

**Protocoles des 3 et 9 mai 2000**  
relatifs aux internes, résidents et chefs de clinique



**Rapport**

à

**Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité**  
**Mme la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés**

**RELEVÉ DES PROPOSITIONS**

**Mission Nationale de Contrôle**

**Jean-Paul DARNIS**

**Patrice FARCI**

**Brigitte THEBAUD-DEVIGE**

**Thierry RUSTERHOLTZ**

**Janvier 2001**

<b>1<sup>ère</sup> PARTIE</b> <b>RESITUER LA PARTICIPATION DES JUNIORS</b> <b>A LA PERMANENCE MEDICALE</b>
--

**Proposition 1.1 :** (page 36)

En ce qui concerne le travail du week-end et des jours fériés, définir des critères de pertinence spécifiques à l'établissement, après analyse critique par service par la commission des gardes et astreintes, au regard de l'organisation de la permanence médicale et en dissociant la notion de travail de week-end et la réponse à l'urgence.

**Proposition 1.2 :** (page 37)

Limiter le travail de week-end au seul objectif de permanence médicale.

**Proposition 1.3 :** (page 38)

Proportionner les responsabilités de l'interne au cursus de sa formation en se donnant les moyens de l'évaluer

**Proposition 1.4 :** (page 39)

Publication d'une circulaire d'application de l'arrêté du 12 octobre 2000.

**Proposition 1.5 :** (page 40)

1. Clarifier les dispositions de la circulaire du 18 décembre 1997, pour que les difficultés rencontrées du fait des relevés de décisions des 3 et 9 mai 2000 soient résolues, dans un partage des compétences sans ambiguïté entre les ARH, les préfets et les administrations hospitalières.

2. La position claire de la mission est que, sur la base de ces relevés, les enveloppes hospitalières doivent être abondées à due concurrence des charges qu'elles ont supportées, du fait des engagements du protocole. Ceci est en effet un des engagements du relevé des décisions du 3 mai 2000 : « le gouvernement dégagera les moyens nécessaires à la mise en œuvre des dispositions du présent relevé de décisions. »

**Proposition 1.6 :** (page 56)

Transformer la commission des gardes et astreintes en commission de la permanence médicale ayant notamment pour missions :

- l’organisation et le fonctionnement du service de gardes et astreintes
- l’élaboration d’un dispositif préventif de réponse aux situations de crise ou de grève
- l’organisation du temps médical dans les services...

**Proposition 1.7 :** (page 57)

Rappeler l’obligation incombant à l’ensemble des praticiens seniors, quel que soit leur statut, de participer à la permanence des soins dans le cadre du service de garde et d’astreinte.

**Proposition 1.8 :** (page 58)

Promouvoir la souplesse dans l’organisation des gardes et des astreintes, en limitant le recours aux astreintes et en développant des solutions permettant d’adapter l’organisation à l’activité et aux flux de patients (prise en compte des jours de la semaine et des horaires, demi-garde suivie de demi-astreinte, gardes ponctuelles rémunérées au prorata du temps effectué...).

**Proposition 1.9 :** (page 59)

Développer la mutualisation entre les secteurs de garde, notamment dans les CHU.

Dans les disciplines au recrutement limité, pour lesquelles un senior supplémentaire est utile pour partager les gardes, mais inutile dans la journée faute d’une activité suffisante, il serait également intéressant de mutualiser les gardes, en engageant les établissements de grande dimension «à prêter» des médecins, pour la durée de la garde, aux petits établissements.

**Proposition 1.10 :** (page 60)

Panacher les tableaux de garde en alternant junior et senior d’astreinte ou senior seul.

En cas de seniorisation complète de la garde, accepter que les juniors ne couvrent que partiellement le tableau, mais maintenir la possibilité de participer aux gardes dans l’intérêt de leur formation.

**Proposition 1.11 :** (page 69)

Réduire la complexité des statuts hospitaliers en instaurant un statut hospitalier commun, ou des dispositions communes regroupant l'ensemble des droits et des obligations hospitalières,

et un système de « valences » reconnaissant des fonctions universitaires, médicales ou institutionnelles.

**Proposition 1.12 :** (page 70)

Evaluer les conséquences de toute extension du post-internat aux CHU avant sa réalisation. Si l'extension est décidée, l'intégrer dans une dimension régionale.

**Proposition 1.13 :** (page 71)

Utiliser les possibilités réglementaires dans une dynamique départementale et régionale.

**Proposition 1.14 :** (page 72)

La mission préconise que les tableaux de service soient rendus obligatoires pour les juniors dans les hôpitaux, sous une forme et dans le cadre d'une procédure simplifiées.

<b>2<sup>ème</sup> PARTIE</b> <b>GARANTIR LE RESPECT DU DROIT A LA FORMATION</b>
---

**Proposition 2.15 :** (page 89)

Modifier la composition de la commission d'agrément pour renforcer la place des CH et préciser ses règles de fonctionnement interne et de communication.

