	(25,6)	0,01
Dosages des médicaments et toxiques, n (%)	3	(7,5)	12	(30,8)	0,008
Equipes mobiles					
Soins palliatifs (EMSP), n (%)	32	(80)	28	(71,8)	0,39
Gériatrie (EMOG), n (%)	32	(80)	17	(43,6)	< 0,001
Escarres, n (%)	4	(10)	5	(12,8)	0,74
Douleur, n (%)	20	(50)	25	(64,1)	0,21

La proportion d'internes connaissant la démarche à suivre pour signaler un évènement indésirable est améliorée significativement par la mise en place de la réunion (tableau 5), lorsqu'on compare des internes au même niveau d'ancienneté dans le CHU.

Tableau 5 : Comparaison des proportions d'internes connaissant la démarche à suivre, uniquement pour les internes dont c'était le premier stage au CHU de Bordeaux

Démarche	Groupe 1 (N=40)		Groupe 2 (N=39)		p
Problème administratif, n (%)	14	(35)	21	(53,8)	0,09
Signaler un évènement indésirable, n (%)	6	(15)	19	(48,7)	0,001

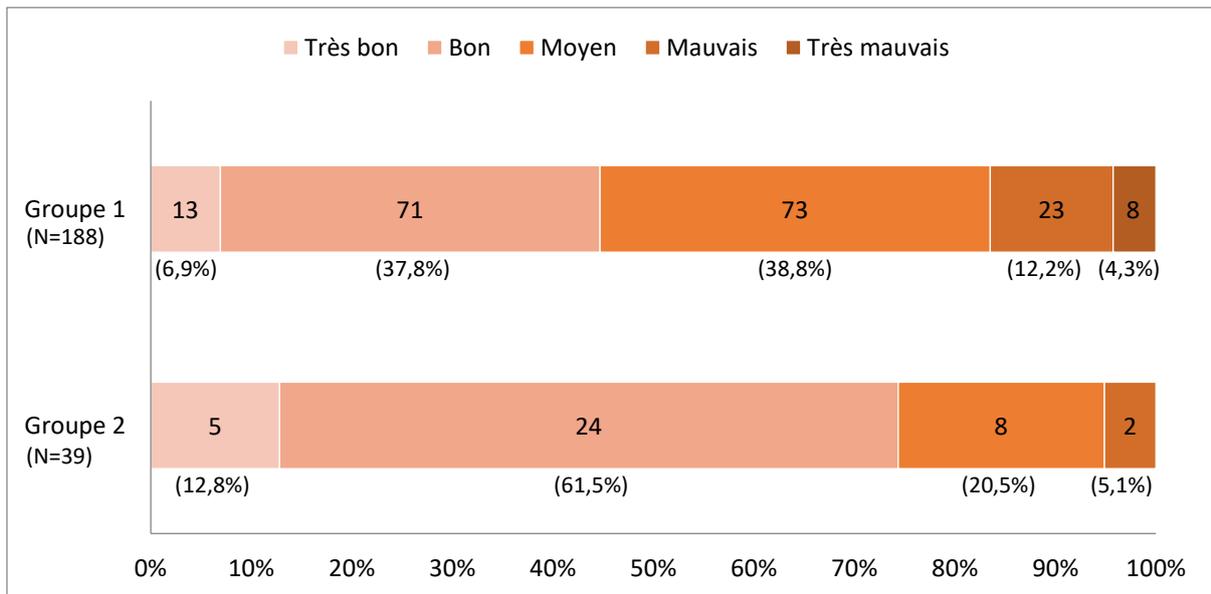
3. OBJECTIFS SECONDAIRES

3.1. Evaluation de l'accueil

Evaluation globale

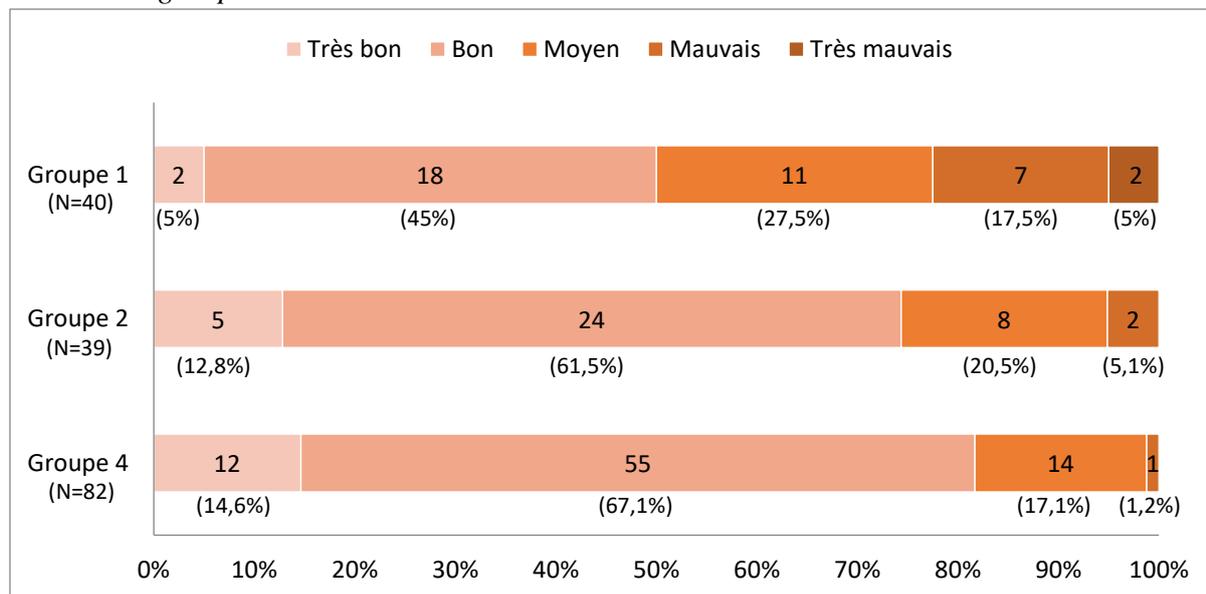
Nous avons retrouvé une différence significative pour l'évaluation de l'accueil. Les résultats sont présentés dans la figure 1. L'évaluation de l'accueil comme étant bon ou très bon est passé de 84 sur 188, à 29 sur 39 internes (44,7 % vs 74,4 %, $p < 0,001$).

Figure 1 : Répartition de la qualité de l'accueil global ressentie par les internes dans les groupes 1 et 2



De même, en analyse en sous-groupe avec les internes ayant moins de 6 mois d'expérience au CHU, l'évaluation de l'accueil comme étant bon ou très bon est passé de 20 sur 40, à 29 sur 39 internes (50 % vs 74,4 %, $p = 0,03$). Les résultats sont présentés en figure 2.

Figure 2 : Répartition de la qualité de l'accueil global ressentie par les internes, en analyse en sous-groupes, avec les internes du groupe 1 dont c'était le premier stage au CHU de Bordeaux et ceux des groupes 2 et 4



En comparant le groupe 4 au groupe 1 sur le ressenti de l'accueil (figure 2), on retrouve une différence significative avec 20 internes sur 40 ayant évalué l'accueil bon ou très bon dans le groupe 1 (74,4%), contre 67 sur 82 internes dans le groupe 4 (81,7%) ($p < 0,001$). La différence avec le groupe 2 n'est cependant pas significative ($p = 0,3$).

Evaluation des différentes présentations

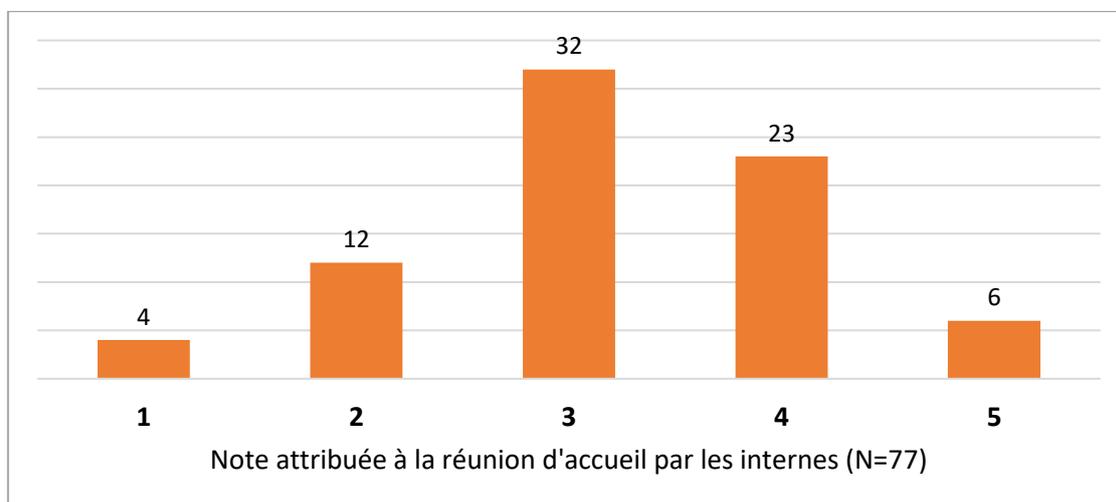
L'évaluation de chacune des présentations lors de la session d'accueil a été réalisée pour le groupe 3. Les résultats sont présentés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Note moyenne de chaque intervention de la réunion d'accueil de novembre 2015, attribuée par les internes du groupe 3 (N=88)

Intervention	Note moyenne \pm écart-type (échelle de 0 à 5)	
	Evaluation de la durée	Contenu adapté à la pratique
1 – Introduction	3,3 \pm 1,3	3,2 \pm 1,2
2 - Responsabilités juridiques	3,7 \pm 1	3,7 \pm 1,1
3 - Représentants des internes	3,6 \pm 1,2	3,25 \pm 1,2
4 - Réseaux sociaux	4,1 \pm 1	4 \pm 1
5 - Systèmes informatiques	3,1 \pm 1,2	3,3 \pm 1,3
6 - Pièges de gardes	4 \pm 0,9	3,8 \pm 1,3
7 - Travailler ensemble	3,6 \pm 1,1	3,2 \pm 1,2
8 - Radioprotection	3,2 \pm 1,4	2,7 \pm 1,6
9 - Guide de pratique clinique	3 \pm 1,5	2,9 \pm 1,4

L'évaluation des présentations de la réunion d'accueil par les internes du groupe 4 est présentée dans la figure 3. Cette évaluation n'a été que globale.

Figure 3 : Répartition des notes attribuées à la réunion d'accueil du 2 mai 2017 par les internes du groupe 4



La réunion a contribué à donner une meilleure image du CHU de Bordeaux à 47 internes du groupe 4, soit 61 % des internes ayant répondu à cette question. Elle a donné envie de travailler au CHU de Bordeaux à 32 internes (40,5% des répondants).

3.2. Formation DxCare

La formation DxCare a été suivie par 55% des internes du groupe 1, versus 61% du groupe 2 ($p = 0,44$; non significatif). Les raisons de cette absence lors de cette session de formation sont décrites dans le tableau ci-dessous (tableau 7).

