

REFERENTIEL DES STAGES D'INTERNE **EN ANESTHESIE-REANIMATION**

Introduction

La récente réforme induite par la loi HSPT a amené les enseignants et praticiens d'anesthésie-réanimation à réfléchir sur l'organisation des stages d'internes inscrits au DES de notre spécialité. Cette réflexion est consensuelle, intégrant tous les médecins susceptibles de prendre en charge les internes dans le cadre de leur formation pratique.

Ce texte a pour but de rappeler les principales conditions d'agrément demandées par la spécialité et de clarifier le rôle de chacun dans ces stages en insistant sur les conditions d'encadrement, sur l'investissement pédagogique et sur la nécessité de l'évaluation. Il est enrichi en annexe de documents produits par le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR) et d'un certain nombre de textes officiels en rapport avec les stages d'interne.

Les auteurs de ce document (*par ordre alphabétique : L. Beydon, C. Ecoffey, H. Dupont, L. Jacob, G. Janvier, JF. Payen, T. Pottecher, M. Samama, P. Schoeffler*) soulignent que ce référentiel devra sans doute être actualisé car un certain nombre de textes précisant la loi HSPT vont prochainement être publiés.

Ce texte a fait l'objet d'une validation par les membres du directoire du CFAR, du bureau de la collégiale des enseignants et des coordonnateurs inter-régionaux.

A. Steib

Présidente du CFAR

G. Janvier

Président de la collégiale
des enseignants d'anesthésie-
réanimation

T. Pottecher

Secrétaire de la
coordination
inter-régionale

- **Chapitre 1** : Modalités d'évaluation d'un terrain de stage dans l'optique d'une demande d'agrément
- **Chapitre 2** : Evaluation des capacités d'accueil d'un service d'anesthésie
- **Chapitre 3** : Organisation et méthodologie des visites sur les terrains de stage
- **Chapitre 4** : Suivi de la progression de la compétence des internes
- **Chapitre 5** : Rôles respectifs des coordonnateurs subdivisionnaires et inter-régionaux dans l'organisation des stages
- **Chapitre 6** : Principes d'organisation spécifiques aux stages d'internes en anesthésie-réanimation

Chapitre 1 : Modalités d'évaluation d'un terrain de stage dans l'optique d'une demande d'agrément

1. Les principes généraux d'un stage pratique d'anesthésie réanimation

1.1. Définition du rôle des formateurs

Le formateur doit s'impliquer dans une relation personnelle avec son interne : il doit veiller à transférer son expérience pratique, ses compétences scientifiques et pédagogiques. **Chaque DES est un professionnel en formation, sous la responsabilité d'un ou de deux formateurs clairement identifiés.**

Les médecins formateurs du DESAR sont les suivants :

- **Coordonnateur inter-régional (CIR)** : PUPH d'anesthésie-réanimation exerçant le rôle de coordinateur de l'enseignement pour l'ensemble des subdivisions d'une inter-région, pendant une durée habituellement fixée à 3 ans. Il est le correspondant des ARS et des Facultés de son inter-région pour toutes les questions relatives à sa discipline. Il est responsable de l'organisation des enseignements théoriques inter-régionaux et des modalités de validation du diplôme d'anesthésie-réanimation.
- **Coordonnateur subdivisionnaire ou local (CL)** : PUPH d'anesthésie-réanimation en charge de l'enseignement théorique et pratique de la discipline au sein de la subdivision. Il valide les stages des internes DESAR sur proposition des tuteurs. Il organise les visites sur site pour les demandes d'ouverture de stage et pour évaluer les conditions d'encadrement des internes DESAR.
- **Tuteur (Tt)** : Ce médecin titulaire est responsable de la formation pratique des internes DESAR dans son établissement, pôle d'activité médicale, service ou unité. Il fait les demandes d'agrément de stage et veille à la bonne organisation de l'encadrement des internes dans son établissement.
- **Formateur de terrain (Ft)** : Ce médecin assure au quotidien (par exemple, bloc opératoire, SSPI, consultation, réanimation) la formation de l'interne sous forme d'un compagnonnage. Ce médecin est volontaire et possède des qualités pédagogiques reconnues. Chaque formateur ne peut encadrer qu'un nombre réduit d'internes en même temps, au maximum 2.

1.2. Modalités du transfert de compétences

Le transfert des compétences du formateur doit respecter trois principes :

1.2.1. L'exemplarité de son enseignement et la répétition guidée d'actes techniques avec les facteurs de corrections. Cette phase d'acquisition des pré-requis est primordiale.

1.2.2. Le stagiaire peut devenir autonome sous vigilance du formateur. Cette autonomie doit être progressive et le formateur doit savoir se positionner comme facilitateur d'apprentissage plus que comme exécutant.

1.2.3. Le stagiaire, autonome dans certains gestes et techniques, doit pouvoir bénéficier des conseils argumentés du formateur dans le choix d'une technique, par rapport à une autre, de réflexions stratégiques, et d'applications de choix médicaux (diagnostiques et/ou thérapeutiques).

Ces choix sont faits selon :

- les bonnes pratiques reconnues ou validées,
- des arguments scientifiques,

- dans une approche d'évaluation du rapport bénéfice/risque.

L'expérience du stage doit être intégrée dans les conditions locales d'exercice du formateur.

1.2.4. Chaque structure souhaitant obtenir l'agrément doit pouvoir prendre en charge et encadrer de manière adaptée un DES quel que soit son niveau d'avancement dans la formation. Il ne saurait y avoir de filière fléchée réservée aux internes en fin de cursus

2. Auto-évaluation des acquis techniques

Les objectifs pédagogiques doivent être décrits et identifiés pour chaque terrain de stage. Les objectifs sont valorisés par un processus d'auto-évaluation. L'auto-questionnaire est à mettre en place dans chaque terrain de stage (annexe). Il doit faire appel aux mots-clés définis par le CFAR. Cette auto-évaluation doit faire émerger des données quantitatives, qualitatives ou des lacunes.

3. Les critères d'agrément

Le terrain de stage doit tout d'abord répondre aux grilles de labellisation des stages en Anesthésie et en Réanimation définis par le CFAR (voir annexes). De plus :

- Le tuteur s'engage à faire découvrir au DESAR les potentialités de son établissement en matière d'originalité, de volume d'actes, de qualité des soins, et d'exemplarité.
- Le tuteur veille au maintien de l'exemplarité de l'unité d'accueil de l'interne :
 - par le souci du maintien d'une ambiance confraternelle, de progression commune, de solidarité, d'homogénéité médicale et organisationnelle au sein de l'équipe.
 - par la répartition équitable des contraintes, des devoirs et des valorisations en usage dans l'équipe.

4. Pertinence du stage

L'adéquation du stage aux besoins de formation du DES est appréciée par :

- l'utilisation du questionnaire d'auto-évaluation et la prise en compte des besoins personnels exprimés par le DESAR
- la qualité reconnue de l'Unité dans l'application des trois principes du transfert de compétences : acquisition des pré-requis, acquisition de l'autonomie, argumentation des choix (cf. paragraphe 1.2.).
- l'évaluation du DES.AR concernant le stage.

5. Tuteurs et formateurs

5.1. Avec l'aval du tuteur, plusieurs médecins formateurs peuvent être déclarés sur un même lieu de stage, dès que chacun est dépositaire d'une compétence ou exemplarité spécifique sur le secteur d'activité considéré.

5.2. Formation pédagogique des tuteurs et des formateurs

Il n'est pas demandé de formation pédagogique universitaire pour être tuteur ou formateur. La motivation exprimée et vérifiable (actions personnelles antérieures), l'expérience professionnelle, l'aptitude à documenter les affirmations, le sens de l'autocritique, l'aptitude à transmettre, sont les caractéristiques à privilégier. Le tuteur doit pouvoir disposer de temps, identifié par son institution pour son activité d'encadrement pédagogique.

Les tuteurs et les formateurs sont incités à participer à une réunion plénière annuelle coordonnée par le CL pour analyser et adapter les objectifs pédagogiques, les conditions de réalisation des stages et tous les points susceptibles d'améliorer l'encadrement et la pédagogie.

Le formateur veille à maintenir, avec le tuteur, la pérennité des critères de qualité du stage tels que définis dans la demande d'agrément.

6. Collaboration entre terrain de stage et le Coordinateur Local (CL)

Le(s) responsable(s) universitaire(s) doit encourager les tuteurs et les formateurs à participer à l'enseignement théorique du DESAR. Une contractualisation entre le coordonnateur local et le tuteur, précisant par exemple les objectifs d'acquisition au cours du stage et les modalités de validation de fin de stage, est indispensable.

7. Accueil et accessibilité du terrain de stage

7.1. La capacité et les conditions de l'accueil doivent être préalablement précisées en utilisant les grilles de labellisation des stages de formation en Anesthésie et en Réanimation, éditées par le CFAR.

7.2. La présence du DESAR sur le terrain de stage doit être aménagée pour permettre à celui-ci d'accéder et de participer effectivement, conformément à son statut, aux réunions de formation organisées sur le site universitaire et dans l'inter-région.

8. Production didactique issue du terrain de stage, destinée aux DESAR

Le tuteur et les formateurs du terrain de stage doivent fournir aux DESAR :

- des protocoles de conduite à tenir, ou de soins, ou thérapeutiques
- des analyses de cas cliniques
- des visites journalières de synthèse (pour les stages de réanimation)
- l'accès à une bibliothèque
- la mise à disposition de locaux permettant le travail personnel de secrétariat, de moyens informatiques, d'accès à l'information électronique.

9. Validation - Evaluation

9.1. Evaluation du DESAR et validation de fin de stage

Elle doit être faite immédiatement en fin de stage en présence du DESAR par le tuteur, de préférence avec le formateur (cf. formulaires en annexe).