**Proposition 2. 16 :** (pag93)

Veiller à ne proposer à l'agrément que les services offrant toutes les garanties d'une formation pratique de grande qualité, en utilisant des critères objectifs d'encadrement, d'activité, d'équipement et d'organisation du travail, et en accordant une importance particulière au projet pédagogique et aux objectifs de formation du service, sur la base de principes communs déclinés ensuite par spécialités.

Développer la visite des services par les coordonnateurs, sous forme de mission d'audit, éventuellement européen.

Communiquer aux membres de la commission, suffisamment longtemps avant la séance, un dossier d'instruction des demandes faisant apparaître la réponse aux critères d'évaluation et les avis recueillis.

**Proposition 2.17 :** (page 94)

Ne plus fonder la politique d'agrément sur la réponse prioritaire aux besoins liés au fonctionnement hospitalier, mais privilégier la qualité de la formation pour sélectionner objectivement les services.

**Proposition 2.18 :** (page 102)

Définir des objectifs de formation théorique plus précis que ceux actuellement proposés au niveau national, en laissant l'initiative des modalités et de l'évaluation aux coordonnateurs régionaux.

**Proposition 2.19 :** (page 102)

La MNC recommande qu'une instruction précise le contenu des demi-journées consacrées à la formation universitaire.

**Proposition 2.20 :** (page 103)

La MNC recommande une démarche incitative à l'égard des CME et des directions en faveur du respect du statut des internes

**Proposition 2.21 :** (page 103)

Intégrer la formation théorique dans le tableau de service mais tenir compte au niveau de la programmation des enseignements des contraintes hospitalières de la discipline.

**Proposition 2.22 :** (page 104)

Prendre en compte les conditions objectives de respect du statut de l'interne au niveau de l'agrément des services.

**Proposition 2.23 :** (page 104)

Développer les « cahiers » de l'interne par discipline.

**Proposition 2.24 :** (page 105)

Regrouper les enseignements au niveau interrégional ou national en deçà d'un effectif plancher d'étudiants et budgéter les coûts des déplacements.

**Proposition 2.25 :** (page 105)

S'interroger sur le surcoût imposé aux internes par les DU.

**Proposition 2.26 :** (page 122)

A l'heure actuelle, la pratique de la délégation dans les services de soins ne répond que très peu aux principes généraux applicables à la délégation, et la MNC propose d'en améliorer les modalités pratiques pour une plus grande clarté du système.

**Proposition 2.27 :** (page 124)

Formaliser les délégations dans le cadre d'une généralisation des livrets de stage.

**Proposition 2.28 :** (page 126)

La MNC recommande de veiller à l'interdisciplinarité de la formation donnée aux internes, par l'intégration d'une obligation de réaliser des stages dans les services autres que ceux agréés pour leur DES, et au respect des stages hors CHU.

**Proposition 2.29 :** (page 127)

La MNC recommande de veiller à l'adéquation des stages offerts aux résidents, destinés à acquérir une formation en médecine générale. L'accès de tous aux services qui seraient jugés indispensables (ex : gynécologie-obstétrique, pédiatrie) pourrait être facilité par une réduction de la durée du stage.

<p><b>3<sup>ème</sup> PARTIE</b></p> <p><b>AMELIORER L’AFFECTATION DES JUNIORS</b></p> <p><b>DANS UNE LOGIQUE DE SANTE PUBLIQUE</b></p>
---

**Proposition 3.30 :** (page 166)

Améliorer l'évaluation des besoins de santé :

- par l'intensification de la coordination de la production d'informations et d'études et de la recherche en se donnant les moyens d'une meilleure réactivité
- par l'harmonisation ou la création d'outils ou d'indicateurs de besoins
- en favorisant les études de besoins régionales et en sachant les affiner à l'échelle d'un département

**Proposition 3.31 :** (page 168)

Disposer d'une évaluation pertinente de la démographie médicale en :

- améliorant la qualité des outils techniques
- définissant de grandes orientations qualitatives voire quantitatives de l'offre
- adaptant l'offre à l'évolution des besoins, en favorisant la reconversion médicale

**Proposition 3.32 :** (page 174)

Définir la politique de santé publique relative aux effectifs médicaux :

- en répartissant les effectifs entre les filières et spécialités, notamment par le canal des flux d'entrées, ce qui impose la généralisation des quotas
- en répartissant les effectifs médicaux entre les régions, ce qui impose l'aménagement de la liberté d'installation.

**Proposition 3.33 :** (page 177)

Construire un nouveau mode d'affectation des internes qui donne priorité aux critères pédagogiques, incluant notamment :

- un choix éclairé
- une priorité donnée à la qualité de la formation