Tableau 7 : Raisons de la non-participation à la formation DxCare dans les groupes 1 et 2, et l'absence d'intention d'y participer dans le groupe 4

Raison	Groupe 1 (N=85)	Groupe 2 (N=15)	Groupe 4 (n=29)
Déjà formé, n (%)	12 (14,1)	2 (13,3)	16 (55,2) ^{a,b}
Incompatibilité horaires / disponibilité, n (%)	28 (32,9)	4 (26,7)	2 (6,9) ^a
Logiciel suffisamment intuitif, n (%)	7 (8,2)	1 (6,7)	4 (13,8)
Impossibilité de quitter le service, n (%)	11 (12,9)	3 (20)	2 (6,9)
Non concerné / non prescripteur, n (%)	17 (20)	5 (33,3)	5 (17,2)
Non informé, n (%)	10 (11,8)	0 (0)	0 (0)

*, $p < 0,05$ entre groupe 2 et 1 ; a, $p < 0,05$ entre groupe 4 et 1 ; b, $p < 0,05$ entre groupe 4 et 2

Si on retire des effectifs les internes déjà formés, et ceux non concernés (non prescripteurs), respectivement 65% et 75% des internes ont assisté aux formations DxCare, sans différence significative entre le groupe 1 et le groupe 2 ($p = 0,3$).

Lors de la dernière évaluation, groupe 4, l'existence de la formation aux prescriptions informatisées DxCare était connue par 65 internes soit 79,3%. Cinquante-trois internes avaient l'intention d'y aller (64,6%), contre 29 ne souhaitant pas y assister. Leur raison est exposée dans le tableau 7. En ne tenant compte que des internes concernés par cette formation et ne connaissant pas le logiciel, 87% des internes envisageaient d'assister à cette réunion, ce qui est significativement différent avec le groupe 1 ($p = 0,001$), mais pas le groupe 2.

3.3. Autres éléments d'évaluation de la réunion d'accueil

Parmi les 39 réponses recueillies dans le groupe 2, 34 internes ont assisté à la session d'accueil. Le lieu était adapté pour 30 d'entre eux (88,2 %). Cependant, la durée n'était adaptée que pour 15 internes (44,1%).

Les 34 internes du groupe 2 ayant assisté à la réunion ont reçu la clé USB, et 25 internes pensaient que les informations contenues étaient utiles (73,5%).

Concernant le site Internet, 19 internes (48,7%) ont été informés de son existence, et 14 l'ont consulté avant leur arrivée. Les informations y étaient jugées utiles par 11 internes.

3.4. Absence à la réunion et raisons évoquées

En novembre 2013, 359 internes (groupe 2) commençaient leur premier stage au CHU de Bordeaux. Parmi eux, 178 étaient présents à la réunion d'accueil, soit 50%.

Parmi les 39 réponses recueillies dans le groupe 2, les 5 internes (12,8 %) n'ayant pas assisté à la réunion d'accueil citaient une impossibilité de quitter le service dans 4 cas, et un interne n'a pas été informé.

En novembre 2015, 325 internes (groupe 3) se présentaient pour leur premier stage au CHU, avec la présence à la réunion d'accueil de 177 d'entre eux (54%). Et en mai 2017 (groupe 4), 190 internes se présentaient pour un premier stage au CHU dont 114 étaient présents à la réunion (60%). L'évaluation n'a ciblé que les personnes présentes à la réunion et les raisons de non-participation n'ont donc pas été évaluées.

3.5. Remarques recueillies

Lors du premier questionnaire (groupe 1), 18 internes ont laissé des remarques au sujet de l'accueil dans le champ prévu à cet effet. Dans les groupes 2, 3, et 4, des remarques ont été recueillies à propos de la réunion d'accueil. Les thématiques abordées sont décrites dans le tableau 8.

Tableau 8 : Thématiques des remarques recueillies dans les groupes 1, 2, 3 et 4

Thématique	Groupe 1 (N=188)	Groupe 2 (N=39)	Groupe 3 (N=88)	Groupe 4 (N=83)
Mise à disposition de blouses	4	0	0	0
Mise à disposition d'un annuaire	2	1	2	1
Formations DxCare le premier jour	0	0	0	2
Formations supplémentaires à l'informatique (logiciel d'astreinte, d'imagerie, PMSI)	3	1	2	0
Horaire des formations adaptée aux activités du service	1	0	0	0
Formation pour les gardes dans les étages, informations pratiques (chambre de garde, clés, horaires, plans)	1	2	0	0
Application du repos de garde / horaires de travail	2	0	0	0
Facilitation des démarches administratives	1	0	0	0
Tableau de gardes à réaliser le plus rapidement possible	1	0	0	0
Date de la réunion d'accueil trop tardive	0	2	3	2
Réunion d'accueil trop longue / trop chargée	0	6	3	0
Contenu de la réunion non adapté aux internes en pharmacie / biologie / santé publique	0	4	3	0
Plus de conseils cliniques	0	0	2	0
Lieu de la réunion mal indiqué	0	0	1	3

DISCUSSION

Cette étude a montré que la mise en place de la session d'accueil entraînait une meilleure connaissance des documents, avec une différence significative entre le premier et le deuxième groupe pour 4 des 5 documents étudiés. Il est à noter que lors de la première évaluation, « groupe 1 », les internes évalués n'étaient pas seulement des internes arrivant pour la première fois au CHU. La connaissance des documents d'aide, malgré parfois plusieurs années dans le même milieu hospitalier, reste moins bonne que celle retrouvée chez les internes ayant bénéficié de la session d'accueil dans les suites de celle-ci. L'information est donc non seulement meilleure, mais aussi bien plus rapide auprès de ces jeunes médecins.

Le cinquième document, les fiches d'anti-infectieux, est un des documents les plus connus et utilisés au quotidien, ce qui peut expliquer que nous n'ayons pas retrouvé de différence entre les deux groupes.

Les résultats retrouvent également une meilleure connaissance dès le premier semestre au CHU des démarches à réaliser pour la déclaration d'un effet indésirable, et une tendance à l'amélioration de la connaissance des démarches administratives, bien que ce ne soit pas significatif. La libération de préoccupations administratives permet une disponibilité du jeune actif accrue et une meilleure concentration envers son travail de médecin. La connaissance de démarches telles que la déclaration d'un événement indésirable va de la même façon dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins, et ce malgré un changement fréquent des professionnels de santé.

Le deuxième résultat très positif de cette étude est une amélioration du ressenti de l'accueil par les internes, avec un accueil jugé bon ou très bon dans 45% des cas avant la mise en place de la réunion d'accueil, dans 74 % des cas la première année de cette mise en place, et dans 82 % après 4 ans d'expérience.

Nous n'avons en revanche pas retrouvé de différence significative concernant la connaissance des équipes mobiles, et même une moins bonne connaissance de l'existence de l'équipe mobile de gériatrie. En effet, les internes du premier groupe étant en fin de semestre lors de l'évaluation, ils avaient probablement déjà eu l'occasion de faire appel à l'une des équipes mobiles lors de leur stage dans les services hospitaliers. La réunion d'accueil pourrait être l'occasion d'une meilleure information sur l'existence de ces équipes.

Concernant la connaissance des outils de travail, nous nous sommes intéressés à DxCare en tant qu'outil informatique indispensable et utilisé par tous les professionnels du CHU. Pourtant, en

2013, à peine plus de la moitié des internes avaient été présents lors de la formation que ce soit avant ou après la mise en place de la réunion d'accueil. Si l'on retire des effectifs les internes déjà formés, et ceux non concernés (non prescripteurs), respectivement 65% et 75% des internes ont assisté aux formations DxCare, avec une stabilité de ces résultats dans le temps puisqu'en 2017, 87% des internes envisageaient d'assister à une des formations DxCare. Un dernier résultat très positif a été l'impact de cette réunion sur l'image du CHU auprès des internes. Soixante et un pour cent des internes interrogés confirment que cette réunion a contribué à leur donner une meilleure image du CHU de Bordeaux, et a donné à 40% d'entre eux envie de travailler au CHU de Bordeaux.

Des améliorations sont encore possibles dans de nombreux domaines de cette réunion, avec en particulier une évaluation encore seulement moyenne des présentations, et peu améliorée depuis 2013 malgré de nombreuses réflexions. La connaissance des équipes mobiles, ainsi que le taux de connaissance des protocoles pourraient être nettement améliorés. La difficulté d'accès aux blouses et l'absence d'un annuaire efficace ont également été soulignés à plusieurs reprises. Enfin, la quantité d'informations délivrées paraissait trop importante en un temps limité pour plusieurs internes. Une piste serait de réaliser une présentation plus succincte, et de remettre un document contenant toutes les informations détaillées. Malgré tout, l'impact positif de la mise en place de cette réunion n'est plus à prouver vu les résultats globaux et l'amélioration de la satisfaction des internes

Concernant les limites de cette étude, la méthode de recueil utilisée pour les deux premiers questionnaires a pu entraîner un biais de sélection. Il est possible en effet que les internes ayant pris le temps de répondre aux questionnaires en ligne se sentaient plus concernés par le sujet, par exemple parce qu'ils étaient satisfaits de l'accueil reçu, ou au contraire parce qu'ils avaient des remarques à faire.

Une autre faiblesse de l'étude est la taille des échantillons étudiés, avec un questionnaire envoyé à tous les internes quel que soit leur niveau d'ancienneté au CHU pour le premier groupe et uniquement aux internes nouvellement arrivés au CHU pour les groupes 2, 3 et 4. Cela a entraîné une disproportion dans la taille des échantillons comparés, que nous avons corrigée grâce à l'analyse en sous-groupe du groupe 1.

D'autre part, les conditions de mise en place de l'étude ont fait que le premier questionnaire a été réalisé en fin de semestre, donc de stage. Les internes ayant répondu à ce questionnaire

étaient donc plus expérimentés que les internes étudiés lors du deuxième questionnaire, et pouvaient mieux connaître les ressources du CHU par leur expérience seule.

La mise en route de cette réunion d'accueil est survenue dans un mouvement global d'amélioration de l'accueil des internes sur le plan national. L'hôpital de Bordeaux a même été précurseur de ce changement, avec la signature en 2014, au niveau national, d'une charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics, par la Fédération Hospitalière de France (FHF), les conférences de Doyens, de présidents de CME (Commission Médicale d'Etablissement) et de directeurs, et les organisations syndicales représentatives des internes (46).

Elle comporte huit thématiques, parmi lesquelles l'accueil dans l'établissement, et l'information à la prise de fonctions. La journée d'accueil préconisée est décrite comme suit :

« Cette journée a vocation à présenter l'hôpital, son organisation, le projet d'établissement et le projet médical, les droits et devoirs des internes ainsi que les principales modalités de fonctionnement pratiques (organisation de la gestion des ressources humaines des internes, rôle de la CME, accès aux prestations, modalités d'organisation et de participation à la permanence de soins, organisations représentatives des internes, ...) permettant aux internes de disposer des repères nécessaires pour un bon déroulement de leur stage.

Des supports d'information (incluant notamment les organigrammes et répertoires utiles) sont remis aux internes dans ce cadre. La remise de documents dématérialisés, ou l'accès à des bases de données informatiques, sont privilégiés.

Les services hospitaliers s'organisent pour permettre la participation des internes à cette journée d'accueil.

Une attention particulière est apportée aux conditions dans lesquelles les internes se voient remettre leurs équipements personnalisés (blouses, badges, codes d'accès individuels, ...) afin que le processus soit rationalisé, compact et limite les démarches à effectuer. La recherche d'une procédure de remise en un lieu unique le 1er jour de l'internat est privilégiée et à la charge de l'établissement. » (46)

Le processus d'intégration pourrait dans l'idéal se poursuivre dans les premières semaines à premiers mois après la prise de poste. Certains auteurs conseillent de l'étendre à une période de 6 mois, durée moyenne au terme de laquelle un nouvel employé décide de rester ou non dans une entreprise (26).