Le responsable universitaire (CL) et le tuteur jugent des objectifs atteints avant validation définitive du stage. Ces informations doivent être communiquées au(x) responsable(s) universitaire(s), qui en réalise(nt) la synthèse.

Une mention particulière porte sur la détection de DESAR en situation de difficulté, voire d'échec. Ce constat est difficile et souvent retardé. Il importe que tous les responsables de stage, puissent informer le responsable universitaire, de ces difficultés en cours ou à l'issue du stage.

9.2. Evaluation du terrain de stage par le DESAR

Le DESAR doit exprimer son opinion sur chaque point suivant, par un système de cotation en quatre points de valeur croissante (cf. formulaires en annexe) :

- la qualité de l'enseignement
- la qualité de l'encadrement
- l'organisation de l'unité
- intégration du DESAR et son rôle au sein de l'équipe
- l'accessibilité géographique du lieu de stage
- qualité et volume de l'activité clinique

Une évaluation négative et répétée du terrain de stage doit conduire à une visite sur site par le CL et peut amener à un retrait d'agrément.

10. La commission de subdivision

Le fonctionnement de cette commission est réglementé par un arrêté du 22.04.04 (cf. annexe). Cette commission est composée de l'ARS, de responsables d'établissements (actuellement publics ou PSPH), d'un nombre réduit d'enseignants (chaque spécialité n'y est pas forcément représentée), de représentants des internes de spécialité et de médecine générale et de membres des CME. Elle assure deux rôles principaux

10.1. Proposition d'agrément

Tout chef de service qui souhaite accueillir des internes dans son service remplit un dossier (actuellement commun à toutes les spécialités) et y joint son projet de service. L'ARS transmet ce document au CIR qui propose une acceptation ou un refus d'agrément. La proposition du CIR est d'autant plus valable qu'elle est argumentée.

La commission subdivisionnaire présidée par le Doyen de la Faculté reçoit lecture des propositions du CIR, elle donne ensuite un avis sur chaque demande qu'elle transmet à l'ARS qui décide en dernier recours (l'ARS va très rarement à l'encontre de la position de la commission).

10.2. Adéquation entre postes ouverts dans les établissements et besoins des internes

La commission est chargée d'ouvrir par semestre, au sein des structures agréées, des postes pour les internes. Cette commission est présidée par l'ARS, elle reçoit les remarques des internes sur les terrains de stage et ouvre les postes en fonction des demandes personnelles des internes qui ont des maquettes à respecter et de l'effectif d'internes en cours de formation dans la spécialité. Cette commission décide du nombre de postes ouverts hors CHU.

Chapitre 2 : Evaluation des capacités d'accueil d'un service d'anesthésie-réanimation

1. Principes

Les critères d'agrément sont globaux et décernent à l'établissement l'autorisation de recevoir des internes en formation. Ces critères ne permettent pas forcément de préciser le nombre d'internes susceptibles d'y être formés. Il n'y a pas actuellement de critères évaluant de manière consensuelle cette capacité d'accueil pour un établissement ou une unité. On peut cependant essayer d'en proposer en se basant sur les principes suivants :

- la capacité d'accueil est conditionnée à l'importance de l'activité clinique du service agréé, permettant au DES d'y acquérir une expérience suffisante.
- les indicateurs doivent être simples et robustes.

Ces critères ne sont validés ni par une société savante, ni par un organisme d'état. Ils doivent être considérés comme indicatifs et pourraient/devraient faire l'objet de validation locale

2. Critères proposés

Pour accueillir un DES en anesthésie, il faut que lui soient confiées, au minimum, les tâches suivantes qu'il fera directement avec un superviseur toujours disponible :

- pratique de l'anesthésie d'environ 20 heures par semaine
- accès aux patients pris en charge dans un contexte d'urgence
- accès à des consultations d'anesthésie
- nombre de gardes formatrices mensuelles/interne : entre 4 et 7 souhaitable
- nombre de gardes de porte mensuelle/interne : <3

Pour accueillir un DES dans une structure de réa, il faut, au minimum, que lui soient confiées les tâches suivantes qu'il fera directement avec un superviseur toujours disponible :

- responsabilité directe de 4 lits
- nombre de gardes formatrices mensuelles/interne : entre 4 et 7 souhaitable
- nombre de gardes de porte mensuelle/interne : <3

Pour d'autres stages (CETD, Samu-Smur...) des critères de capacité d'accueil spécifiques peuvent être utilisés s'ils sont validés par le responsable universitaire.

Chapitre 3 : Organisation et méthodologie des visites sur les terrains de stage

Les visites sur les terrains de stage se conçoivent dans deux buts principaux :

- visite en vue de l'obtention de l'agrément (dans le cadre de l'arrêté du 22.09.04.)
- visite de contrôle pour évaluer les conditions de réalisation du stage

1. Visite sur site pour une demande d'agrément

Cette visite a lieu pour toute demande d'un nouvel agrément. Elle doit aussi être effectuée pendant la période probatoire (nouveau chef de service) et lors du renouvellement d'agrément.

1.1. Objectifs

Il est pour le CL de venir vérifier sur place la concordance des informations fournies par l'établissement demandeur à l'ARS avec l'existant. Avant de prévoir une visite d'agrément, le coordonnateur aura pris connaissance du questionnaire de demande d'agrément rempli au préalable par l'établissement demandeur. Le CL se sera enquis auprès des mêmes ARS de l'existence d'un agrément ancien de cet établissement éventuellement suspendu ou non renouvelé. Enfin, le CL aura pris rendez-vous, longtemps à l'avance, avec le chef du service d'Anesthésie-Réanimation dans l'établissement concerné.

1.2. Items à analyser lors de la visite d'agrément

Elle va représenter la mise en situation du questionnaire et permettre à l'équipe du coordonnateur de se projeter à la place d'un interne et de savoir si le service est suffisamment formateur et si les informations fournies sur le questionnaire sont suffisantes pour avoir des garanties de qualité dans la formation des internes.

1.2.1. *Activité du service*

L'activité réelle du service sera vérifiée. L'activité opératoire (ou de maternité) sera quantifiée, le nombre de sites opératoires inventorié. Plus qu'un nombre d'emplacements dans une SSPI ou un nombre de lits en réanimation, il conviendra de s'assurer que ces lits ou emplacements sont remplis régulièrement (taux d'occupation de la salle de réveil et de la réanimation, horaires d'ouverture de la salle de réveil, durée moyenne de séjour, nombre d'entrées par an dans l'une comme dans l'autre structure).

1.2.2. *Responsabilités confiées à l'interne*

Sachant qu'un stage peut être choisi indifféremment par un premier ou un dixième semestre, il faudra à la fois :

- envisager les modalités d'encadrement de l'interne qui n'est pas autonome et vérifier qu'à chaque étape de sa journée, il est encadré par un praticien senior
- pour les internes qui ont dépassé déjà quatre ou cinq semestres, s'enquérir des modalités d'autonomisation.

Les responsabilités doivent être mesurées aussi bien pour la période diurne que nocturne et ces responsabilités sont d'autant plus souvent importantes que le nombre d'internes est limité. Il faudra déterminer le nombre de gardes par interne si le service possède une liste de gardes.

1.2.3. *Encadrement et moyens*

L'effectif de praticiens hospitaliers, de praticiens attachés, de temps partiel ou de médecins libéraux devra être connu. L'organisation de réunion de débriefing clinique, de morbi-mortalité ou de transmission de gardes régulières devra être vérifiée.

1.2.4. Formation et recherche

Même si ce n'est pas toujours possible, notamment dans un certain nombre de petites structures, le coordonnateur vérifiera l'existence des réunions médicales multi-services, des réunions de bibliographie, le niveau de publication de l'équipe demandeuse, et l'encadrement des internes qui pourrait aboutir à des présentations à des congrès ou éventuellement à des publications. L'existence d'une bibliothèque dans l'établissement sera vérifiée ainsi que la possibilité pour les internes de disposer d'un bureau avec un téléphone et un ordinateur connecté à internet.

1.2.5. Evaluation

L'évaluation du terrain de stage par les internes devra être commentée et détaillée.

1.3. Conclusion et conséquences de la visite

A la fin de cette visite, une réunion sera organisée par le CL et le Chef de Service afin de lister l'ensemble des points forts et des points faibles du service. Un courrier sera ensuite adressé par le coordonnateur au Chef de Service pour l'informer de la décision. Dans le cas où l'établissement serait retenu pour l'agrément, le Chef de Service devra se charger de l'ensemble des démarches et le CL défendra l'agrément du service lors de la réunion annuelle d'agrément à l'ARS.

2. Visite sur site pour évaluer les conditions d'encadrement du stage

Cette visite est réalisée à l'initiative du CL qui peut se faire accompagner d'un représentant des internes. Cette visite est particulièrement utile :

- au cours de la première année d'agrément
- si les évaluations de stage sont négatives ou très divergentes.

Cette visite portera, entre autres, sur le travail effectivement confié au DES et sur les conditions d'encadrement. Cette visite se conclut par un échange avec les médecins de la structure, le CR établit un CR qui est transmis au CIR.

Chapitre 4 : Suivi de la progression de compétence des internes (auto-test des acquis pratiques)

Le suivi des compétences techniques des DESAR est construit sous forme d'un auto-test (cf. annexes), réalisé à la fin de chaque semestre par les DESAR selon le principe suivant :

- Une liste des gestes, des interventions techniques ou des pathologies rencontrées en anesthésie-réanimation, constituant le corpus des principales connaissances nécessaires à un AR sont disponibles sous forme d'un carnet en format pdf (disponible sur le site CFAR, à la rubrique « formation initiale DESAR).
- Chaque DESAR en premier semestre imprime ce fascicule et le garde durant la totalité de son cursus. Il remplit ce carnet à la fin de chaque semestre en mettant en regard de chaque item, une des mentions suivantes :
 - Jamais vu
 - Vu mais pas pratiqué
 - Pratiqué mais pas maîtrisé
 - Maîtrisé
- Au semestre suivant, il repasse en revue chaque item et coche de façon incrémentale sa progression (ex : intubation sous fibroscopie, passant de « pratiqué mais pas maîtrisé » à « maîtrisé »)
- Le DESAR utilise ce carnet pour un débriefing de fin de semestre avec le CL pour revoir les acquis et les manques. C'est aussi pour le CL, un moyen de suivre la progression des acquis dans les stages dont il assure la coordination. Il peut en découler une modification de ce qu'il demandera aux acteurs des différents terrains de stage, pour fiabiliser l'obtention des acquis.

