**QUESTIONNAIRE B**

**Service/Département :**

*Universitaire*  *Non Universitaire*

**Année :**

# Visite et évaluation réalisées par :

PU-PH/MCU-PH :

Interne :

PH\* :

\* PH d'un service différent du service universitaire du PU-PH

# Service déjà agréé :

oui  non

**Année de l'évaluation antérieure :**

Le service est-il agréé pour une autre spécialité médicale ? oui  non

Si oui préciser :

***Partie à remplir separement par le responsable du terrain de stage et par l’interne, idéalement en présence du binôme d’évaluation.***

**COORDONNEES DU TERRAIN DE STAGE**

Dénomination officielle :

**Etablissement :**

**Pôle d’appartenance : Chef de pôle :**

Nom du responsable du terrain de stage :

Tél Fax e-mail

CP Ville

**ORGANISATION DU SERVICE / DEPARTEMENT**

**Médecins titulaires (médecins seniors de la discipline) participant à l'encadrement :**

Nombre de PU-PH Nombre de MCU-PH

Nombre de PH temps plein Nombre de PH temps partiel

Nombre de PHU Nombre de CCA / AHU

Autres médecins participant à l'encadrement (préciser) :

**Services partenaires :**

**Existence de RCP :** oui  non

**Le service offre-t-il la possibilité d’un post-internat :** oui  non

**Nombre de postes d'internes par semestre :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DES – de la spécialité  **……….** | DES –  Autre spécialité médicale | DES – MG | FFI/  DFMS/  DFMSA |
| - Offerts au choix habituellement |  |  |  |  |
| - Pourvus au semestre actuel |  |  |  |  |
| - Pourvus au semestre d'hiver précédent |  |  |  |  |
| - Pourvus au semestre d'été précédent |  |  |  |  |

**D’autres internes sont-ils présents de façon irrégulière (inter-CHU, militaire, pays du Golfe, Collège de Médecine, etc…) ?**

oui  non

**Si oui, ont-ils les mêmes rôles que les autres internes ?** oui  non

**Le Service/Département est-il constitué de plusieurs unités fonctionnelles de spécialités de la discipline différentes :**

oui  non

Si oui indiquer lesquelles :

* Les modalités de répartition et de changement d'unités pendant le semestre :

**Si la discipline comporte des actes techniques, préciser les ressources :**

* **nombre de salle d’opération :**
* **nombre de salles d’endoscopie :**

**Répartition des lits dans le service :**

Nombre de lits d’hospitalisation traditionnelle :

Nombre de lits d’hospitalisation de semaine :

Nombre de lits d’hospitalisation de jour :

**Durée moyenne de séjour (hospitalisation traditionnelle) :**

**Nombre de patients/semaine en HDT : en HDS : en HDJ :**

**Indiquer les principaux groupes de pathologies rencontrés :**

**-**

-

-

-

-

Nombre de consultations faites par les seniors par an :

Nombre de consultations faites par les internes par an :

Nombre d’astreintes faites par les internes par an :

Nombre de gardes faites par les internes par an :

Nombre d’actes interventionnels faits par les seniors par an :

Nombre d’actes interventionnels faits par les internes par an :

**CONDITIONS DE TRAVAIL DES INTERNES**

**Existe–t-il un bureau réservé aux internes pour effectuer leur travail ?**

oui  non

**Les moyens suivants sont-ils disponibles pour les internes ?**

Téléphone : oui  non

Ordinateur : oui  non

**Quels sont les moyens d'information accessibles aux internes ?**

Bibliothèque de Service : oui  non  Bibliothèque d'Etablissement : oui  non  Internet : oui  non

Autres (référentiels internes, CD-ROM) oui  non

**PROJET DE FORMATION**

**2-2: Y a-t-il un contrat pédagogique formalisé pour les internes de ?**

**Oui  Non**

**Indiquer succinctement les principaux objectifs de formation des internes :**

-

-

-

**ACTIVITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

**Agrément I: réponse oui à tous les items de ce paragraphe**

Y a-t-il des cours\* aux internes ? oui  non

Si oui, indiquer le nombre mensuel :

\*Distinguer les cours dédiées des cours généraux du Service/Département

Y a-t-il des réunions de présentation de dossiers ? (Indiquer le nombre mensuel)

Dans le Service : oui  non

Inter-services (multidisciplinaires) (préciser) : oui  non

L'interne présente-t-il lui-même des dossiers ? oui  non

Y a-t-il des réunions de bibliographie ? (Indiquer le nombre mensuel)

Dans le Service : oui  non

Inter-services : oui  non

L'interne présente-t-il lui-même des articles ? oui  non

L’interne a-t-il des présentations orales à faire dans le service ?

oui  non

Si oui, nombre par semestre ?

Autres réunions (indiquer le type et la fréquence) ?

Les activités quotidiennes de l'interne sont-elles compatibles avec :

- La présence aux séances d'enseignement institutionnel

(séminaires de DES, réunions inter-régions …) : oui  non  - La participation à un travail de recherche : oui  non

- La préparation d'une thèse, d'un article ou d'une communication : oui  non

- Les participations aux travaux et autres sont-elles proposées aux internes ? oui  non

- Avez-vous la possibilité d’encadrer d’un interne débutant son 1er stage ? oui  non

- Avez-vous déjà encadré des thèses d’exercice et mémoires d’internes ou des publications internationales faites par des internes au cours des 5 dernières années?