Un tutorat personnalisé de chacun des internes par un médecin permanent de l'hôpital a été discuté au sein du CHU, et est déjà mis en place dans certaines spécialités. Le tuteur est une personne plus ancienne dans l'entreprise, qui a pour rôle d'accompagner le nouvel arrivant, et auquel ce dernier peut exposer les difficultés rencontrées. Par la suite, le tuteur reste disponible pour d'éventuelles interrogations, et des entretiens réguliers peuvent être planifiés pendant le premier mois (28). Des résultats très positifs sont déjà observés dans certaines des spécialités l'ayant mis en place comme la médecine physique et de réadaptation. Une généralisation de ce dispositif est en discussion au sein du CHU de Bordeaux.

Toutes ces améliorations dans l'accueil des internes ont un impact sur leur vécu professionnel et sur l'attractivité de l'hôpital concerné. L'hôpital de Ville-Evrard en est un exemple positif, avec une nette augmentation des postes d'interne choisis (47).

Une enquête menée par l'ISNI (InterSyndicat National des Internes) et publiée en 2016 vient confirmer son utilité, en établissant quelles sont les mesures prioritaires pour les internes concernant l'attractivité des jeunes médecins à l'hôpital public (48) : une plus grande importance est accordée par les internes aux conditions de travail qu'à la rémunération, bien que celle-ci soit également une préoccupation.

CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons pu montrer que la mise en place d'une réunion d'accueil pour les nouveaux internes au CHU de Bordeaux entraînait une meilleure connaissance des documents d'aide clinique, et des démarches administratives ou médicales. Elle est source d'un ressenti positif des internes qui s'améliore d'année en année depuis la mise en place de cet accueil et par une attractivité renforcée du CHU.

Ces résultats positifs et les améliorations encore possibles incitent à une poursuite des efforts dans cette direction ainsi qu'à la généralisation d'un tutorat personnalisé pour ces jeunes professionnels au sein du CHU.

BIBLIOGRAPHIE

1. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2013;63(608):e217-24.
2. Orton P, Orton C, Gray DP. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ Open.* 2012;2:e000274.
3. Ruotsalainen JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015;Issue 4. Art. No. CD002892.
4. Gunasingam N, Burns K, Edwards J, Dinh M, Walton M. Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgraduate Medical Journal.* 2015;91:182-7.
5. Décret n° 2010-1187 du 8 octobre 2010 modifiant le statut des internes et relatif aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie et aux stagiaires associés. *JORF n°0236* du 10 octobre 2010, p. 18323. 2010-1187 oct 8, 2010.
6. France. Code de l'éducation. Article L632-5.
7. France. Code de la santé publique. Articles R6153-1 à 6.
8. CE, 18 décembre 1953, Rec. CE p. 568.
9. C.A.A. Nancy, 14 novembre 1991, n°90NC00473.
10. CE, 5 mai 1995, n°133237.
11. C.A.A. Paris, 13 juillet 1999, n°96PA04365-97PA02114.
12. Viard T. Séniorisation aux urgences, autonomisation des internes et juste distance d'encadrement : enquête auprès des internes et des urgentistes d'Aquitaine [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2014.
13. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Academic Medicine.* 2014;89(3):443-51.
14. Bouteiller M, Cordonnier Chiron D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2013.
15. Séjourné A. Souffrances psychologiques chez les internes vulnérabilités et préconisations ffets quantitatifs (burnout, stress, qualité de vie et comportements addictifs) et qualitatifs du vécu des événements au cours de l'internat [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2012.
16. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:325.

17. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med.* 2010;85(10 Suppl):S33-36.
18. Shanafelt TD. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Annals of Internal Medicine.* 2002;136(5):358-67.
19. Kang E-K, Lihm H-S, Kong E-H. Association of Intern and Resident Burnout with Self-Reported Medical Errors. *Korean J Fam Med.* 2013;34(1):36-42.
20. De Oliveira GS, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg.* 2013;117(1):182-93.
21. Scheepers RA, Boerebach BCM, Arah OA, Heineman MJ, Lombarts KMJMH. A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *Int J Behav Med.* 2015;22(6):683-98.
22. Ratanawongsa N, Wright SM, Carrese JA. Well-being in residency: Effects on relationships with patients, interactions with colleagues, performance, and motivation. *Patient Education and Counseling.* 2008;72(2):194-200.
23. Raj KS. Well-Being in Residency: A Systematic Review. *J Grad Med Educ.* 2016;8(5):674-84.
24. Lacaze D, Perrot S. *L'intégration des nouveaux collaborateurs.* Paris: Dunod; 2010. 200 p.
25. Baldwin B. An Onboarding Program for the CT Department. *Radiol Manage.* 2016;38(1):26-29; quiz 30.
26. Lynch K, Buckner-Hayden G. Reducing the new employee learning curve to improve productivity. *J Healthc Risk Manag.* 2010;29(3):22-8.
27. Peretti J-M. Recrutement et intégration. In: *Ressources humaines.* 15e édition. Paris: Vuibert; 2015. p. 223-52.
28. Brizon H. *L'intégration de nouveaux soignants : guide, suivi, évaluation.* Paris: Masson; 2002. 108 p. (Encadrer à l'hôpital).
29. Collins SK, Collins KS. Employee retention: an issue of survival in healthcare. *Radiol Manage.* 2004;26(4):52-5.
30. France. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. *JORF n° 0090 du 16 avril 2011,* p. 6687.
31. Fleury J-B. Améliorer l'accueil des internes pour promouvoir l'exercice médical à l'hôpital. *Les Cahiers hospitaliers.* 2011;(283):33-6.
32. Petrilli CM, Del Valle J, Chopra V. Why July Matters. *Academic Medicine.* 2016;91(7):910-2.

33. Phillips DP, Barker GEC. A July spike in fatal medication errors: a possible effect of new medical residents. *J Gen Intern Med.* 2010;25(8):774-9.
34. Young JQ, Ranji SR, Wachter RM, Lee CM, Niehaus B, Auerbach AD. « July effect »: impact of the academic year-end changeover on patient outcomes: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(5):309-15.
35. France. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF n°0167* du 22 juillet 2009, p. 12184.
36. Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Teich JM, et al. Effect of Computerized Physician Order Entry and a Team Intervention on Prevention of Serious Medication Errors. *JAMA.* 1998;280(15):1311-6.
37. Ammenwerth E, Schnell-Inderst P, Machan C, Siebert U. The Effect of Electronic Prescribing on Medication Errors and Adverse Drug Events: A Systematic Review. *J Am Med Inform Assoc.* 2008;15(5):585-600.
38. Radley DC, Wasserman MR, Olsho LE, Shoemaker SJ, Spranca MD, Bradshaw B. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *Journal of the American Medical Informatics Association.* 2013;20(3):470-6.
39. Burke HB, Sessums LL, Hoang A, Becher DA, Fontelo P, Liu F, et al. Electronic health records improve clinical note quality. *J Am Med Inform Assoc.* 2015;22(1):199-205.
40. Holstiege J, Mathes T, Pieper D. Effects of computer-aided clinical decision support systems in improving antibiotic prescribing by primary care providers: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association.* 2015;22(1):236-42.
41. Koppel R, Metlay JP, Cohen A, Abaluck B, Localio AR, Kimmel SE, et al. Role of Computerized Physician Order Entry Systems in Facilitating Medication Errors. *JAMA.* 2005;293(10):1197-203.
42. Vialle V, Tiphine T, Poirier Y, Raingeard E, Feldman D, Freville J-C. Connaître, comprendre et lutter contre les erreurs médicamenteuses induites par l'informatisation du circuit du médicament. *Annales Pharmaceutiques Françaises.* 2011;69(3):165-76.
43. Campbell EM, Sittig DF, Ash JS, Guappone KP, Dykstra RH. Types of Unintended Consequences Related to Computerized Provider Order Entry. *J Am Med Inform Assoc.* 2006;13(5):547-56.
44. Kritz M, Gschwandtner M, Stefanov V, Hanbury A, Samwald M. Utilization and Perceived Problems of Online Medical Resources and Search Tools Among Different Groups of European Physicians. *J Med Internet Res.* 2013;15(6).
45. Walkden G, Millwood S, Cavanagh A. Improving access to clinical guidance: redevelopment of a junior doctor intranet page. *BMJ Qual Improv Rep.* 2015;4(1):u208197.w3938.
46. Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics [Internet]. 2014 [cité 19 avr 2017]. Disponible sur: <http://fichiers.fhf.fr/documents/charte-signee-le-20-mai-2014.pdf>

47. Welniarz B, Lebigre D. Accueil des internes. La charte des hôpitaux publics : Moteur d'attractivité à l'hôpital de Ville-Evrard. *Revue hospitalière de France*. 2014;(559):26-9.
48. ISNI. L'attractivité des jeunes médecins à l'hôpital public, des mesures prioritaires pour les internes [Internet]. 2014 [cité 19 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.betaisni.fr/wp-content/uploads/2017/01/Rapport-attractivite%CC%81.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Premier questionnaire (octobre 2013)

Evaluation de l'accueil et de la formation des nouveaux internes au CHU de Bordeaux

*Obligatoire

Question 1 : Etes-vous ? *

Interne de :

- Médecine générale
- Spécialité médicale
- Spécialité chirurgicale
- Autre :

Question 2 : En quel semestre êtes-vous actuellement ? *

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> |

Question 3 : Sur quel site êtes-vous actuellement en stage ? *

- Pellegrin
- Saint-André
- Haut-Lévêque
- Xavier Arnoz

Question 4 : Est-ce votre premier stage d'internat au CHU de Bordeaux ? *

- Oui
- Non

Question 5 : Avez-vous réalisé votre externat à Bordeaux ? *

- Oui
- Non

Question 6 : Avez-vous suivi la formation aux prescriptions informatisées DxCare ? *

- Oui
- Non

6.1. Si non, pourquoi ne l'avez-vous pas suivie ?

- Déjà formé
- Incompatibilité horaires de formation - disponibilité
- Logiciel suffisamment intuitif / Formation non nécessaire
- Salle de formation non trouvée / Lieu de formation non adapté
- Impossibilité de quitter le service
- Autre :

Question 7 : Connaissez-vous les documents suivants ? *

	Oui	Non
Prise en charge de l'agitation chez la personne âgée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guide des médicaments administrables par voie sous-cutanée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiches d'anti-infectieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge nutritionnelle (CLAN)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dosages toxiques et médicamenteux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 8 : Connaissez-vous les équipes mobiles suivantes ? *

	Oui	Non
Soins palliatifs (EMSP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gériatrie (EMOG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escarres (EMPC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 9 : Savez-vous à qui vous adresser en cas de problème administratif vous concernant (arrêt de travail, changement d'adresse, etc.) ? *

- Oui
- Non

Question 10 : Savez-vous signaler un évènement indésirable ? *

- Oui
- Non

Question 11 : Globalement, comment qualifieriez-vous votre accueil lors de votre arrivée en premier stage au CHU de Bordeaux ? *

- Très bon
- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais

Question 12 : Au cas où vous auriez fait au moins un stage d'internat hors du CHU de Bordeaux, comment classeriez-vous le CHU de Bordeaux pour son accueil des internes ?