Le rôle des coordinateurs locaux sera :

- de demander aux nouveaux DESAR de télécharger le carnet et l'imprimer, à leur début en anesthésie réanimation
- d'expliquer l'intérêt à remplir ce carnet à la fin de chaque semestre permettant un entretien de débriefing individuel régulier avec chaque DESAR
- de demander aux DESAR de 10^e semestre de remplir la version électronique (site web) en insistant sur l'utilité majeure pour la spécialité d'un tel retour d'expérience

Chapitre 5 : Rôles respectifs des enseignants et formateurs des internes en anesthésie-réanimation

Scolarité	
Inscription DES	CL
Inscription définitive (fin 4 ^{ème} semestre)	CL + CIR si problème
Suivi des DES (milieu de formation par exemple)	CL + CIR si problème
Organisation enseignement local du DESAR	CL
Organisation enseignement Inter Régional du DESAR	CIR + réunion enseignants
Stages	
Validation du choix du DES	CL
Visites sur site	CL + tuteur
Demande d'agrément de stage	tuteur
Accord pour agrément	CIR après avis CL
Suivi au quotidien de la progression	formateur
Evaluation à mi stage	Tuteur + formateur
Validation stages	CL après avis du tuteur et du formateur
Validation stages hors spécialité	CL
Validation stages hors subdivision	CIR après avis CL
Autorisation inter-CHU	CIR après avis CL
Examen fin de spécialité	
Organisation soutenance mémoire	CIR
Définition des modalités d'examen	CIR + réunion enseignants
Décision de validation ou de refus	CIR + réunion enseignants

Chapitre 6 : Principes d'organisation spécifique aux stages d'internes DESAR

Les membres du groupe de travail Coordonnateurs-CFAR-Collégiale souhaitent fortement que, pour toute structure publique ou privée faisant une demande d'agrément, les critères d'habilitation soient les mêmes. Ces critères concernent les conditions d'encadrement, les moyens pédagogiques existant dans la structure et la quantification de l'activité d'anesthésie et/ou de réanimation. Par ailleurs, les stages du DESAR doivent répondre à une maquette définie au JO. Il nous a paru important de souligner quelques spécificités afin de rendre plus facile l'organisation pratique des stages.

1. Conditions de choix du stage par l'interne

En règle générale, le choix du lieu de stage est effectué par chaque interne en fonction de son ancienneté et de son rang de classement à l'ECN. Dans notre spécialité où a été instaurée une maquette avec un certain nombre de stages obligatoires, il peut arriver que le souhait d'un interne plus ancien de refaire un stage dans un domaine particulier (par exemple : anesthésie pédiatrique, ALR) où le nombre de places est limité mette un autre DES dans l'impossibilité de compléter sa maquette. Ainsi, un stage qui ferait doublon avec ce qui a déjà été acquis pourrait être refusé par le CL s'il obère les capacités de formation des autres DES.

Un stage dans une structure privée est comptabilisé dans le quota des stages dits hors-CHU, sa durée ne pourra pas dépasser 6 mois afin de permettre aux internes d'accéder également au fonctionnement du secteur public non universitaire.

2. Durée du stage:

Les stages dans un site ont habituellement une durée de 6 mois. Il est possible, sur un même site, de pratiquer deux activités distinctes d'anesthésie ou de réanimation (exemple : ORL-anesthésie pédiatrique). Le CL organise cette partition pour satisfaire aux besoins de la maquette. Ces modalités de répartition devront être connues des internes au moment de leur choix.

3. Organisation des gardes

Si le lieu de stage comporte des gardes accessibles à l'interne, celui-ci les effectue sur place. L'interne DESAR bénéficie du repos de sécurité le lendemain de ses gardes.

Si le lieu de stage ne comporte pas de gardes et, comme la participation des internes aux gardes est obligatoire dans leur formation, le CL demandera l'interne de prendre des gardes sur un ou plusieurs autres sites, le repos de sécurité sera pris sur le lieu de stage.

4. Remplacement

Après l'obtention de la licence de remplacement, l'interne peut effectuer des remplacements pendant ses périodes de congé. Ces dispositions ne s'applique pas pendant un stage dans des structures privées.

5. Participation aux enseignements

Quel que soit le lieu de stage, l'interne doit être libéré pour suivre les enseignements organisés pour la formation du DESAR (2 demi-journées par semaine environ). Le non respect de cette disposition par le tuteur et/ou le formateur conduit au retrait de l'agrément.

6. Evaluation du stage

Une évaluation anonyme sera remplie par le DES à la fin de chaque stage à l'aide du formulaire du CFAR. Cette évaluation est adressée au CL qui en fera une synthèse annuelle au CIR.

ANNEXE :

Projet pédagogique à déposer par le tuteur d'un service souhaitant obtenir un agrément

Grilles de labellisation des stages de formation en Anesthésie et en Réanimation (CFAR).

Suivi de la progression des compétences des internes

Formulaires d'évaluation du stage et du terrain de stage (CFAR)

Textes administratifs

Statuts des internes

Commission subdivisionnaire

Stages et validation des stages d'interne

- structures
- techniques
- ce qui ne sera pas pratiqué dans le service :

1.3. Mode de fonctionnement du service (amplitudes horaires, horaires des consultations, garde...)

2- Engagements du service vis-à-vis de l'interne

- 2.1. Accueil le premier jour du stage
 - présentation du service et de son fonctionnement
 - présentation des objectifs pédagogiques
- 2.2. Activités pédagogiques du service
 - enseignement pratique: au bloc
 - en consultation
 - dans les services de soins
 - en réanimation
 - formation théorique : type (RMM, staff, bibliographie,...) et périodicité
- 2.3. Tâches nécessitant un accompagnement pédagogique
 - gestes techniques :
 - autres :
- 2.4. Activités de recherche clinique (éventuellement)
 - type de recherche

3- Responsabilités de l'interne vis-à-vis du service et des patients

- 3.1. Horaires
 - Du lundi au vendredi inclus :
 - Samedi matin :
- 3.2. Gardes
 - conditions d'accès :
 - senior sur place :
 - repos de sécurité :
- 3.3. Vacances et absences
- 3.4. Comportement et responsabilités vis-à-vis des patients
- 3.5. Responsabilités vis-à-vis du dossier du patient

4- Objectifs pédagogiques de stage

- 4.1. Objectifs généraux
- 4.2. Objectifs spécifiques (le cas échéant)

Grille de Labellisation d'un STAGE D'ANESTHÉSIE

GRILLE DE LABELISATION POUR UN SERVICE D'ANESTHÉSIE			
encerclez votre réponse ou décrivez en texte libre, selon les cas			
<u>DONNEES GENERALES</u>			
Nombre de salles d'opération			nbre :
Disciplines chirurgicales accessibles à l'interne durant le stage pour pratiquer l'anesthésie			
Nombre d'anesthésies par an	> 4000 / an		nbre :
Nbre d'ALR			nbre :
Secteur ambulatoire	oui	non	
Nombre d'interventions en ambulatoire / an			nbre :
Nombre de médecins seniors	≥ 5 ETP pour la		nbre :
Nombre de médecins inscrits à la SFAR et au CFAR	SFAR :	CFAR:	
Nbre IADE			nbre :
Nbre médecins de garde	Senior :	Interne :	
Possibilité de pratiquer l'anesthésie dans 2 disciplines chirurgicales différentes sur les 6 mois	oui	non	
Il existe des protocoles accessibles à l'interne ?	oui	non	
L'interne participera à la visite préopératoire	oui	non	
L'interne participera à la consultation	oui	non	
Il existe un centre d'évaluation et de traitement de la douleur auquel l'interne peut participer	oui	non	
Encadrement médical permanent permettant de tester le degré d'autonomie de l'interne			
en consultation	oui	non	
au bloc opératoire	oui	non	
pendant la visite postopératoire	oui	non	
Existence d'une réunion programmée sur des dossiers avec mise à jour des connaissances pluridisciplinaires, analyse d'articles (minimum 3 à 4/semestre)	oui	non	fréquence :
Existence de revues morbi-mortalité auxquelles l'interne doit participer	oui	non	fréquence :
Existence d'une bibliothèque d'établissement avec accès aux revues de la discipline (connexion à une base de données)	oui	non	
L'organisation du service et la localisation géographique par rapport au CHU doivent permettre la présence de l'interne aux enseignements organisés par le CHU	oui	non	
Le responsable de l'anesthésie s'engage à faire utiliser et remplir le questionnaire d'auto-évaluation (disponible à la rubrique formation initiale du site du CFAR (www.cfar.org))	oui	non	
Le responsable de l'anesthésie accepte les visites d'évaluation par le coordonnateur du DES d'anesthésie-réanimation ou son représentant. La base retenue est : une visite avant agrément et une lors de la première année d'agrément. Au moins une visite tous les 5 ans ensuite, ou en cas de changement de profil de la réanimation ou de son responsable.	oui	non	
Points forts actuels du service (activité, structures, techniques)			

