

QUESTIONNAIRE DE DEMANDE D'AGRÉMENT POUR L'ACCUEIL DE DOCTEUR(S) JUNIOR(S) PHASE DE CONSOLIDATION

ETABLISSEMENT HOSPITALIER – HORS CHU

Nom et adresse de l'établissement :			
Numéro FINESS/SIRET			
Nature de l'établissement :	☐ CH ☐ ESPIC	☐ Etablissement privé autre que d'intérêt collectif ☐ Autre (à préciser) :	
Nom de la personne responsable du dossier (bureau des affaires médicales) :		Téléphone :	
		Mél :	

Intitulé du DES ou OPTION précoce pour le(la)quel(le) vous demandez l'agrément (prière de remplir un questionnaire distinct pour chaque demande d'agrément) : Nombre de poste(s) de Dr Junior demandé par la structure d'accueil : <i>(en règle générale, à préciser dans l'instruction ministérielle : 1 ou 2 postes par service/structure d'accueil)</i> Nombre de DES par phase et spécialité demandé :
--

1. Description de la structure d'accueil			
Nom du service	Service de ...		
<i>Nature de l'activité</i>	☐ MCO ☐ SSR ☐ Autre (préciser)		
Nom du chef de service :	Téléphone :		
	Mél :		
Nom du responsable de la formation des docteurs juniors, si différent :	Téléphone :		
	Mél :		
Le chef de service est-il titulaire d'un diplôme national permettant l'exercice de la spécialité ? Préciser le type et l'intitulé (DES, CES ...) :			
Nbre lits d'hospitalisation ouverts	Conventionnelle 7 / 7 =	Hôpital de semaine =	
	Réanimation ou Soins intensifs =	Hôpital de jour =	
Unité de Surveillance Continue =			
Nombre annuel de consultations			

Principales pathologies prises en charge (indiquez les 5 premiers groupes homogènes de malades, PMSI) :

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Nature des principales prestations transversales fournies par le service :

- 1) Activité clinique de recours, y compris équipe mobile :
- 2) Plateau technique ou médico-technique :
- 3) Autres activités transversales : expertise ou partenariat avec le milieu médical ou non-médical ; stages en entreprise, en unité de recherche ou au sein d'une administration ; autres.

Le cas échéant, nature des principaux actes pratiqués dans le service :

2. Encadrement

Nombre de praticiens titulaires, dont :

- ☐ PH (en ETP) =
- ☐

Nombre de praticiens non-titulaires, dont :

- ☐ Assistants spécialistes =
- ☐ Praticiens contractuels

Joindre un tableau de service correspondant à une semaine-type (document précisant les lignes de garde sur place et d'astreinte à domicile de la structure d'accueil).

Ce document est à transmettre obligatoirement avec la demande d'agrément.

3. Implication du service dans la formation et la recherche

Décrire brièvement le poste de travail prévu pour les Docteurs Juniors (*bureau, téléphone-DSCT-Bip, accès documentaire, etc...*)

Décrire brièvement les initiatives pédagogiques mise en place :

Accueillez-vous des étudiants hospitaliers (1^{er} et 2^{ème} cycles des études médicales) :

Activités d'enseignement du service :

Y a-t-il des cours aux internes ?

oui ☐ non ☐

Si oui, indiquer le nombre mensuel :

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 régionales ...) :

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 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 :

Votre service participe-t-il à des actions de FMC (DPC) ?

oui ☐ non ☐

Si oui nombre de séances semestrielles :

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 ☐

Activité de publication du service au cours des 5 dernières années :

- ☐ Nombre de publications =
- ☐ Score SIGAPS =
- ☐ Nombre de publications auxquelles ont été associées des étudiants de 3^{ème} cycle =
- ☐ Nombre de thèse(s) d'exercice =

Participation des étudiants de 3^{ème} cycle à des réunions régionales ou nationales (congrès) au cours des 5 dernières années :

OUI / NON, PRÉCISER ?

En cas de participation active (présentation orale ou présentation de poster), préciser :

4. Mises en situation et activités des Docteurs Juniors

Par exemple et de façon non-exhaustive :

- Prise en charge de patients : consultations courantes, consultations d'annonce, prise en charge d'un secteur d'hospitalisation hôpital de jour, hôpital de semaine, hospitalisation complète
- Prise en charge en urgence de patients : garde d'urgence, gestes techniques en urgence, gestion des avis extérieurs au service
- Actes techniques : ambulatoires, courants, gestes invasifs
- Travail en équipe : animation d'un staff ou d'une réunion multidisciplinaire (éventuellement RCP), organisation des circuits de recours, relations avec les services sociaux ou prise en charge sociale du patient, organisation des soins en coopération avec les autres professionnels de santé, parcours de soin, gestion de situation de crise, management d'équipe...
- Exercice professionnel : qualité sécurité des soins : déclaration des EIG, prévention et surveillance des risques ; démarche d'autoévaluation et / ou participation à une activité de recherche, (en préparation au développement professionnel continu, à la re-certification, à la participation à des registres ...) ; relations avec la direction.

Décrire les activités que réaliseront seuls le(s) Dr Juniors au début de leur stage :

Décrire les activités que réaliseront seuls le(s) Dr Juniors à la fin de leur stage en plus de celle réalisées en début de stage :

Décrire brièvement comment se fera l'acquisition progressive de son / leur autonomie au cours du stage :

Décrire précisément :

- ☐ La façon dont se fera la supervision et l'évaluation de ces mises en situation (rythme, modalités) :
- ☐ La façon dont sera organisée la possibilité pour le Dr Junior de recourir sur place et en permanence à un « senior » en journée (*fournir un tableau de service type*) :

Le cas échéant : il y a-t-il une ou des demi-journées en semaine où le Dr Junior sera affecté dans une autre structure (précisez l'intitulé de la structure, la nature des activités qui y seront réalisées et les modalités de la supervision) :

Le cas échéant : prévoyez-vous la mise en place de gardes seniors pour le(s) Dr(s) Junior : OUI / NON

Si OUI, décrire précisément les modalités de recours mises en place avec la direction de l'établissement (autres praticiens de garde sur place, recours aux appels exceptionnels, ...) :

Activités habituelles moyennes pour le(s) Dr Junior (hors gardes senior) :

- ☐ **Nombre moyen de gardes d'internes / mois** (préciser le nombre de jours de WE)
- ☐ **Nombre moyen d'astreintes / mois** (préciser à quoi correspondent ces astreintes)
- ☐ **Amplitude horaire moyenne en semaine** (heure début / heure de fin)

Le responsable du service d'accueil s'engage à respecter les règles relatives au temps de travail en stage des médecins en formation

- ☐
- OUI

Signatures	Dates
Le responsable de la structure d'accueil :	
Visa du président de la CME de l'établissement :	
Visa du directeur de l'établissement :	

Cadre réservé à l'administration

Avis du coordonnateur du DES de :

☐ Avis favorable

☐ Avis défavorable (à motiver obligatoirement ci-dessous)

Fait le

Nom et signature du coordonnateur (tampon) :