- Le meilleur
- Au-dessus de la moyenne
- Dans la moyenne
- En dessous de la moyenne
- Le plus mauvais

Question 13 : Auriez-vous une suggestion relative à la prise d'activité des nouveaux internes que vous souhaiteriez faire connaître ?

Merci !

Evaluation de l'accueil et de la formation des nouveaux internes au CHU de Bordeaux

***Obligatoire**

1. Etes-vous ? *

Interne de :

- Médecine générale
- Spécialité chirurgicale
- Spécialité médicale
- Autre :

2. En quel semestre êtes-vous actuellement ? *

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> |

3. Sur quel site êtes-vous actuellement en stage ? *

- Pellegrin
- Saint-André
- Haut-Lévêque
- Xavier Arnoz

4. Est-ce votre premier stage d'internat au CHU de Bordeaux ? *

- Oui
- Non

5. Avez-vous réalisé votre externat à Bordeaux ? *

- Oui
- Non

Sessions d'accueil

6. Avez-vous assisté à l'une des deux demi-journées d'accueil proposées par le CHU ? *

- Oui
 Non

6.1. Si non, pourquoi ?

- Non informé
 Impossibilité de quitter le service
 Trop loin
 Non intéressé
 Autre :

6.2. Si oui, avez-vous trouvé cet accueil intéressant ?

- Oui
 Non

7. Les éléments suivants étaient-ils adaptés selon vous ?

	Oui	Non
Le lieu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La durée de la session	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le programme des interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Auriez-vous souhaité avoir d'autres informations ?

9. Auriez-vous des suggestions d'amélioration pour les prochaines sessions ?

Clé USB

11. Avez-vous reçu la clé USB du CHU délivrée lors de la session d'accueil, et contenant des documents d'aide pratique ? *

- Oui
- Non

12. Si oui, l'avez-vous utilisée ?

- Oui
- Non

13. Les informations contenues sur cette clé vous paraissent-elles utiles pour votre pratique clinique ?

- Oui
- Non

Formation DxCare

14. Avez-vous suivi la formation aux prescriptions informatisées DxCare ? *

- Oui
- Non

14.1. Si non, pourquoi ne l'avez-vous pas suivie ?

- Déjà formé
- Incompatibilité horaires de formation - disponibilité
- Logiciel suffisamment intuitif / Formation non nécessaire
- Salle de formation non trouvée / Lieu de formation non adapté
- Impossibilité de quitter le service
- Autre :

Guide de pratique clinique sur le portail du CHU

15. Savez-vous où se trouve ce guide ? *

- Oui
- Non

16. L'avez-vous utilisé ? *

- Oui
- Non

17. Les documents présents vous paraissent-ils utiles pour votre pratique clinique ?

- Oui
- Non

Site Internet : internes.chu-bordeaux.fr

18. Avez-vous été informé de l'existence du site Internet dédié aux internes du CHU de Bordeaux ? *

- Oui
- Non

19. Si oui, par quel moyen ?

- SMS
- E-mail
- Autre :

20. L'avez-vous consulté avant votre arrivée ? *

- Oui
- Non

21. Avez-vous pu y trouver des informations utiles pour vos premiers jours de stage ? *

- Oui
- Non

Connaissance des ressources

22. Connaissez-vous les documents suivants ? *

	Oui	Non
Prise en charge de l'agitation chez la personne âgée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guide des médicaments administrables par voie sous-cutanée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiches d'anti-infectieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge nutritionnelle (CLAN)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dosages toxiques et médicamenteux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Connaissez-vous les équipes mobiles suivantes ? *

	Oui	Non
Soins palliatifs (EMSP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gériatrie (EMOG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escarres (EMPC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Savez-vous à qui vous adresser en cas de problème administratif vous concernant (arrêt de travail, changement d'adresse, etc.) ? *

- Oui
- Non

25. Savez-vous signaler un évènement indésirable ? *

- Oui
- Non

26. Globalement, comment qualifieriez-vous votre accueil lors de votre arrivée en premier stage au CHU de Bordeaux ? *

- Très bon
- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais

Merci beaucoup !

Annexe 3 : Troisième questionnaire (novembre 2015)



Réunion d'accueil des nouveaux internes

Présentation des outils informatiques et des recommandations pour la pratique clinique au CHU de Bordeaux

Merci de noter chacun des items suivants :

0 = pas du tout adapté, 1 = non adapté, 2 = plutôt non adapté, 3 = plutôt adapté, 4 = adapté, 5 = tout à fait adapté.

Introduction et présentation du CHU et de l'Université de Bordeaux

Evaluation de la durée 0 1 2 3 4 5
Contenu adapté à votre pratique 0 1 2 3 4 5

Responsabilités juridiques : notions clés

Evaluation de la durée 0 1 2 3 4 5
Contenu adapté à votre pratique 0 1 2 3 4 5

Intervention des représentants des internes

Evaluation de la durée 0 1 2 3 4 5
Contenu adapté à votre pratique 0 1 2 3 4 5

Gestion de l'information et réseaux sociaux

Evaluation de la durée 0 1 2 3 4 5
Contenu adapté à votre pratique 0 1 2 3 4 5

Introduction aux systèmes informatiques du CHU : trucs et astuces

Evaluation de la durée 0 1 2 3 4 5
Contenu adapté à votre pratique 0 1 2 3 4 5

Pièges de gardes : exemple particulier du choc septique

Evaluation de la durée 0 1 2 3 4 5
Contenu adapté à votre pratique 0 1 2 3 4 5

Intervention d'une cadre de santé : travailler ensemble

Evaluation de la durée 0 1 2 3 4 5
Contenu adapté à votre pratique 0 1 2 3 4 5

Radioprotection

Evaluation de la durée 0 1 2 3 4 5
Contenu adapté à votre pratique 0 1 2 3 4 5

Préserver sa santé pour mieux prendre en charge celle des autres : la médecine du travail

Evaluation de la durée 0 1 2 3 4 5
Contenu adapté à votre pratique 0 1 2 3 4 5

Présentation du Guide de Pratique Clinique

Evaluation de la durée 0 1 2 3 4 5
Contenu adapté à votre pratique 0 1 2 3 4 5

Pensez-vous que les informations délivrées pourront contribuer à une meilleure prise en charge des patients ?

Oui Non

Remarques générales

Aidez-nous à améliorer votre accueil au CHU de Bordeaux.

Annexe 4 : Quatrième questionnaire (mai 2017)

Evaluation de l'accueil et de la formation des nouveaux internes au
CHU de Bordeaux

1. Etes-vous interne de ?
 - Médecine générale
 - Spécialité médicale
 - Spécialité chirurgicale
 - Autre : _____

2. En quel semestre êtes-vous actuellement ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Sur quel site êtes-vous actuellement en stage ?
 - Pellegrin
 - Saint-André
 - Haut-Lévêque
 - Xavier Arnoz

4. Avez-vous réalisé votre externat à Bordeaux ?
 - Oui
 - Non

5. Qu'avez-vous pensé de la réunion d'accueil ? (De 1 = inutile, à 5 = intéressante, utile)

1 2 3 4 5

6. La réunion d'accueil a-t-elle contribué à vous donner une meilleure image du CHU ?
 - Oui
 - Non

7. Vous-a-t-elle donné envie de travailler au CHU ?
 - Oui
 - Non

8. Connaissez-vous l'existence de sessions de formation aux prescriptions informatisées DxCare ?
 - Oui
 - Non

9. Avez-vous l'intention d'y assister ?
 - Oui
 - Non

10. Si non, pourquoi ?

- Déjà formé
- Incompatibilité horaires de formation - disponibilité
- Logiciel suffisamment intuitif / formation non nécessaire
- Lieu de formation non adapté
- Impossibilité de quitter le service
- Autre : _____

11. Globalement, comment qualifieriez-vous votre accueil lors de votre arrivée au CHU de Bordeaux ?

- Très bon
- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais

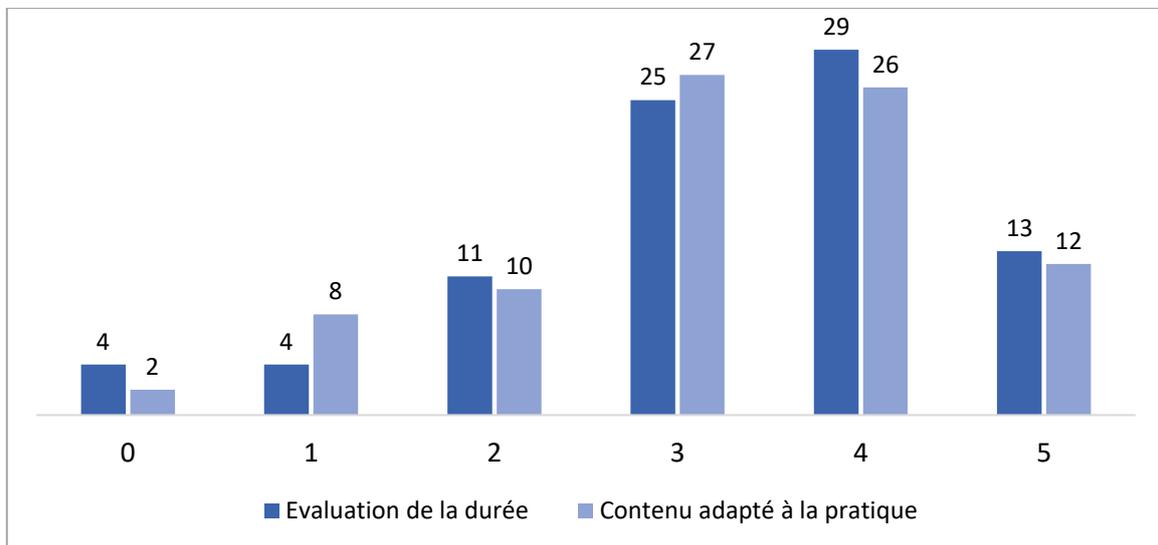
12. Auriez-vous souhaité avoir d'autres informations, ou avez-vous des remarques et suggestions concernant l'accueil ?

Merci pour vos réponses !