Grille de Labellisation d'un STAGE DE RÉANIMATION

GRILLE DE LABELISATION POUR UNE REANIMATION

encerclez votre réponse ou décrivez en texte libre, selon les cas			
DONNEES GENERALES			
Nombre de lits de réanimation ≥ 8	oui	non	nbre :
Nombre de lits d'USC			nbre :
Indicateurs d'activité en vigueur tel que déterminés par la circulaire accompagnant le décret sur les réanimations :			
Nombre d'admissions par an			nbre :
Durée moyenne de séjour			durée :
Taux d'occupation > 70 %	oui	non	taux :
Plus de 20 % de malades ventilés plus de 48 heures	oui	non	taux :
IGS II moyen			IGS II :
Taux de mortalité			taux :
Recrutement	chirurgie programmée		% :
	chirurgie non programmée		% :
	traumatologie :		% :
	médecine :		% :
Encadrement par une équipe médicale comprenant au moins (en permanence) un médecin qualifié en anesthésie-réanimation ou en réanimation	oui	non	
Nombre de médecins seniors			nbre :
Nombre de médecins inscrits à la SFAR et au CFAR	SFAR :	CFAR:	
Nbre IDE			nbre :
Garde spécifique pour réanimation	oui	non	
Nbre médecins de garde	Senior :	Interne :	
Il existe des protocoles de soins, par pathologie	oui	non	
Existence d'une revue journalière des dossiers des patients ou d'une visite journalière de synthèse	oui	non	
Existence d'une réunion programmée sur des dossiers avec mise à jour des connaissances pluridisciplinaires, analyse d'articles (minimum 3 à 4/semestre)	oui	non	fréquence :
Existence de revues morbi-mortalité auxquelles l'interne doit participer	oui	non	fréquence :
Existence d'une bibliothèque d'établissement avec accès aux revues de la discipline (connexion à une base de données)	oui	non	
L'organisation du service et la localisation géographique par rapport au CHU doivent permettre la présence de l'interne aux enseignements organisés par le CHU	oui	non	
Le responsable de la réanimation s'engage à faire utiliser et remplir le questionnaire d'auto-évaluation (disponible à la rubrique formation initiale du site du CFAR (www.cfar.org))	oui	non	
Le responsable de la réanimation accepte les visites d'évaluation par le coordonnateur du DES d'anesthésie-réanimation ou son représentant. La base retenue est : une visite avant agrément et une lors de la première année d'agrément. Au moins une visite tous les 5 ans ensuite, ou en cas de changement de profil de la réanimation ou de son responsable.	oui	non	
Points forts actuels du service (activité, structures, techniques)			
Objectifs pédagogiques prioritaires du service pour l'interne			
Perspectives de développement dans les 5 ans (activité, structures, techniques)			

DES d'Anesthésie Réanimation
Carnet d'auto-test des acquis cliniques (1° au 9° semestre)

Votre nom :

Objectif :

Ce carnet a pour but de vous permettre de valider les principaux acquis cliniques couverts par l'enseignement du DES d'Anesthésie Réanimation. Vous pourrez ainsi suivre au fil de vos stages, votre progression.

Les items envisagés ne se veulent pas exhaustifs mais sont choisis afin d'échantillonner les acquis principaux.

Deux cas distincts :

Pour les 1 aux 9° semestres inclus, nous vous proposons de remplir ce carnet à la fin de chaque semestre.

Pour les 10° semestres, nous vous demandons de remplir l'équivalent de ce formulaire, sous forme d'un questionnaire électronique (www.cfar.org à la rubrique « Formation Initiale »).

En effet, nous souhaitons, à l'issue de votre DES pouvoir colliger au niveau national, les acquis des DES, afin de suivre ces acquis et pouvoir modifier l'enseignement en conséquence ; le cas échéant. Ce questionnaire électronique est anonyme. Il comprend une rubrique en texte libre, vous permettant de faire part aux enseignants de vos commentaires, remarques positives ou négatives. Aidez-nous à vous aider en remplissant ce questionnaire informatique, cela prend 20 minutes.

Mode d'emploi de ce carnet :

En regard de chaque item se trouvent 3 cases. Cotez ainsi, au fil des semestres :

--	--	--

☞ Situation ou acquis pas vu, pas rencontré, laisser les carrés blancs :

/		
---	--	--

☞ Situation vue quad pratiquée par d'autres, mais pas pratiquée vous-même (un trait en diagonale) dans 1° case :

/	/	
---	---	--

☞ Situation pratiquée par vous mais pas maîtrisée (diagonale plus demi-trait dans case du milieu) :

/	X	
---	---	--

☞ Situation maîtrisée (croix dans case de droite)

La Collégiale des Enseignants du DES d'Anesthésie Réanimation et la Commission Formation Initiale du CFAR.

<i>Anesthésie</i>			
Vérification ouverture salle complète en 10'			
Gestion panne respirateur			
Gestion panne complète électrique			
Moniteur curarisation			
Check list préopératoire (HAS)			
Utilisation défibrillateur			
Contrôle terminal sang (solo)			
Gestion cell saver (solo)			
Gestion accélérateur sang (solo)			
Induction sevoflurane			
Pose voies centrales/fémorale en urgence			
Test d'Allen			
Pose de Kt radial			
AIVOC			
Situation "cannot ventilate/cannot intubate"			
Utilisation mandrin Frova ou équivalent			
Fastrach et intubation			
Intubation sous fibroscopie			
Abord inter-crico (sur cadavre ou mannequin)			
HT maligne (simulation)			
Anaphylaxie en vrai			
Anaphylaxie (simulation)			
Perte voies veineuse perop			
Installation gynéco			
Installation ventrale			
Installation latérale			
Patient porteur de pace maker/défibrillateur			
Gestion des AVE en urgence et programmé			
Gestion patient avec stent actif en urgence			
Gestion rétrécissement aortique et chair noncardiaque			
Souffrance coronaire perop			
BAV III perop (en vrai)			
BAV III perop (simulation)			
Bradycardie sévère sous rachi			
Arrêt cardiaque perop (en vrai)			
Arrêt cardiaque perop (simulation)			
Gestion arrêt cardiaque "dans Sca de l'hospitalisation"			
Voie veineuse périphérique introuvable			
Patient > 150 kg en urgence			
Anesthésie du drépanocytaire			
Porphyrie et anesthésie			

Anesthésie et parkinson			
Anesthésie et myasthénie			
Prise en charge périopératoire du diabétique			
Apnées sommeil en périopératoire			
Epilepsie et périopératoire			
Tabac et périopératoire			
Alcool, toxicomanie et anesthésie			
Règles gestion des stupéfiants			
<i>Chirurgie viscérale</i>			
Consultation d'anesthésie en double			
Consultation d'anesthésie solo			
Renutrition préopératoire			
Gestion de la nutrition parentérale exclusive			
Gestion nutrition entérale			
Gestion des fistules digestives			
Endoscopie colique			
Chirurgie proctologique			
Exérèse hépatique			
Greffes hépatique			
Chirurgie bariatrique sous celio			
Chirurgie coelioscopique autre			
DPC			
Chirurgie pancréatique			
Oesophagectomie			
Antibiothérapie des péritonites			
Analgesie par infiltration			
Analgesie péridurale			
<i>Chirurgie thoracique</i>			
Consultation d'anesthésie en double			
Consultation d'anesthésie solo			
Garde en rea ou USC correspondante			
Intubation sélective			
Intubation fibroscopique			
Fibroscopie bronchique (fibro-aspiration)			
Chirurgie d'exérèse pulmonaire			
Chirurgie de l'emphysème			
Greffes pulmonaire			
Stents trachéaux			
Exérèse masse comprimant trachée			
Gestion des drains thoraciques			
Induction pour hémoptysie massive			
Pleuroscopie			

Réanimation adulte			
Echelles de sédation / analgésie			
Ventilation du SDRA			
Prone position			
Sevrage de la ventilation			
Voies centrales (les 3 sites)			
Voies centrales tunnélisées			
Gestion alimentation entérale et complications			
Gestion alimentation parentérale (dont oligo éléments, vitamines)			
Dialyse prescription / supervision			
Hémofiltration continue			
pansements complexes			
Prélèvements bronchiques dirigés			
Fibro-aspiration bronchique			
Trachéotomie percutanée			
Décision et respect d'isolement			
Staphylocoque méti-R			
Pseudomonas aeruginosa			
BGN multi-résistants			
AB pour pneumopathie nosocomiale			
Trachéo percutanée			
Gestion HTIC			
Doppler transcrânien			
Réanimation mort cérébrale			
Accueil familles en vue don d'organes			
Procédure collégiale LATA (limitation/arrêt thérapeutique)			
Echo cardiaque (transthoracique)			
Echo cardiaque (transoeso)			
Echo pleurale			
Echo rénale			
Gestion choc septique			
Pleurésie purulente			
Méningite bactérienne			
Fistule broncho-pleurale			
Gestion pancréatite			
Gestion méningite			
Evaluation instrumentale de la volémie (Delta PP et échographie)			
Swan Ganz et mesures			
Drainage thoracique			
Guillain Barré			
Tetraplégie traumatique			
Myasthénie			
Méningo-encéphalite			

Myocardite			
Endocardite bactérienne			
Embolie pulmonaire sévère			
Choc électrique pour trouble rythme			
Inox au CO			
Gangrène gazeuse			
Embolie gazeuse			
Brûlure étendues et sévères			
Ingestion caustique			
TS balistique			
Coma acido-cétosique			
Autre coma métabolique			
Paludisme grave			
Accident transfusionnel TRALI			
Premier entretien avec familles (solo)			
Annnonce mauvaise nouvelle familles (solo)			
Conférence morbi-mortalité (participation active)			
Staff médico-chirurgical (participation active)			
Participation résolution de conflit interne			
Déclaration d'événements indésirables graves			
Moyens prévention erreurs médicamenteuses			
Moyen prévention conflits			
Assistance collègue en souffrance morale			
Suspicion/ gestion addiction professionnelle			
Gestion burnout équipe			
Management participatif			
Rédaction certificat médical descriptif			
Saisie judiciaire de dossier médical			