Oui  non

si oui combien: 1 2 3 4 5 plus de 5

Organisez-vous des réunions ou consultations multidisciplinaires? oui  non

Si oui lesquelles :

Le service a-t-il une thématique de recherche autonome, participe-t-il aux programmes de recherche de la société savante de la discipline ou aux réseaux de prise en charge des maladies rares ?

oui  non

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES et Remarques éventuelles :**

(modifications récentes d'organisation du Service, innovations pédagogiques …)

***Partie à remplir separement par le ou les internes***

***idéalement en présence DE l’INTERNE EVALUATEUR.***

**ACTIVITES CLINIQUES DE L'INTERNE**

**Activité en salle d’hospitalisation :**

- Nombre de lits par interne :

minimum : maximum : **Agrément I <15**

- Nombre de malades par semaine/interne HDT HDS HDJ

- Nombre de visites par semaine : **Agrément I > 1 visite/jour**

- CCA

- PH / PU-PH

- L'interne peut-il se référer en permanence à un senior sur place ? oui  non

- Les comptes rendus d'hospitalisation sont-ils rédigés par l'interne ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

- Quel est le nombre moyen de CRH/semaine rédigé par l’interne ?

- Les comptes rendus d'hospitalisation sont-ils relus par un senior ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

- Y a-t-il une garde ou astreinte d'interne dans le Service/Département ? oui  non

Si oui, indiquer :

- Le nombre de gardes / astreintes par mois :

- L'interne peut-il se référer en permanence à un senior sur place ?

- L'interne participe-t-il à d'autres tableaux de garde (ex. Urgences) oui  non

Si oui, indiquer : - où ?

- nombre mensuel :

**Le repos de sécurité est-il respecté ?**

**Horaire**

oui  non **: L'interne assure-t-il des astreintes de week-end dans le service ?\***

oui  non **\* (si oui, joindre la liste des astreintes de week-end)**

**Les internes ont-ils la possibilité de se libérer pour la demi-journée en autonomie  
(Temps lissé sur le trimestre ou le semestre suivant organisation locale)**

oui  non

**Les internes ont-ils la possibilité de se libérer pour la demi-journée sous la responsabilité du coordonnateur   
(Temps lissé sur le trimestre ou le semestre suivant organisation locale)**

oui  non

**Les internes ont-ils la possibilité de se libérer pour les enseignements de la discipline**

**au niveau local**

oui  non

**au niveau de l'inter-région**

oui  non

**au niveau National**

oui  non

**Activité hors salle ou au plateau technique ou au bloc opératoire :**

- Y a-t-il la possibilité pour l’interne de consulter ?

Si oui est-il supervisé et comment ?

- Y a-t-il la possibilité pour l’interne de réaliser des gestes techniques ?

oui  non  Si oui, préciser lesquels: -

**- Quel est l’avis des internes sur leurs conditions de travail** (Bureau, accès internet…) **?**

Très bien  Bien  Moyen\*  Insuffisant\* Pas de réponse

**- Quel est l’avis des internes sur la valeur formatrice du stage ?**

Très bien  Bien Moyen\*  Insuffisant\* Pas de réponse

**- Quel est l’avis des internes sur la qualité de l’encadrement ?**

Très bien  Bien Moyen\* Insuffisant\* Pas de réponse

Les mentions \* doivent être explicitées aux remarques

**Remarques éventuelles de l’interne\* :**

**Conclusions du coordonnateur local de la spécialité :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D |
| **Organisation du service / département** |  |  |  |  |
| **Conditions de travail des internes** |  |  |  |  |
| **Projet de formation** |  |  |  |  |
| **Activité d’enseignement et de recherche** |  |  |  |  |
| **Activité clinique de l’interne en salle** |  |  |  |  |
| **Activité clinique de l’interne hors salle** |  |  |  |  |
| **Avis des internes** |  |  |  |  |
| **Evaluation globale** |  |  |  |  |

**A nécessaire partout sauf hors salle pour agrément I phase socle d’acquisition**

**Avis du coordonnateur local:** Possibilité d’agrément

-niveau I: oui non

-niveau II: oui  non

-niveau III: oui non

**Quelle est votre position quant à l’agrément de ce service pour la spécialité de …………… (à compléter) ?**

agrément sans problème pour cinq ans

agrément temporaire pour un an nécessitant une revisite ultérieure

pas d’agrément (préciser le motif à l’aide de la table ci-dessous)

**Table de codification des critères de refus d’agrément**

dossier insuffisamment motivé

encadrement insuffisant dans le service

service très spécialisé et, de ce fait, insuffisamment formateur dans la discipline pour laquelle est sollicité l’agrément

activité insuffisante du service au titre de la spécialité

service ne répondant pas aux critères de formation retenus pour la spécialité

autre : …

Commentaires libres :

Identité et signature des membres de l’équipe de visite : Date :