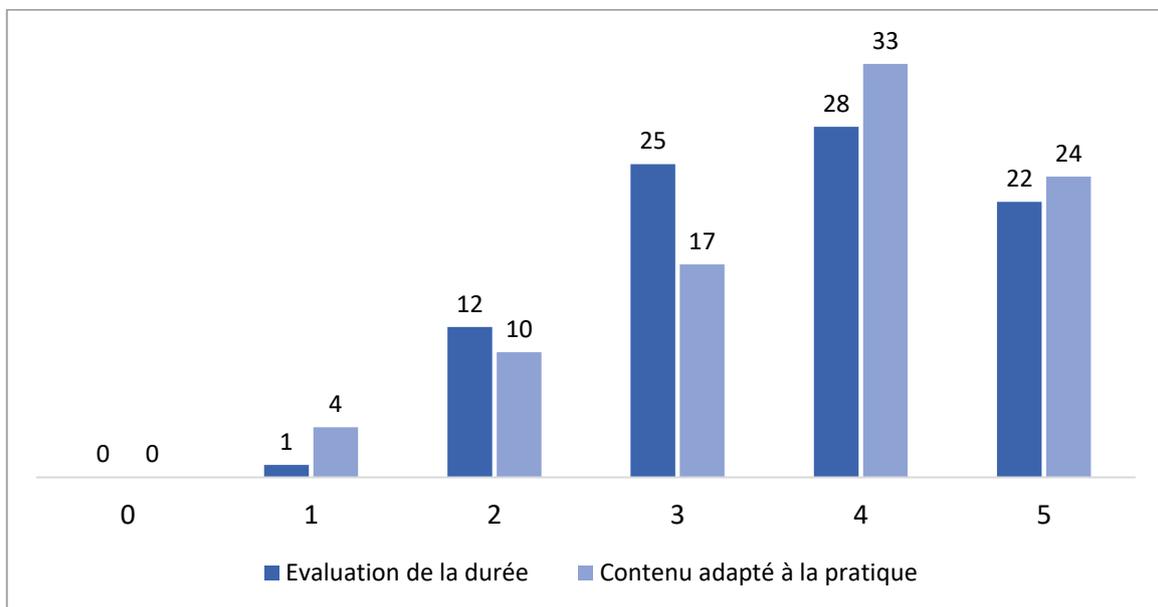
Annexe 5 : Résultats complets du troisième questionnaire

Répartition des notes pour chaque intervention

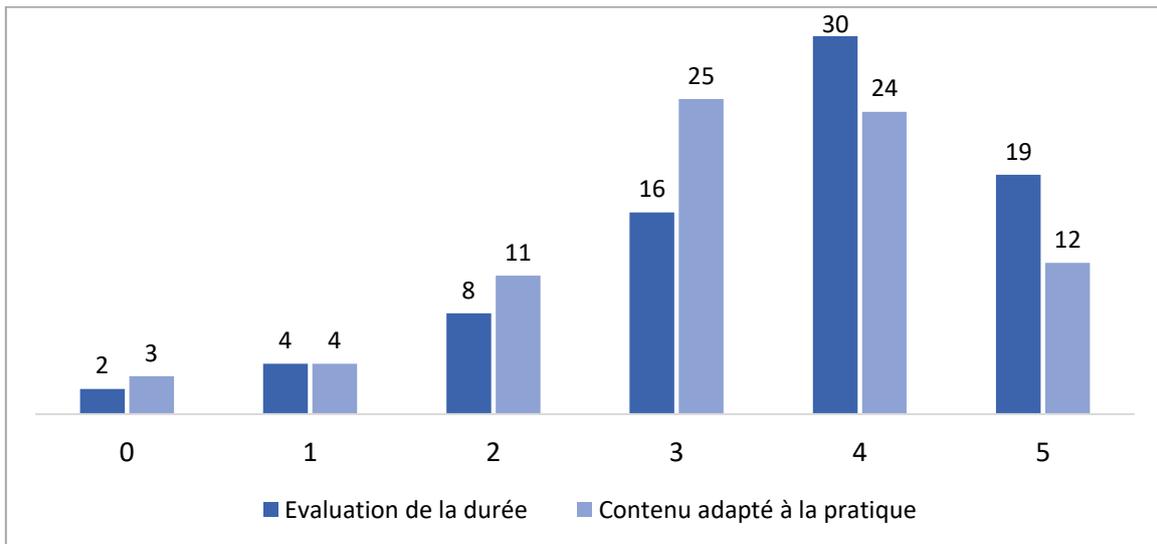
- Introduction et présentation du CHU et de l'Université de Bordeaux



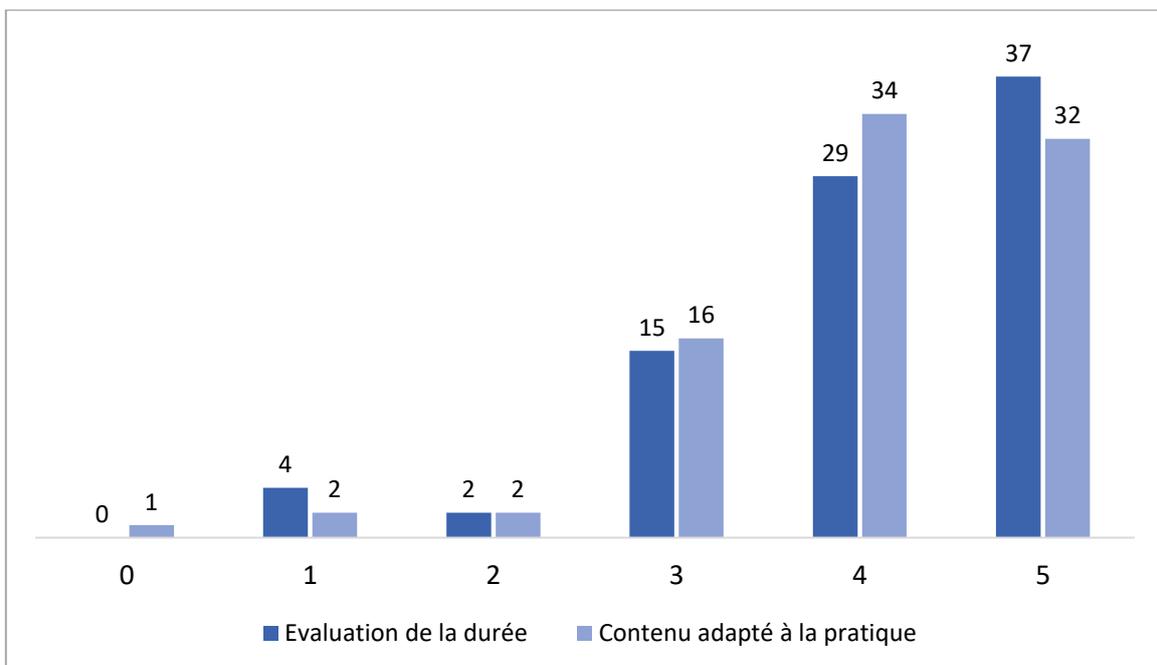
- Responsabilités juridiques : notions clés



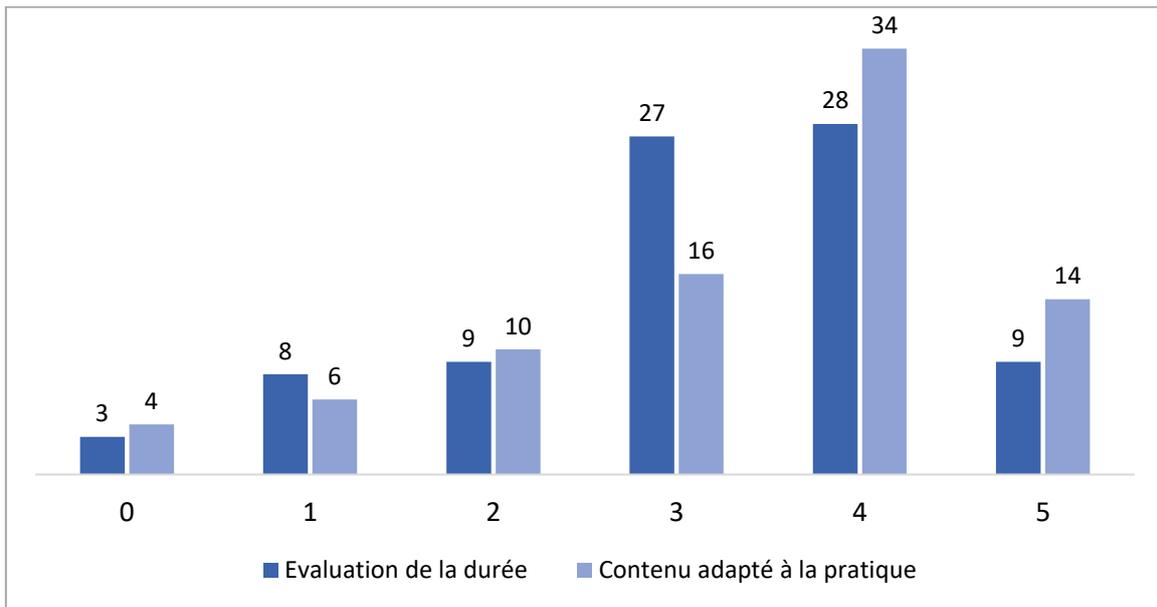
○ Intervention des représentants des internes



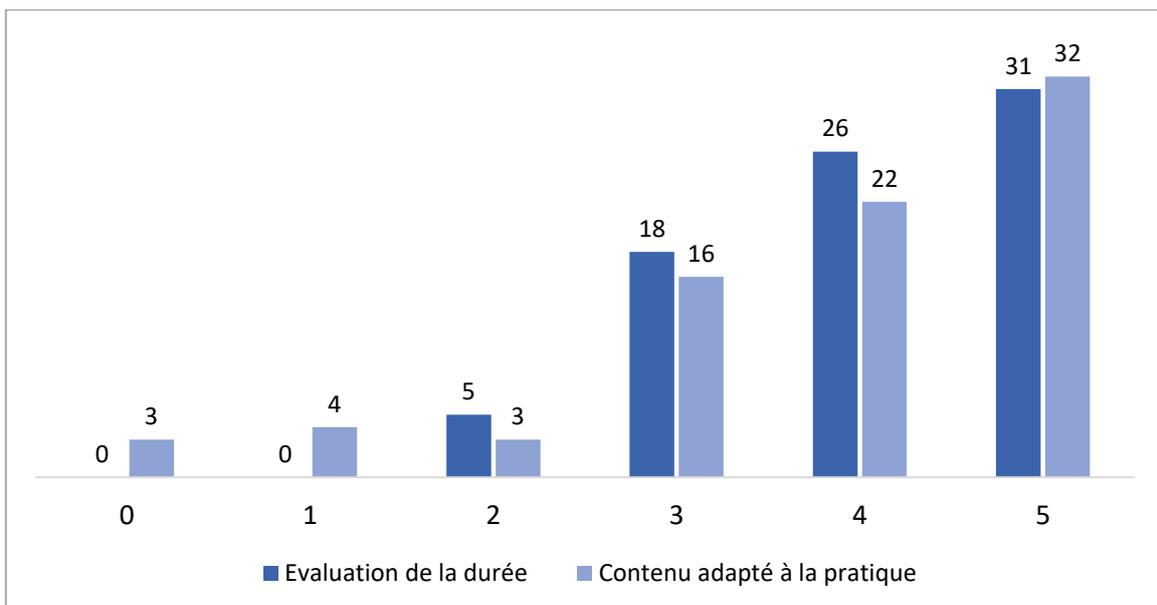
○ Gestion de l'information et réseaux sociaux