Orthopédie			
Consultation d'anesthésie en double			
Consultation d'anesthésie solo			
Gestion de des anticoagulants et relais domicile			
Anticoagulants et ALR			
Chirurgie prothétique genou			
Chirurgie arthroscopique épaule			
Chirurgie rachis cervical instable			
Corporectomie			
Calcul du saignement admissible			
Gestion de la transfusion autologue programmée			
Techniques de récupération sanguines postopératoires			
Apport martial iv.			
Neurostimulation			
Echographie ARL mb sup			
Echographie ALR mb inf			
Bloc ilio-inguinal			
Bloc sciatique			
Bloc au genou			
Bloc pied			
Bloc obturateur			
Bloc interscanique			
Bloc axillaire			
Bloc canal huméral			
Blocs distaux mb sup			
Rachianesthésie pour chir orthopédique			
Anesthésie "géronte" (> 90 ans)			
Gestion du délire postopératoire			
Ambulatoire			
Connaissance des règles pour ambulatoire			
Maîtrise des conditions de sortie			
Ordonnances et mesures écrites à remettre au patient			
Sortie avec ALR sur KT			
Impossibilité de sortie			
Réadmission en urgence			
Interface avec médecin de ville			
Interface avec IDE de ville			

Gynéco-obstétrique			
Consultation d'anesthésie en double			
Consultation d'anesthésie solo			
Péridurale obstétricale			
Blocs périméaux			
Gestion de césarienne sous AG (solo supervisé)			
Gestion de rachi peri en urgence pour césar.			
Gestion échec peri			
Gestion hypertonie utérine			
Pré-éclampsie			
Eclampsie vraie			
HELLP syndrome			
Monitoring foetal			
Troubles hémostasie et grossesse			
Réanimation du NN en salle de naissance			
Pose KT ombilical			
Embolie amniotique			
Surveillance hge délivrance et décision ultérieure			
Hémorragie de la délivrance et chir de sauvetage			
Hémorragie de la délivrance et embolisation			
Dystocie utérine			
Rupture utérine			
GEU en choc			
Induction pour hémorragie peripartum sévère			
Anesthésie pour FIV (ventilation au masque)			
Grossesse et cardiopathie (dont valve mécanique)			
Grossesse et thrombophilie			
Thrombose en postpartum			
Chirurgie vasculaire			
Consultation d'anesthésie en double			
Consultation d'anesthésie solo			
Gestion des AVK (pré et postop)			
Gestion des héparines			
Anesthésie aneurisme rompu			
Remplacement aorte abdominale			
Remplacement aorte thoracique			
Amputations sous ALR			
Endoprothèse aortique			
Gestion ischémie mésentérique			
Péridurale thoracique			
Gardes en réa ou USC correspondante			

3

Déchocage-traumatologie			
Accueil polytrauma grave			
Pose voie central fémorale en urgence			
Pose drain thoracique			
Crash induction			
Anesthésie et choc hémorragique			
Intubation avec minerve			
Transfusion massive avec accélérateur			
Cell saver au bloc opératoire			
Vérification du sang en situation critique			
Ouverture de salle/induction en moins de 5 minutes			
Intubation sélective en urgence			
Gestion d'un brûlé			
Fracture bassin			
Fracture rachis cervical			
FAST Echo			
Doppler transcrânien			
Coordination équipe			
Gestion familles solo			
Gestion agressivité proches			
ORL			
Consultation d'anesthésie en double			
Consultation d'anesthésie en solo			
Chir laser			
Laryngo suspension			
Jet ventilation			
Amygdales / végétations			
Chirurgie velopalatine			
Laryngectomies			
Incidents de contrôle de l'airway			
Trachéotomie en urgence			
Anesthésie pour epistaxis majeur			
Gestion de trachéotomie			
Ophthalmologie			
Bloc peribulbaire			
Chirurgie du strabisme			
Chirurgie de la cataracte			

Neurochirurgie			
Consultation d'anesthésie en double			
Consultation d'anesthésie solo			
Cotation score Glasgow			
Hématome extradural			
Hématome sous-dural			
Chirurgie sus tentorielle avec HTIC			
Evaluation risque HTIC et saignement sur TDM			
Anesthésie et HTIC			
Chirurgie sous-tentorielle			
Chirurgie hypophyse et gestion postop			
Participation à implantation monitoring PIC			
Gestion DVE			
Embolisation aneurismale			
Chirurgie aneurismale			
Chirurgie éveillée			
Antibiothérapie méningites			
Antibiothérapie abcès cérébraux			
Gestion des hyponatrémies			
Gestion diabète insipide			
Gestion des anticoagulant			
Prophylaxie comitiale			
Gestion des dosages anticomitiaux			
Contrôle des hémostasies préop "limites"			
Gardes en réanimation ou USC correspondante			

<i>Urologie</i>			
Consultation d'anesthésie en double			
Consultation d'anesthésie solo			
Prostatectomie radicale			
Nephrectomie			
Drainage en situation septique			
Lithonitrite			
Gestion des hypotenseurs de rachis			
Grefte rénale			
Anesthésie du dialysé			
Anesthésie pour FAV			
TURP syndrome			
Sondage difficile			
KT sus pubien			

<i>SAMU / SMUR</i>			
Prise en charge polytrauma grave			
Prise en charge plaie balistique thorax ou abdo grave			
Prise en charge défenestré			
Prise en charge noyé			
Prise en charge incarcéré complexe			
Intervention en milieu hostile			
Etat de mal comitial			
Etat de mal asthmatique			
Choc anaphylactique			
Arrêt cardiaque du nourrisson			
Gestion IDM à la phase aiguë			
Transport hélicoptère			
Trauma enfant < 2 ans			
Noyade de l'enfant			
Transport NN sous incubateur			
Transport NN ventilé			
Réanimation en salle de naissance			
Accouchement à domicile			
Régulation			
Plan blanc			

<i>Centre anti-cancéreux</i>			
Analgesie si opiacés au long cours			
Relais opiacés au long cours			
Consultation douleur chronique			
Analgesie périmédullaire au long cours			
Consultation de douleur chronique (participation)			
Toxicité des cytolytiques			
Pose de sites implantables			
Gestion pratique sites implantables			

<i>Anesthésie pédiatrique</i>			
Consultation d'anesthésie (duo)			
Consultation d'anesthésie (solo)			
Prémédication			
Sédation pour actes diagnostiques			
AG pour imagerie			
Anesthésie ambulatoire			
Pose voie veineuse chez nourrisson "enveloppé"			
Gestion des parents à l'induction			
Dilution des drogues anesthésiques			
Induction au masque			
Masque laryngé			
Laryngospasme à l'induction/réveil			
Choix de la sonde d'intubation (solo fiable)			
Ventilation au masque			
Gestion des amines			
Gestion des apports hydriques			
Amygdalectomie			
Végétations			
Aérateurs tympaniques			
Circuncision			
Appendicectomie en urgence			
Hernie inguinale			
Hernie ombilicale			
Chirurgie urinaire malformative complexe			
Chirurgie de la scoliose			
Anesthésie de l'enfant cardiopathe congénital (hors chir cardiaque)			
Anesthésie du nouveau né			
Sténose pylorique			
Gestion PCA			
Voie centrale échoguidée			
Bloc pénién			
Caudale			

5

<i>Réanimation pédiatrique</i>			
Scores de sédation chez l'enfant			
Réglage du respirateur			
HFO (ventilation haute fréquence) chez l'enfant			
SDRA de l'enfant			
Epuration extra-rénale chez l'enfant			
Dialyse péritonéale			
Choc septique			
Administration des amines			
Remplissage vasculaire			
Voie intra-osseuse			
Doppler transcrânien			
Nutrition parentérale			
Réanimation cardiopulmonaire			
Décision limitation/arrêt thérapeutique			

<i>Chirurgie cardiaque</i>			
Consultation d'anesthésie en double			
Consultation d'anesthésie solo			
Gestion des AVK (pré et postop)			
Gestion des héparines			
Anesthésie pour tamponnade			
Chirurgie valvulaire aortique			
Plastie mitrale			
Pontage coronaire à ciel ouvert			
Pontage coronaire à coeur battant			
Valve percutanée			
Gestion/réglage du pace maker			
Gestion de la coupulsion aortique			
Grefte cardiaque			
Assistance circulatoire extracorporelle temporaire			
Pose assistance implantée			
Pose défibrillateur implantable			
Gestion sortie CEC			

<i>Normes, éthique, facteur humain</i>			
La culture de sécurité collective nous protège individuellement			
La culture de sécurité se dégrade dès qu'on arrête de l'entretenir			
Respecter les contrôles est fastidieux mais fait partie des bases intangibles			
Connaissances et expérience limitées escamotent le risque latent			
Ce qui n'a pas été dit au patient est difficile à rattraper			
Raconter la vérité au patient évite de transformer un problème sérieux en contentieux			
Un "collègue difficile" est peut être en souffrance			
Un chirurgien ne peut s'intéresser à un anesthésiste blasé			
Il est difficile de tenir tout une carrière sans formation continue			
Les équipes qui avancent ensemble sont gaies			
Exemplarité, clarté et équité sont des principes de management indiscutables			
Les médecins sont moins enclins à violer les règles si l'équipe est saine			
Un préjudice médical mérite réparation on doit aider les patients à l'obtenir			
A vouloir imposer ce qui pour des proches est impensable on casse le lien de confiance de façon définitive			
Lors d'entretiens avec les proches, on parle trop souvent plus qu'on n'écoute			
Les paramédicaux nous rappellent souvent ce qu'est la dignité du patient			
Un mourant n'a pas besoin de médecine mais de ses proches			
Les médecins négligents ont 3 fois plus de contentieux que les autres			

<i>Enjeux académiques</i>			
J'ai présenté une communication à un congrès français			
J'ai présenté une communication à un congrès international			
J'ai publié en français (article)			
J'ai publié en anglais (article)			

8

Evaluation des stages pratiques

FORMULAIRE TUTEUR (à renvoyer au coordonnateur local de l'enseignement)
--

Nom : _____ **Prénom :** _____

Année DES : _____

Nom du tuteur : _____ **Période :** _____

Critères de qualité	A : Excellent	B : Bon	C : Moyen	P : Insuffisant
Assiduité, ponctualité				
Intérêt pour le patient				
Motivation professionnelle				
Sens des responsabilités				
Esprit d'organisation				
Efficiace professionnelle				
Intégration dans l'équipe				
Connaissances théoriques				
Acquisition pratique				
Logique de raisonnement				
Logique de comportement				
Aptitude à la synthèse				
Vivacité				
Commentaires libres (optionnels)				

FORMULAIRE DESAR
(à renvoyer au coordonnateur local de l'enseignement)

Lieu de stage :

Année DES :

	A : Excellent	B : Bon	C : Moyen	P : Insuffisant
Enseignement au cours du stage				
Qualité de l'encadrement				
Organisation de l'unité				
Intégration dans l'équipe				
Accessibilité géographique				
Commentaires libres (optionnels)				

Articles du code de santé publique relatifs aux internes en médecine, à la commission subdivisionnaire et aux stages d'interne (seuls les points susceptibles de concerner les internes d'anesthésie-réanimation ont été conservés)

1. Statut des internes

Article R6153-2

L'interne en médecine ou en pharmacie est un praticien en formation spécialisée ; l'interne en odontologie est un praticien en formation approfondie. L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et à sa formation.

