**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 :