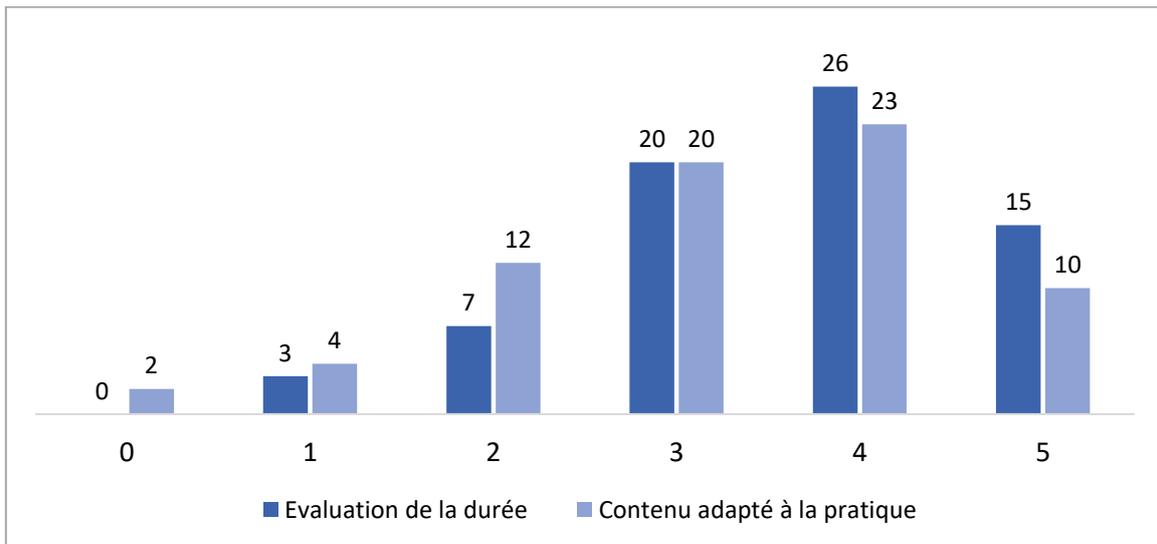
○ Introduction aux systèmes informatiques du CHU : trucs et astuces



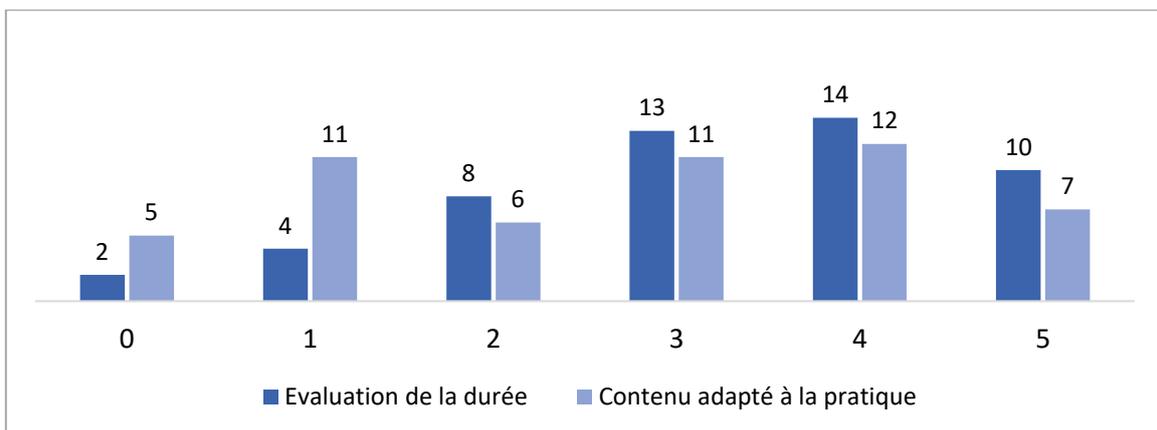
○ Pièges de gardes : exemple particulier du choc septique



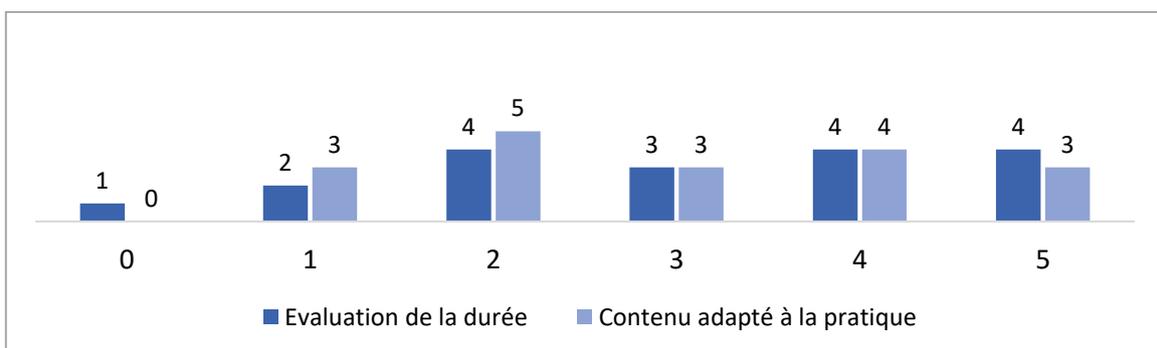
○ Intervention d'une cadre de santé : travailler ensemble



○ Radioprotection



○ Présentation du Guide de Pratique Clinique



Annexe 6 : Documents d'aide à la pratique clinique évalués dans l'étude

A - Conduite à tenir devant une agitation aiguë chez la personne âgée

CHU **Conduite à tenir devant une agitation aiguë chez la personne âgée**

1 DIAGNOSTIC

Interrogatoire

L'AGITATION S'INTÈGRE-T-ELLE DANS UN ÉTAT CONFUSIONNEL ?

Quelques signes de confusion :

- Désorientation temporo-spatiale **récente**
- Déficit cognitif **fluctuant**
- Inversion **récente** du cycle nyctéméral
- Perplexité anxieuse

En cas d'agitation isolée, penser à

- Une **démence** avec troubles comportementaux
- Une **cause psychiatrique** connue (antécédents)

Examen clinique

Complet

Parfois impossible avant traitement symptomatique de l'état d'agitation

A noter en particulier :

- Etat d'hydratation
- Température
- Neurologique (signes de déficit)
- Cardiovasculaire (incluant PA, FC)
- Respiratoire (fausse-route)
- Digestif (toucher rectal)
- Urologique (globe vésical)
- Traces de traumatisme crânien récent

Examens complémentaires

Faire systématiquement :

- **ECG** (syndrome coronaire aigu)
- **Ionogramme** (hypo- ou hypernatrémie, hypercalcémie)
- **Glycémie** (hypoglycémie)
- **CRP** (état infectieux asymptomatique)

Selon le contexte clinique :

- **NFS** (anémie)
- **TSH** (hyperthyroïdie)
- **Gaz du sang** (hypoxie, hypercapnie)

Dans tous les cas, penser à :

- Une **origine douloureuse** : attention aux signes non verbaux d'expression de la douleur (grimaces, gestes orientant sur une zone douloureuse)
- Un **globe vésical**
- Un **fécalome**
- Une **cause médicamenteuse** : changement de traitement récent, sevrage aux benzodiazépines (prises à domicile), effet paradoxal d'un traitement récent par benzodiazépine ou neuroleptique

Sans oublier les causes :

- Cardiovasculaires (IDM, embolie pulmonaire)
- Infectieuses
- Hydro-électrolytiques, hypoglycémie
- Neurologiques (AVC, crise épileptique atypique)

ATTENTION

Bien faire la différence entre un état d'agitation et un simple trouble du sommeil entraînant des plaintes du patient et perturbant les équipes soignantes

Groupe de travail: D Barfuss, D Berdai, N Bernard, M Bonnin, R Cambot-Vergnes, N Escorneboueu, I Faure, O Gerbain, J Grellet, M Gruber, F Haramburu, J Jenn, Ch Lavergne, M Rainfray, N Salles

Version du 09/11/2011

CHU0049

CHU **Conduite à tenir devant une agitation aiguë chez la personne âgée**

2 TRAITEMENT de première intention

En cas de douleurs : voir le Guide de Prescription des Antalgiques (CLUD)

Mesures non médicamenteuses :

- Installer le patient au calme
- Corriger l'isolement sensoriel (appareil auditif, lunettes)
- Rassurer en expliquant la situation
- Laisser le patient en compagnie d'un membre de l'entourage (si ce dernier est calme)

Eviter la contention sauf brève et indispensable (ex. pose de perfusion). Une contention uniquement abdominale peut suffire. Toute contention nécessite une **prescription médicale**

Surveillance régulière par le personnel infirmier : état de conscience, absence de déficit moteur, pression artérielle, fréquence cardiaque

SI MESURES INSUFFISANTES

Rappel sur les médicaments :
pour un usage gériatrique, *diviser en règle générale par deux les posologies* recommandées chez l'adulte et se référer aux monographies validées (ex. Vidal Hoptimal®, Thériaque®)

Traitement médicamenteux PONCTUEL de l'agitation aiguë :

Les noms de spécialités pharmaceutiques sont indicatifs : vérifier si besoin dans le livret des médicaments du CHU de Bordeaux

Si **anxiété dominante** : tremblements, sueurs

- voie orale à privilégier : oxazépam 10 mg (Séresta® 10 mg, 1 comprimé)
- voie injectable IM : diazépam 5 mg IM (Valium®) ; si IM impossible (ex. anticoagulants) : injection sous-cutanée (hors AMM)

Si **troubles productifs** dominants : agitation psychotique, éléments délirants ou hallucinatoires

- voie orale à privilégier : olanzapine 5 mg (Zyprexa® vélotab) 1 cp. Si > 75 ans : ½ cp en faisant dissoudre 1 cp. dans un récipient avec une quantité mesurée d'eau, de jus de fruit (sauf pamplemousse) ou de lait et en n'ingérant qu'exactement la moitié.
- voie injectable IM : halopéridol 2,5 mg IM (Haldol® 5 mg; ½ amp.); si IM impossible (ex. anticoagulants) : injection sous-cutanée (hors AMM)

Avant de reprendre : réévaluer l'état clinique après un délai d'au moins une heure après la première administration médicamenteuse

En cas de troubles de l'endormissement :

Imovane (zopiclone) :
Un comprimé à 3,75 mg

Patient dément agité et déjà sous traitement : contacter l'Unité Alzheimer au poste 30214

CHU0049

Exemples de médicaments pouvant entraîner un état confusionnel (liste non exhaustive) :

Classes thérapeutiques	Principes actifs et spécialités (exemples)
Antalgiques	tramadol (Topalgic), fentanyl en patch, codéine (associée), morphine
Cardiologie	digoxine, bêta-bloquants, amiodarone, disopyramide
Gastro-entérologie	oméprazole, lansoprazole...
Immuno-allergologie	hydroxyzine (Atarax), dexchlorphéniramine (Polaramine), oxamémazine (Toplexil)
Neurologie	trihexyphénidyle (Artane), tropatépine (Lepticur), biperidène (Akineton)
	lévétiracétam (Keppra), lamotrigine (Lamictal), carbamazépine (Tégretol), oxcarbazépine (Trileptal)
Psychiatrie	cyamémazine (Tercian), olanzapine (Zyprexa), rispéridone (Risperdal)
	tianeptine (Stablon), escitalopram (Seroplex), paroxétine (Déroxat)
	oxazépam (Séresta), prazépam (Lysankia), bromazépam (Lexomil)
Urologie	oxybutynine (Ditropan, Driptane-Gé)
Autres : Corticoïdes, antibiotiques (bêta-lactamines, quinolones), hypoglycémiants, autres médicaments à effets anticholinergiques	

B - Dosages des médicaments et toxiques

Toxicologie

LG = Liquide Gastrique - U = Urine - S = Sang

RECHERCHES RAPIDES (immunanalyse, colorimétrie)