Ses obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine dont deux consacrées à la formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre.

L'interne participe au service de gardes et astreintes. Les gardes effectuées par l'interne au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans ses obligations de service à raison de deux demi-journées pour une garde. Il peut également assurer une participation supérieure au service normal de garde. L'interne bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service hospitalières ou universitaires. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé.

Il reçoit sur son lieu d'affectation, en sus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

Article R6153-3

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.

L'interne en médecine spécialisée, option biologie médicale.....

Article R6153-10

Modifié par [Décret n°2009-699 du 16 juin 2009 - art. 1](#)

L'interne en activité de service perçoit, après service fait :

1° Des émoluments forfaitaires mensuels dont le montant, qui varie suivant une ancienneté calculée en fonction du nombre de stages semestriels accomplis et dans laquelle n'entre pas en compte le temps passé en disponibilité ou dans la position spéciale dite sous les drapeaux, est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé. Ces émoluments suivent l'évolution des traitements de la fonction publique constatée par le ministre chargé de la santé ; ils sont majorés, pour les internes chargés de famille, d'un supplément dont le montant est calculé selon les règles fixées à l'article 10 du décret du 24 novembre 1985 relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat et des personnels des collectivités territoriales pour le supplément familial de traitement.

Ne sont pas pris en compte pour le calcul de l'ancienneté les stages semestriels au cours desquels l'activité effective a eu une durée inférieure à quatre mois du fait de l'accomplissement du service national ou d'une disponibilité.

Lorsqu'un ou plusieurs stages ont été interrompus pendant plus de deux mois au titre des [articles R. 6153-13 à R. 6153-18](#) ou [R. 6153-25](#) les émoluments versés au cours de chaque stage supplémentaire correspondant effectué en application de l'article R. 6153-20 demeurent identiques à ceux du stage le précédant immédiatement.

Lorsqu'un ou plusieurs stages supplémentaires sont effectués en application de [l'article R. 6153-20](#) pour des raisons autres que celles mentionnées à l'alinéa précédent, les émoluments versés varient de la façon suivante :

-pour le premier semestre supplémentaire, ils demeurent identiques à ceux du stage le précédant immédiatement ;

-pour les autres semestres supplémentaires, ils ne varient pas en fonction de l'ancienneté des intéressés et sont fixés dans l'arrêté mentionné ci-dessus à un montant qui ne peut être inférieur à celui des émoluments dus pour le premier stage du troisième cycle des études médicales ;

2° S'il ne bénéficie pas dans l'établissement ou l'organisme d'affectation du logement, de la nourriture, du chauffage et de l'éclairage, une indemnité représentative, selon le cas, de tout ou partie de ces avantages, fixée dans les conditions prévues au 1° du présent article ;

3° Le cas échéant, des indemnités liées au service des gardes et d'astreintes selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé ;

4° Les internes en médecine de quatrième et cinquième années et les internes en pharmacie de quatrième année bénéficient d'une prime de responsabilité dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé ;

5° Des indemnités pour participation, en dehors des obligations de service, à des enseignements et aux jurys de concours, à l'enseignement et à la formation des personnels des établissements hospitaliers. Le montant et les conditions d'attribution de ces indemnités sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé ;

6° Le remboursement de ses frais de déplacements temporaires engagés à l'occasion de leur mission dès lors qu'ils ne peuvent utiliser un véhicule de l'établissement, dans les conditions prévues par la réglementation applicable en la matière aux personnels relevant de la fonction publique hospitalière.

Article L4113-1

Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 66](#)

Sont tenus de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé :

1° Les titulaires des diplômes, certificats ou titres requis pour l'exercice des professions de médecin..... ;

2° Les internes en médecine et en odontologie, ainsi que les étudiants dûment autorisés à exercer à titre temporaire la médecine, l'art dentaire ou la profession de sage-femme, ou susceptibles de concourir au système de soins au titre de leur niveau de formation, notamment dans le cadre de la réserve sanitaire.

L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leurs diplômes, certificats, titres ou niveau de formation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de résidence, de niveau de formation ou de situation professionnelle.

Pour les personnes ayant exercé la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, l'obligation d'information relative au changement de résidence est maintenue pendant une période de trois ans à compter de la cessation de leur activité.

La procédure prévue au présent article est sans frais.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Article D6124-29

Modifié par [Décret 2006-74 2006-01-24 art. 2 I, II JORF 26 janvier 2006](#)

Modifié par [Décret n°2006-74 du 24 janvier 2006 - art. 2 JORF 26 janvier 2006](#)

Dans toute unité de réanimation, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale dont la composition est définie aux articles D. 6124-31 pour la réanimation adulte et D. 6124-34 pour la réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée. Dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier, elle peut être assurée en dehors du service de jour par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l'équipe médicale mentionnée respectivement aux articles D. 6124-31 et D. 6124-34 est placé en astreinte opérationnelle.

Article D6124-156

Créé par [Décret n°2007-1240 du 20 août 2007 - art. 1 JORF 22 août 2007](#)

La permanence et la continuité des soins sont assurées dans la structure de traitement des grands brûlés par au moins un médecin membre de l'équipe médicale répondant aux conditions mentionnées aux 1° des I et II de l'article D. 6124-155.

Toutefois, la permanence et la continuité des soins peuvent être assurées, en dehors du service de jour, par un médecin anesthésiste réanimateur ou un médecin réanimateur de l'établissement n'appartenant pas à l'équipe mentionnée à l'article D. 6124-155 ou, le cas échéant, par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Une astreinte opérationnelle est assurée, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé, par un médecin membre de l'équipe médicale mentionnée aux 1° des I et II de l'article D. 6124-155.

En cas de proximité immédiate de la structure de traitement des grands brûlés avec l'unité de réanimation de l'établissement, la permanence et la continuité des soins peuvent être communes avec l'unité de réanimation en dehors du service de jour.

Dans tous les cas, l'astreinte opérationnelle est assurée par un médecin membre de l'équipe médicale répondant aux conditions mentionnées aux 2° des I et II de l'article D. 6124-155.

Article R6144-2

Modifié par [Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 - art. 6 JORF 28 décembre 2005](#)

La commission médicale des centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers universitaires comprend :

- 1° Les responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique
- 2° En nombre égal à celui des praticiens mentionnés au 1°, des représentants des praticiens hospitaliers titulaires
- 3° Cinq représentants au total des médecins, odontologistes et pharmaciens contractuels dont :
 - a) Deux représentants élus par et parmi les assistants mentionnés à l'article R. 6152-503 ;
 - b) Deux représentants élus par et parmi les praticiens attachés
 - c) Un représentant élu par et parmi les praticiens adjoints contractuels
- 4° Deux représentants des internes et des résidents, élus par l'ensemble des internes en médecine, des internes en pharmacie, des internes en odontologie et des résidents affectés dans l'établissement ;
- 5° Une sage-femme élue par l'ensemble des sages-femmes,

Toutefois, le nombre de représentants des personnels mentionnés aux 3° à 5° ci-dessus ne peut être supérieur au nombre des représentants des personnels siégeant au titre du 1°. Dans le cas contraire, il est réduit dans l'ordre inverse d'énumération des collèges mentionnés aux 3° et 4°.

Article R6144-8

Modifié par [Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 - art. 6 JORF 28 décembre 2005](#)

Dans les centres hospitaliers universitaires, la commission médicale d'établissement comprend :

- 1° Seize représentants des médecins,
- 8° Un représentant des internes en médecine, des internes en odontologie et des résidents élus par l'ensemble des internes en médecine, des internes en odontologie et des résidents ;
- 9° Un représentant des internes en pharmacie élu par ses collègues ;

1° Une sage-femme élue par l'ensemble des sages-femmes,

Article R6153-33 (procédures disciplinaires)

La première section, compétente à l'égard des internes et des résidents en médecine, comprend :

1° Le préfet de région, président ;

2° Un directeur d'établissement public de santé de la région,

3° Deux membres du personnel enseignant et hospitalier titulaire,

4° Deux praticiens hospitaliers relevant de la section 1 du chapitre II

5° Six internes en médecine de la discipline de l'intéressé, ou six résidents lorsque l'intéressé appartient à cette catégorie ; les six internes ou résidents, affectés dans la région, sont proposés par leurs organisations syndicales représentatives respectives.

Article R6153-41

Dans le cas où un poste susceptible d'être offert à un interne ou à un résident n'a pu être mis au choix des internes ou des résidents, ou s'il n'a pas été choisi, le directeur de l'établissement de santé peut, sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure intéressée, décider de faire appel, pour occuper provisoirement ce poste en tant que faisant fonction d'interne, à un médecin, un étudiant en médecine.....