	Milieu	Délai
Amphétamines	U	1
Barbituriques	LG, U	1
Benzodiazépines	LG, U, S	1
Buprénorphine	U	1
Cannabis	U	1
Chloral, TCA, TCE (colorimétrie)	LG, U	1
Chloralose (LC-MS/SMS)	LG, U, S	1
Cocaine	U	1
Dextropropoxyphène	U	1
Phénothiazines (colorimétrie)	U	1
Paraquat (colorimétrie)	U	1
EDDP (métabolite méthadone)	U	1
Opiacés	U	1
6-acétylmorphine (marqueur de l'héroïne)	U	1
Tricycliques	S	1

DOSAGES CIBLÉS

	Technique	Milieu	Délai
Cotinine	immunanalyse	U	3
Ethylglucuronide	immunanalyse	U	3
Cyanures	LC-MS/MS	S	1
Ethylène-glycol, acide glycolique	GC-FID	S	1
GHB	GC-MS	S	2
Isopropanol	GC-FID	S	1
Kétamine	GC-MS	S	2
LSD	LC-MS/MS	S	2
Métformine (tox >40 µg/ml)	LC-DAD	S	2
Méthanol, acide formique	GC-FID	S	1
Méprobamate (tox >50 µg/ml)	GC-FID	S	1
Strychnine	LC-MS/MS	S, U	2
Tramadol (tox >1000 ng/ml)	LC-MS/MS	S, U	2
Paracétamol (tox >200 µg/ml à 4h)	immunanalyse	S	1
Ac Salicylique (tox >500 µg/ml)	immunanalyse	S	1

IDENTIFICATIONS NON CIBLÉES

	Milieu	Délai
Screening LC-DAD	U, S	2
Screening GC-MS	U, S	2
Screening LC-MS/MS	U, S	2
Screening LC-MS	U, S	2

Dosages réalisés en Pharmacologie Clinique - Toxicologie

Les résultats des dosages sont communiqués sur DiCare dès validation, suivis d'une confirmation écrite. Un dosage plus rapide peut être assuré sur demande spécifique.

- Zone thérapeutique (Zone Ther) : concentrations habituellement retenues, à interpréter en fonction de l'indication, de la gravité de la pathologie, des caractéristiques du patient et des modalités d'administration
- V = Valeur résiduelle avant la prise du médicament
- P = Pic = max après la prise au moment du pic plasmatique
- Délai de réalisation de l'analyse (Délai)
- 1 = journée, 2 = 24-48 heures, 3 = semaine, 4 = 1-2 semaines

Suivi Thérapeutique Pharmacologique (STP)

SYSTÈMES CARDIOVASCULAIRE & RESPIRATOIRE

DCI	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Caféine		8 - 15 µg	1
Cibenzoline	Cipralan	0,5 - 0,7 µg	3
Digitoxine	Digitaline	15 - 30 ng	1
Digoxine	Digoxine	0,6 - 1,2 ng	1
Flecainide	Flecain	0,2 - 1 µg	3
Hydroquinidine	Serecor	1 - 1,8 µg	3
Théophylline		10 - 20 µg	1

ANTI-INFECTIEUX SYSTÉMIQUES

DCI	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Amikacine	Amiklin	V < 2,5 µg P: 60 - 80 µg	1
Céfépine	Acépin	40 µg	3
Chloroquine	Nivaquine	Tox > 500 ng (sang total)	2
Gentamicine	Gentalline	V < 0,5 µg P: 30 - 40 µg	1
Isoniazide	Rimifon	1 - 2 µg à T 3h	3
Linézolide	Zyvoxid	V: 2 - 10 µg	3
Méfloquine	Lariam		2
Quinine		8 - 12 µg Tox 20 voire 15	2
Rifampicine	Rifadine	10 - 20 µg à T 2h oral & fm perf	3
Tobramycine	Nebcine	V < 0,5 µg P: 30 - 40 µg	1
Vancomycine	Vancocine	V: 10 - 15 µg P: 20 - 40 µg Perf: 20 - 30 µg	1

DCI ANTIVIRAUX

Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Aciclovir	Zelitrex	3
Ganciclovir	Ronalcyt	V: 0,75 - 2 µg
Bocoprevir	Victrelis	3
Télaprevir	Incivo	3

IDENTIFICATIONS & DOSAGES CIBLÉS

	Technique	Milieu	Délai
Alcaloïdes (Scopolamine, atropine)	LC-MS/MS	U, S	2
Amphétamines	LC-MS/MS	U, S	2
Antidépresseurs IRS, Tricycliques	LC-MS/MS	U, S	2
Barbituriques	GC-MS	U, S	2
Benzodiazépines	LC-MS/MS	U, S	2
Bétabloquants	LC-MS/MS	U, S	2
Cannabinoïdes	GC-MS	U, S	2
Cocainiques - opiacés	LC-MS/MS	U, S	2
Diurétiques (identification seule)	LC-DAD	U	2
Hallucinoïdes	LC-MS/MS	U, S	2
Neuroleptiques type phénothiazines	LC-MS/MS	U, S	2
Neuroleptiques autres	LC-MS/MS	U, S	2

Toxicologie professionnelle

RECHERCHE DE TRACES

	Technique	Milieu	Délai
Ifosfamide	LC-MS/MS	U	3
Cyclophosphamide	LC-MS/MS	U	3
Méthotrexate	LC-MS/MS	U	3

- Pour tout autre dosage : contacter le laboratoire et consulter le catalogue des actes
- Modalités de prélèvement : consulter le catalogue des actes

En général tubes héparinate de lithium sans gelose (vert) sauf :
 ✓ Cefalosporine, Tacrolimus, Sirolimus, Everolimus, GHB : tube EDTA (mauve)
 ✓ Amikacine, Lithium sérique: tube sec sans gelose (rouge)
 ✓ Lithium intra-érythrocytaire : tube héparinate de sodium (bleu foncé)
 ✓ Cyanures : tube fluorure de sodium (gris)

Les demandes de dosage doivent être accompagnées d'une fiche de renseignements cliniques ou sont indiqués au minimum :
 la dose administrée, la date et l'heure de dernière prise, ainsi que la date et l'heure de prélèvement.

- Sont faits de nuit, les dimanches et jours fériés :
- La recherche d'antidépresseurs tricycliques (sang), de benzodiazépines (sang)
- Les dosages de digoxine, digitoxine, méthotrexate, paracétamol, phénobarbital, salicylés, theophylline, lithium plasmatiques

DCI ANTIFONGIQUES

	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Fluconazole	Ancotil	P: 30 - 80 µg P < 100 µg	3
Fluconazole	Triflucan	V: 32 - 64 µg Tox > 80 µg	3
Itraconazole (-métab)	Sporanox	V: 1-2 µg P < 6 µg à T4h	3
Posaconazole	Noxafil	0,5 - 1,5 µg	3
Voriconazole	Vfend	1 - 5 µg	3

DCI ANTIRÉTROVIRAUX (rapport Veni)

	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Efavirenz	Sustiva	V: 1000 - 4000 ng	3
Etravirine	Intelence	V: 300 ng	3
Névirapine	Viramune	V: 4000 - 6000 ng	3
Atazanavir	Reyataz	V: 200 - 800 ng	3
Amprénavir	Agenerase	V: 800 ng	3
Indinavir	Crixivan	V: 150 - 600 ng	3
Lopinavir	Kaletra	V: 4000 - 8000 ng	3
Nelfinavir	Viracept	V: 1000 - 4000 ng	3
Ritonavir	Norvir		3
Raltegravir	Isentress	V > 75 ng	3
Saquinavir	Intrivase	V > 100 ng	3
Tipranavir	Aptivus		3
Darunavir	Prezista	V > 2000 ng	3
Maraviroc	Celsentri	V > 75 ng	3

SYSTÈMES NERVEUX

DCI PSYCHOTROPES (STP)	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Ac. valproïque	Depakine	50 - 100 µg	1
Amisulpride	Solian	100 - 320 ng	2
Clobazam métab	Urbanyl	30 - 300 ng 300 - 3000 ng	3
Clomipramine + métab	Anafranl	150 - 500 ng	3
Clozapine	Leponex	350 - 700 ng	3
Halopéridol	Haldol	4 - 17 ng	2
Imipramine + métab	Tofranil	150 - 350 ng	3
Lithium plasmatique	Teralite	0,5 - 0,8 mmol/l 0,8 - 1,2 (LP)	1
Lithium érythrocytaire		0,3 - 0,45 mmol/l	1
Buprénorphine	Temgesic	1 - 5 ng	3
Méthadone		200 - 700 ng	3
Olanzapine	Zyprexa	20 - 80 ng	2
Risperidone + métab	Risperdal	20 - 60 ng	2

DCI ANESTHÉSIIQUES

	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Midazolam	Hypnovel	Eveil: 1-5 ng (sommeil: 3-50 ng)	2
Thiopental	Nesdonal	Selon indication	1

CHU de Bordeaux

PHARMACOLOGIE

Pr. Bégaud - Pr. Molimard - Pr. Moore

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE CLINIQUE - TOXICOLOGIE

DOSAGE DES MÉDICAMENTS PHARMACOCINÉTIQUE & AJUSTEMENT THÉRAPEUTIQUE

TOXICOLOGIE RECHERCHE, IDENTIFICATION & DOSAGE DES TOXIQUES, DROGUES & MÉDICAMENTS

mise à jour en mai 2013

Hôpital Pellegrin

2^{ème} étage - Poste 95991

Ligne directe : 05 56 79 59 91

Fax : 05 56 79 47 95

Département hospitalo-universitaire de
Pharmacologie de Bordeaux



DCI ANTIÉPILEPTIQUES

	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Carbamazépine	Tégretol	4 - 12 µg	1
Clonazépam	Rivotril	10 - 50 ng	3
Ethosuximide	Zarontin	40 - 100 µg	3
Lamotrigine	Lamictal	2,5 - 15 µg	3
Oxcarbazépine	Trileptal	12 - 30 µg	3
Phénytoïne	Dilysan	10 - 20 µg	1
Phénobarbital	Gardéнал	15 - 40 µg	1
Primidone	Mysoline		3

IMMUNOSUPPRESSEURS

Fonction du délai post-greffe, de l'indication ...
(voir la plaquette spécifique Immunossupresseurs)

DCI	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Ciclosporine	Néoral	Selon indication	1
Tacrolimus	Prograf	V: 5 - 15 ng	1
Everolimus	Certican	V: 3 - 8 ng	3
Sirolimus	Rapamune	V: 8 - 12 ng (seul)	2
Mycophenolate	Cellcept	V: 1 - 3,5 µg AUC: 45 µg/ml/h (rein)	2
Hydroxychloroquine	Plaquemil	> 1 µg (sang total)	3

ANTICANCÉREUX

DCI	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Deferasirox	Exjade		3
Méthotrexate		< 1 µmol / L/H48	1

DCI INHIBITEURS DE TYROSINE KINASE

	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
Dasatinib	Sprycel	V < 2,5 ng (Tox, LMC)	3
Erlotinib	Tarceva		3
Géfitinib	Iressa		3
Imatinib	Glivec	V > 1000 ng (LMC)	3
Lapatinib	Tyverb		3
Nilotinib	Tasigna	V > 600 ng (LMC)	3
Sorafenib	Nexavar		3
Sunitinib	Sutent		3

Pharmacogénétique

DCI	Spécialité	Zone Ther (µm)	Délai
TPMT génotypage			4
UGT1A génotypage			4

C - Guide des médicaments administrables par voie sous-cutanée, extrait

Médicaments dont l'administration est possible par voie sous cutanée : perfusion continue (PSCC), discontinue (PSCD) ou directe (SCD)