Les étudiants ou praticiens faisant fonction d'interne sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions des internes jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période de stage. Cette durée peut être ensuite renouvelée tous les six mois.

Article R6153-42

Peuvent être désignés en tant que faisant fonction d'interne :

1° Les médecins ou pharmaciens titulaires

2° Les étudiants en médecine ou en pharmacie ressortissants d'un des Etats membres de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ayant respectivement validé les six premières années des études médicales ou les cinq premières années des études pharmaceutiques dans un de ces Etats,

Article D6221-6

En cas d'impossibilité de faire assurer le remplacement dans les conditions prévues à l'article D. 6221-5, ce remplacement peut être effectué par un médecin ou un étudiant en médecine

Ce remplacement peut également être effectué par un interne en médecine ou en pharmacie inscrit au diplôme d'études spécialisées de biologie médicale ayant validé quatre semestres obligatoires de la formation pratique,

Article Annexe 41-1

Conditions à remplir par le remplaçant ou l'adjoint et semestres requis :

I. - Médecine générale.....

III. - Anesthésie-réanimation ou anesthésiologie-réanimation chirurgicale

A. - 4 spécifiques (1) dont 3 dans des services d'anesthésie et 1 dans un service de réanimation.

B. - 1 libre.

2. La commission de subdivision

JORF n°240 du 14 octobre 2004

Arrêté du 22 septembre 2004 relatif aux missions, à la composition, à la désignation des membres et au fonctionnement de la commission de subdivision

Chapitre Ier : Dispositions générales

Article 1

La commission de subdivision a pour mission de donner un avis au préfet de région sur :

1. L'agrément des stages pour la formation pratique des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents ;
2. La répartition des stages agréés à proposer au choix des internes ou des résidents tous les semestres.

Article 2

Les membres de cette commission sont nommés par arrêté du préfet de la région de la subdivision concernée.

Article 3

A l'exception des subdivisions des Antilles-Guyane et de l'océan Indien prévues au chapitre II du présent arrêté, la commission de subdivision est présidée par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination des études médicales de la subdivision ou son représentant lorsqu'elle agrée les stages et par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant lorsqu'elle donne un avis sur la répartition des stages agréés. Elle comprend les membres suivants :

Avec voix délibérative :

1° Le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination des études médicales de la subdivision ou son représentant ;

2° Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant ;

3° Le recteur d'académie ou son représentant ;

4° Le directeur général du ou des centres hospitaliers universitaires proposé par l'organisation ou les organisations représentatives de ces établissements dans la région ou son représentant ;

5° Le directeur d'un centre hospitalier, proposé par l'organisation ou les organisations représentatives de ces établissements dans la région ou son représentant ;

6° Le directeur du ou des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie proposé par l'organisation ou les organisations représentatives de ces établissements dans la région ou son représentant ;

7° Un représentant de la commission médicale d'établissement siégeant auprès du centre hospitalier universitaire ;

8° Un représentant des commissions médicales d'établissement siégeant auprès des centres hospitaliers ;

9° Un représentant de la commission médicale d'établissement siégeant auprès des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;

10° Un représentant des commissions médicales d'établissement des établissements hospitaliers privés participant au service public proposé par l'organisation ou les organisations représentatives de ces établissements dans la région ;

11° Un médecin des armées lorsque des hôpitaux des armées relèvent de la subdivision ;

12° Cinq représentants enseignants titulaires ou associés de cinq disciplines différentes proposés par le ou les directeurs des unités de formation et de recherche médicale de la subdivision, dont obligatoirement un enseignant responsable de

la médecine générale ;

13° Deux représentants des internes en activité affectés dans la subdivision, dont un représentant des internes en médecine générale ou des résidents ;

Avec voix consultative :

14° Le coordonnateur interrégional de la spécialité concernée ou un autre membre de la commission de coordination et d'évaluation décrite à l'article 23 du décret du 16 janvier 2004 susvisé. Qu'il soit présent ou non à la réunion de la commission, il transmet son avis par écrit.

Article 4

Lorsque les procédures d'agrément et de répartition concernent le diplôme d'études spécialisées de médecine du travail.....

Chapitre II : Dispositions particulières

Subdivisions de Marseille et de Nice.....

Subdivision des Antilles-Guyane.....

Subdivision de l'océan Indien.....

TITRE II : MODALITES GENERALES DE DESIGNATION DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SUBDIVISION

Article 11

Le médecin des armées mentionné à l'article 1er est nommé par arrêté du ministre de la défense.

Article 12

Sauf dispositions spécifiques pour l'outre-mer, lorsqu'une subdivision comporte plusieurs unités de formation et de recherche médicales, leurs directeurs proposent parmi eux un représentant.

Sauf dispositions spécifiques pour l'outre-mer, lorsqu'une subdivision comporte plusieurs établissements hospitaliers, les présidents des commissions médicales de ces établissements proposent parmi eux un représentant.

Sauf dispositions spécifiques pour l'outre-mer, lorsqu'une subdivision comporte plusieurs académies, les recteurs concernés siègent alternativement ou désignent parmi eux un représentant.

Article 13

Les représentants des internes ou des résidents sont nommés sur proposition de la ou des organisations représentatives des internes ou des résidents dans la région.

A défaut, le représentant des internes ou des résidents est l'interne élu à la commission médicale d'établissement du centre hospitalier universitaire de la subdivision. Lorsqu'il existe plusieurs centres hospitaliers universitaires, les représentants des internes désignent parmi eux un représentant ou siègent alternativement.

Article 14

Un suppléant est désigné, selon les mêmes procédures et dans les mêmes conditions, pour chacun des membres de la commission.

Lorsque la défaillance d'un membre et/ou de son suppléant survient avant l'expiration de la période pour laquelle ils ont été nommés, il est pourvu à leur remplacement dans un délai de deux mois et pour la durée restant à courir jusqu'au prochain renouvellement.

TITRE III : FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS

Article 15

Sauf exception décidée conjointement par les deux présidents de la commission de subdivision, la convocation des membres, la préparation des travaux, le secrétariat et, le cas échéant, la prise en charge des frais de mission incombent à l'institution dont relève le président de la commission conformément à l'article 3 du présent arrêté.

Article 16

La commission peut siéger si au moins neuf membres avec voix délibérative, titulaires ou suppléants, sont présents.

Dans le cas contraire, les membres seront convoqués pour une nouvelle réunion dans les douze jours suivant la première date de réunion prévue. Les avis rendus lors de cette nouvelle réunion seront valables même si le quorum prévu au présent article n'est pas respecté.

Article 17

La durée du mandat des membres de la commission est de quatre années, renouvelable, à l'exception des représentants des internes en activité, qui sont nommés pour une durée de deux années renouvelable, sous réserve de leur maintien sous le statut au titre duquel ils sont désignés.

Article 18

La commission de subdivision se réunit au moins deux fois par an, conformément aux dispositions de l'article 30 du décret du 16 janvier 2004. Ces dispositions entrent en vigueur au titre de l'année universitaire 2005-2006. Elle donne un avis sur les demandes d'agrément ou de renouvellement d'agrément des stages hospitaliers ou extrahospitaliers.

La commission formule ses propositions pour les stages hospitaliers et extrahospitaliers au vu d'un dossier comprenant :

- un questionnaire détaillé rempli par le responsable de la structure demandeur de l'agrément sur la base d'un questionnaire type élaboré par chaque commission. A titre indicatif, un questionnaire type est prévu en annexe ;
- un projet pédagogique répondant aux objectifs de la maquette de la spécialité élaboré par le responsable de la structure demandeur de l'agrément ;
- un rapport établi, après une visite réalisée par une équipe mixte composée d'un universitaire, d'un non-universitaire et d'un représentant d'interne ou de résident désigné par ladite commission ;
- l'avis écrit du coordonnateur interrégional ;
- l'accréditation éventuelle de la valeur formatrice par un organisme d'agrément d'un Etat membre de la Communauté européenne.

Concernant les stages extrahospitaliers.....

Article 19

A titre transitoire, un délai de cinq ans est admis pour les stages déjà agréés afin de se mettre en conformité aux dispositions de l'article 18 du présent arrêté.

Article 20

La commission de subdivision propose au préfet de région de donner :

- soit un agrément sans réserve pour une période de cinq ans ;
- soit un agrément conditionnel d'un an maximum assorti de recommandations ;
- soit un refus d'agrément motivé.

Article 21

La liste des services hospitaliers ou extrahospitaliers agréés pour la formation de troisième cycle des études médicales, à l'exclusion de la biologie médicale, est arrêtée par le préfet de région après avis de la commission de subdivision dans chaque subdivision.

Article 22

L'agrément est systématiquement réexaminé :

- au terme d'une période de cinq ans ;
- lors d'un changement de structure ou de son responsable ;
- sur demande motivée des représentants des internes ou des résidents des organisations représentatives dans la région ;
- sur demande des coordonnateurs interrégionaux de chacun des diplômes d'études spécialisées concernés ou du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination des études médicales ou du médecin inspecteur régional.

Article 23

La suppression d'un agrément est décidée par arrêté du préfet de région après avis de la commission de subdivision. Le dossier d'un nouvel agrément doit comporter, en plus du dossier prévu à l'article 23, les preuves de la correction des éléments ayant motivé le retrait d'agrément.

Article 24

Le directeur général de la santé au ministère de la santé et de la protection sociale, le directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le directeur central du service de santé des armées du ministère de la défense et le directeur des affaires économiques, sociales et culturelles de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

3. Déroulement et validation des stages d'interne

Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la santé et de la protection sociale,

Chapitre Ier : Affectation des internes ou des résidents et organisation des stages

Article 1

L'article 13, alinéa c, de l'arrêté du 29 janvier 2004 susvisé est complété et ainsi rédigé : « Les affectations, par discipline et par subdivision, sont prononcées par arrêté du ministre chargé de la santé et publié au Journal officiel de la République française ».