Dénomination commune internationale (DCI)	Spécialité commerciale	Classe thérapeutique	Voie d'administration	Indications/posologie	Grade	Remarques	Bibliographie
Amikacine sulfate	Amiklin® ou génériques inj	Antibiotique	SCD	15 mg/kg/j répartis en 1 à 3 injections	A	Hors AMM. Mauvaise tolérance : quelques cas de nécrose cutanée ou de vascularite cutanée.	B. Leng et al. Pharmacocinétique comparée de l'amikacine après administration intraveineuse, intramusculaire et sous-cutanée. Nouv. Presse Med., 8 (1979), pp. 3421-3425 O. Gerbouin et al. - Aspects pratiques de reconstitution et d'administration des anti-infectieux parentéraux à l'usage des personnels paramédicaux. Ed 2011- 1ere édition- Document CHU Bordeaux
Atropine sulfate	Atropine sulfate Renaudin® inj	Antispasmodique	SCD - PSCD	Traitement symptomatique des manifestations douloureuses aiguës liées aux troubles fonctionnels du tube digestif et des voies biliaires ainsi que des manifestations spasmodiques et douloureuses des voies urinaires. Adulte : posologie 0.25 à 1 mg toutes les 6h. (Maxi 2mg/24h) Enfant entre 2 et 6ans : 0.25mg en dose unique au dessus de 6ans : 0.5mg en dose unique.	A	Moins sédatif que la scopolamine	Vidal HOPTIMAL 2012
Buprénorphine	Temgesic® inj	Antalgique	SCD et PSCC	En cas de douleurs aiguës intenses nécessitant une sédation rapide et efficace, la posologie habituelle, pour un adulte de 70 kg, est d'une ampoule, soit 0,3 mg toutes les 6 à 8 heures. Elle peut être portée à 2 ampoules si nécessaire. Chez les malades âgés ou fragiles, il est préférable de conserver une posologie d'une ampoule toutes les 8 heures. Dans les douleurs chroniques, la posologie peut être d'une ampoule toutes les 12 heures.	A	AMM	A Hirschauer. L'hypodermoclyse : perfusion sous cutanée continue ou discontinue. FMC du 8 février 2005. AMEM (Association des Médecins de l'Est du Morbihan) G. Laval et al. Les principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée ; 2eme édition; Sauramps médical 2004 : 299 pages

INFECTIONS URINAIRES SYMPTOMATIQUES NOSOCOMIALES

➤ **Sans signe de gravité**

☞ Ceftriaxone: 2 g/j (iv).

☞ *Uniquement si allergie aux bêta-lactamines et en l'absence de traitement antérieur dans les 6 mois par les fluoroquinolones ou de grossesse):*

☞ Ofloxacin : 200 mg x 2/j IV ou VO

➤ **Avec signe de gravité**

☞ Ceftazidime : 2g 3 fois/j (IV).

associé à :

☞ Amikacine : 20 mg /kg/j en 1 perfusion lente de 30 minutes (limité à 3 jours).

☞ *si insuffisance rénale :*

☞ Ceftazidime : 2g 2 fois/j (IV).

associé à :

☞ Ciprofloxacine: 400mg 2 fois/j (IV).

☞ *si allergie aux bêta-lactamines :*

☞ Ciprofloxacine: 400mg 3 fois/j (IV).

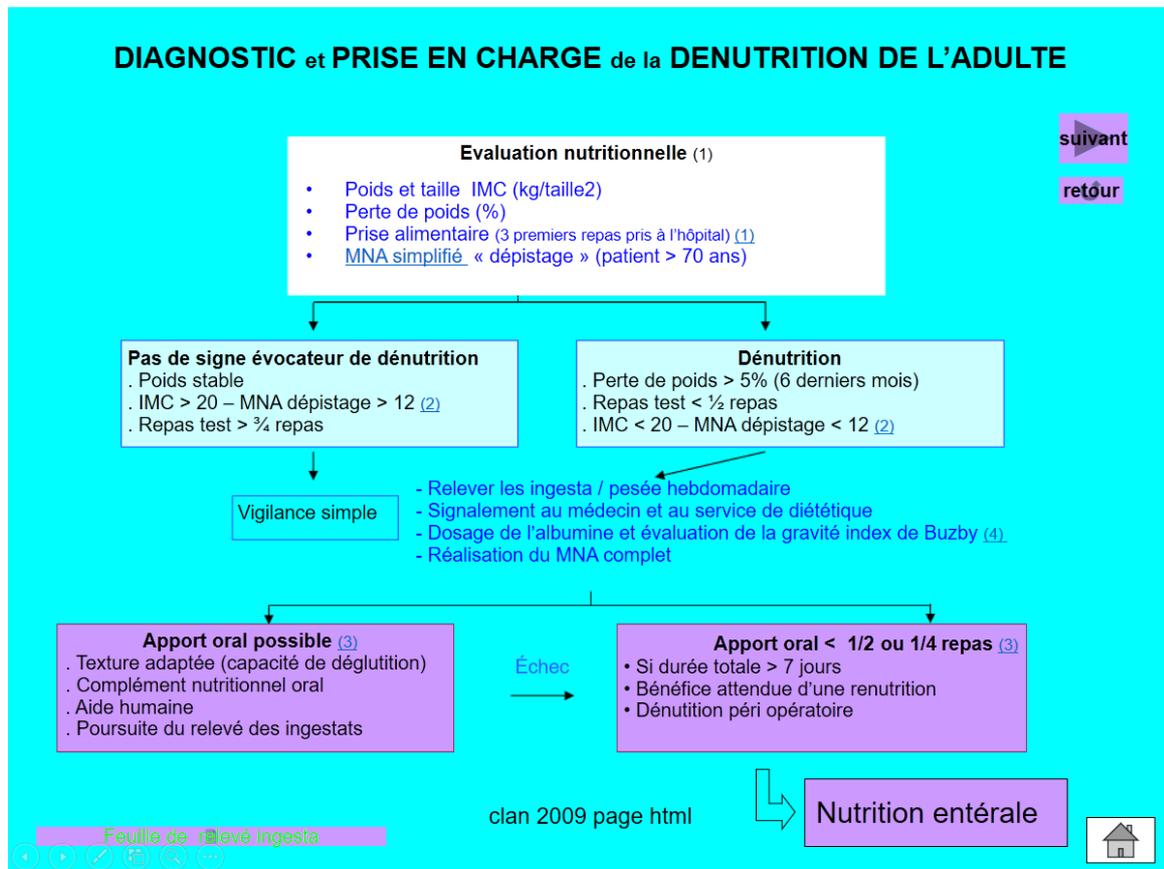
associé à :

☞ Amikacine : 20 mg/kg/j en 1 perfusion lente de 30 minutes (limité à 3 jours).

Changement de sonde 24 heures après début des antibiotiques.

Durée fonction de la localisation de l'infection.

Réévaluation à 48 h – 72 h : clinique et biologique (avec les données de l'antibiogramme) ; arrêt de l'aminoside si évolution favorable



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

ABSTRACT

Evaluation of the impact of a welcome and information session on the informatic tools for new interns at Bordeaux University Hospital

Background: Healthcare organizations welcome a large number of new residents twice a year. Their aim is to maintain good patient management despite high turnover, and for this reason to be able to acclimate them into the social and performance aspects of their new job. We have tested at Bordeaux University Hospital an onboarding welcoming meeting to optimize resident reception. Onboarding is the term used for orientation or organizational socialization where new employees acquire the necessary knowledge, skills, and behaviors to fit in with a new company. Onboarding programs could also help retain future doctors at public hospital. This study aimed to test whether a welcome meeting on first day of employment improves knowledge in term of informatic, medical and human resources and what is their perception of this welcome.

Methods: This prospective observational study covered four different groups of residents over a four-year period. A first on-line questionnaire was sent to all residents working at Bordeaux University Hospital before implementing the welcome meeting in October 2013. The second one was sent after the first welcome meeting in December 2013. The third one was collected 2 years after among new residents, and the last one in May 2017 after the meeting among new residents. Results were compared using a Chi2 test.

Results: There was a significant difference between the first 2 groups regarding the knowledge of clinical aid documents and about human resources issues. The reception was better assessed after the implementation of the meeting, with 44.7% in the first group judging it was good and very good, compared to 74.4% in the second group ($p < 0.001$) and 81,7% in the fourth group ($p < 0.001$ compared to first group). Bordeaux hospital has become a place where residents want to work for 60% of them.

Discussion: Implementation of a welcoming meeting is therefore effective on the information of the residents and their perception of the public hospital. These results emphasize the need for continued action in term of welcoming and could be completed with a long term professional support of new residents.

RESUME : Etude de l'impact d'une session d'accueil et d'information aux outils informatiques des nouveaux internes au CHU de Bordeaux

Introduction : Les établissements de santé accueillent un nombre important de nouveaux internes chaque semestre. Leur rôle est de maintenir une bonne prise en charge des patients malgré un turnover élevé. Ils doivent donc pouvoir s'adapter rapidement aux aspects sociaux et aux compétences de leur nouvelle fonction. Nous avons testé au CHU de Bordeaux une réunion d'accueil et « d'onboarding » pour optimiser leur intégration. « Onboarding » est le terme qui désigne l'intégration et la socialisation organisationnelle au cours desquelles les nouveaux employés acquièrent la connaissance, les compétences, et les comportements nécessaires pour devenir un membre à part entière d'une nouvelle entreprise. Les programmes d'intégration pourraient aussi permettre de fidéliser les futurs médecins à l'hôpital public. L'objectif de cette étude était d'évaluer si une réunion d'accueil le jour d'arrivée des nouveaux internes permet d'améliorer leur connaissance des ressources informatiques, médicales et humaines disponibles, et quelle est leur perception de cet accueil.

Méthodes : Cette étude observationnelle prospective a porté sur quatre groupes d'internes différents sur une période de quatre ans. Un premier questionnaire en ligne a été adressé à tous les internes en stage au CHU de Bordeaux avant la mise en place de la réunion d'accueil, en octobre 2013, puis un deuxième questionnaire a été adressé aux internes effectuant leur premier stage au CHU de Bordeaux après la mise en place de l'accueil, en décembre 2013. Le troisième questionnaire a été recueilli 2 ans après, lors de la réunion d'accueil des nouveaux internes, et le dernier, en mai 2017. Les résultats ont été comparés à l'aide d'un test du Chi2.

Résultats : Il existait une différence significative entre les 2 premiers groupes, avec une meilleure connaissance des documents d'aide à la pratique clinique dans le deuxième groupe. L'accueil était mieux évalué après la mise en place de la réunion, avec 44,7% le jugeant comme bon et très bon dans le premier groupe, contre 74,4% dans le deuxième groupe ($p < 0,001$), et 81,7% dans le quatrième groupe ($p < 0,001$ comparé au groupe 1). La réunion a contribué à donner une meilleure image du CHU de Bordeaux pour 61% d'entre eux.

Discussion : La mise en place d'une réunion d'accueil est donc efficace sur l'information des internes et leur perception de l'accueil. Ces résultats soulignent l'importance de poursuivre les efforts en matière d'accueil, et pourraient être complétés par un accompagnement professionnel sur le long terme.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLES : accueil, internes, CHU, outils informatiques.

UFR DES SCIENCES MEDICALES
Université de Bordeaux
146 rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX CEDEX