Article 2

Le préfet de région fixe, sur avis de la commission de subdivision de répartition des stages, la liste des stages agréés qui sont offerts au choix des internes ou des résidents au vu du nombre réel de ceux choisissant un stage. Un taux d'adéquation entre le nombre de stages et le nombre d'internes est déterminé en tant que de besoin par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Dans chaque subdivision, une procédure de choix des structures agréées comme lieu de stages est organisée tous les six mois par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales sur avis de la commission de subdivision de répartition des stages prévue à l'article 30 du décret du 16 janvier 2004 susvisé.

Le choix d'un stage pour la formation des internes ou des résidents ne peut se faire que dans un des services agréés par le préfet de région, sur avis de la commission de subdivision.

Article 3

Le choix d'un stage est déterminé en priorité, en fonction du nombre de stages déjà validés, puis selon le rang de classement au sens de l'article 10 du décret du 16 janvier 2004 susvisé.

Article 4

Le coordonnateur interrégional de chaque diplôme d'études spécialisées en relation avec l'unité de formation et de recherche d'origine veille au respect des stages obligatoires définis par chaque maquette. En cas de non-respect, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, saisi éventuellement par le coordonnateur, peut, après un entretien avec l'interne ou le résident en présence éventuellement du coordonnateur interrégional, imposer l'affectation du stage suivant. Dans la mesure où un stage conforme à la maquette est disponible, l'interne ou le résident est affecté d'office dans ce dernier.

Chapitre II : Déroulement des stages particuliers

Partie 1

Stages hors subdivision

Article 5

Conformément à l'article 18 du décret du 16 janvier 2004 susvisé, les internes et les résidents peuvent demander à réaliser trois stages dans une subdivision autre que celle dans laquelle ils ont été affectés, dont un au moins au sein de l'interrégion d'origine. Les stages effectués à l'Ecole nationale de la santé publique sont considérés comme des stages hors subdivision, sauf pour les internes de santé publique.

Le choix d'un stage hors subdivision exige au préalable, au sein de la subdivision d'origine, la validation de deux stages pour les internes de médecine générale ou les résidents et de quatre stages pour les internes des autres spécialités.

Article 6

Pour réaliser un stage hors de sa subdivision d'origine, l'interne ou le résident adresse un dossier de demande de stage, quatre mois avant le début du stage concerné, pour accord, au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination des études médicales et au coordinateur interrégional d'origine. Le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale transmet une copie de sa décision à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'origine et d'accueil. Le dossier comporte :

- une lettre de demande ;
- un projet de stage ;
- l'avis du directeur du centre hospitalier universitaire d'origine ;
- l'avis du chef du service hospitalier ou extra-hospitalier d'accueil, ainsi que celui du directeur de l'établissement hospitalier d'accueil ;
- l'avis des coordonnateurs interrégionaux du diplôme d'études spécialisées d'origine et/ou d'accueil concernés.

Pendant son stage, l'interne ou le résident reste affecté au centre hospitalier universitaire d'origine, qui lui sert les éléments de rémunération, conformément aux dispositions du décret du 10 novembre 1999 susvisé. L'interne ou le résident est mis à la disposition de l'établissement hospitalier d'accueil, qui est chargé des autres éléments de rémunération que ceux prévus au 1° de l'article 10 du décret du 10 novembre 1999 susvisé, par convention entre cet établissement et le centre hospitalier d'origine.

L'interne ou le résident est soumis au règlement intérieur propre à l'établissement d'accueil. La convention prévoit également les conditions dans lesquelles les parties prennent en charge les dommages causés par la présence des internes ou des résidents dans l'établissement partie à la convention.

Partie 2

Stages dans les départements et les territoires d'outre-mer.....

Article 7

Conformément à l'article 47 du décret du 16 janvier 2004 susvisé, l'interne ou le résident a la possibilité d'effectuer des stages dans des services agréés de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie selon des modalités fixées par conventions signées entre ces collectivités d'outre-mer et l'université de rattachement, approuvées par les ministères concernés. Conformément à l'article 49 du décret du 16 janvier 2004 susvisé, l'interne de médecine générale ou le résident peut effectuer des stages dans l'interrégion des Antilles-Guyane et dans la subdivision de l'océan Indien. La durée des stages ne peut être inférieure à deux semestres. Par dérogation à l'article 5 du présent arrêté, ces stages peuvent avoir lieu dès le second semestre de formation en troisième cycle avec l'accord du coordonnateur pédagogique. Le renouvellement éventuel de ces stages au-delà de la durée de deux semestres est soumis aux mêmes conditions que celles prévues à l'article 6 du présent arrêté.

Conformément à l'article 50 du décret du 16 janvier 2004, l'interne de spécialité autre que médecine générale peut effectuer des stages dans l'interrégion des Antilles-Guyane et dans la subdivision de l'océan Indien. La durée des stages ne peut pas, dans ce cas, être supérieure à deux semestres. Par dérogation à l'article 5 du présent arrêté, ces stages peuvent avoir lieu à l'issue de la validation de deux stages au sein de leur subdivision d'origine, sous réserve de l'accord de l'acceptation de son dossier selon les mêmes conditions que celles prévues à l'article 6 du présent arrêté. Pendant le stage effectué dans un département ou territoire d'outre-mer, l'interne ou le résident est rémunéré par la structure d'accueil selon des modalités fixées par convention.

Par dérogation à l'article 5 du présent arrêté, l'interne ou le résident affecté dans l'interrégion des Antilles-Guyane et dans la subdivision de l'océan Indien peut effectuer la moitié de ses stages hors subdivision. La constitution et l'instruction du dossier de demande de stage respectent les mêmes règles que celles définies à l'article 6 du présent arrêté.

Partie 3

Stage à l'Ecole nationale de la santé publique

Article 8

En application des dispositions de l'article 17 du décret du 16 janvier 2004 susvisé, les internes de santé publique peuvent demander à effectuer un ou deux stages, qui sont alors obligatoirement consécutifs, au sein de l'Ecole nationale de la santé publique.

Le nombre de postes offerts chaque année est fixé à l'avance par le directeur de l'Ecole nationale de la santé publique. La constitution et l'instruction du dossier de demande de stage respectent les mêmes règles que celles définies à l'article 6 du présent arrêté. Parmi les avis demandés, celui du chef de service hospitalier ou extrahospitalier d'accueil et du directeur du centre hospitalier d'accueil prévu à l'article 6 précité est remplacé par l'avis du directeur de l'Ecole nationale de la santé publique.

Conformément à l'article 19 du décret du 16 janvier 2004 susvisé, une convention de stage est dûment établie entre le directeur de l'Ecole nationale de la santé publique et le directeur général du centre hospitalier universitaire d'origine de l'interne, selon les modalités fixées dans l'arrêté du 20 avril 1995 susvisé.

Le centre hospitalier universitaire d'origine continue à assurer le versement de l'ensemble des éléments de rémunérations prévu à l'article 10 du décret du 10 novembre 1999 susvisé.

Partie 4

Stages dans le cadre des activités de volontariat civil de cohésion sociale et de solidarité

Article 9

Les internes et les résidents peuvent demander, dans le cadre des stages hors subdivision, à effectuer un stage au maximum dans le cadre des activités de volontariat civil de cohésion sociale et de solidarité. La constitution et l'instruction du dossier de demande de stage respectent les mêmes règles que celles définies à l'article 6 du présent

arrêté.

Partie 5

Stages à l'étranger

Article 10

L'interne mentionné à l'article 18 du décret du 16 janvier 2004 susvisé, ou le résident lorsqu'il a validé au moins quatre stages de formation, peut demander à réaliser un ou deux stages consécutifs à l'étranger dans le cadre des stages qu'il peut effectuer hors subdivision.

La constitution et l'instruction du dossier de demande de stage sont identiques à celles prévues à l'article 6 du présent arrêté. Le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination des études médicales donne son accord après évaluation de la qualité pédagogique du lieu de stage et des conditions d'équivalence d'enseignement susceptibles d'être accordées.

L'interne ou le résident mentionné au présent article est soumis, pendant la durée de sa formation à l'étranger, aux dispositions de l'article 27 du décret du 10 novembre 1999 susvisé.

Chapitre III : Validation des stages

Article 11

Sous réserve de l'application de l'article 20 du décret du 10 novembre 1999 susvisé, un stage est validé par le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination des études médicales après avis du chef de service hospitalier ou extrahospitalier responsable du stage dans lequel a été affecté l'interne ou le résident.

A l'issue de chaque stage, le chef de service remplit le carnet de validation de stage obtenu par l'interne ou le résident lors de son inscription à l'entrée en troisième cycle des études médicales auprès de l'unité de formation et de recherche dont il dépend.

Le chef de service renseigne une grille d'évaluation. Il donne son avis, ainsi que le coordonnateur interrégional du diplôme d'études spécialisées, sur le stage effectué par l'interne ou le résident. Il transmet copie de la grille et des avis au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination des études médicales d'origine. Ce dernier transmet au coordonnateur copie de la grille d'évaluation et de sa décision d'accorder ou non la validation du stage et informe, avant le 15 mars et le 15 septembre de chaque année selon le semestre en cours, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales d'origine de sa décision.

L'interne ou le résident remplit une grille d'évaluation concernant la qualité pédagogique du stage et envoie copie au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination des études médicales et au coordonnateur interrégional d'accueil.

A titre transitoire, en attente de l'élaboration définitive d'un carnet de validation, le chef de service, le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination des études médicales et l'interne ou le résident remplissent les documents types mis en annexe au présent arrêté.

Chapitre IV : Stages extrahospitaliers en médecine générale.....

Chapitre V : Dispositions particulières pour les internes et les résidents de l'océan Indien.....