2 rue du Dr Marcland
87025 Limoges cedex
Tél. 05 55 43 58 00
Fax 05 55 43 58 01
www.unilim.fr

Facultés de Médecine
et de Pharmacie

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

Suivant l'arrêté du 12 avril 2017, portant organisation du troisième cycle des études de médecine

Article 46
Les étudiants peuvent demander à accomplir, **au sein de la région dont relève leur subdivision d'affectation**, *deux stages* dans une subdivision autre que celle-ci, au cours des *deux premières phases de formation* du troisième cycle.

Article 47
Les étudiants peuvent demander à réaliser **deux stages dans une région différente** de celle dont relève leur subdivision d'affectation, au cours de **la phase d'approfondissement**.

CONDITIONS A REMPLIR, CRITERES DE LA COMMISSION :

- **La valeur ajoutée du stage dans la formation de l'interne (surspécialité) et le retour sur investissement pour Limoges, le Limousin et la Nouvelle-Aquitaine**
- La destination (priorité à la Nouvelle-Aquitaine) et **pas dans le CHU où vous avez fait votre externat** (sauf Bordeaux, Poitiers, ancienne Interrégion Toulouse ou Centre **Unique** de Référence de la spécialité). Les enseignants estiment que la plus-value est très limitée d'aller dans un CHU que vous connaissez.
- Le nombre de stages hors subdivision par interne (déclassement dès l'obtention d'un stage hors Nouvelle-Aquitaine)
- Stage de la spécialité
- Le nombre de stages hors subdivision par service pour le même semestre, et les risques de déstabilisation d'un service du CHU ou des hôpitaux du GHT
- L'implication personnelle de l'interne et ses services rendus à la faculté de Limoges et au CHU de Limoges

Nous vous rappelons que le nombre de financements est limité et que l'obtention d'un financement pour un stage hors subdivision n'est ni automatique, ni un droit.

Docteurs Juniors :

Il a été acté, avec les représentants, qu'**une demande de dérogation pour un stage hors Nouvelle-Aquitaine en phase 3 serait automatiquement REFUSEE** sauf dans un cas précis :

« Un docteur Junior avec un projet particulier en Limousin ou Dordogne justifié par un courrier de la direction de l'hôpital. Le projet et le retour sur investissement doivent être justifiés OBLIGATOIREMENT par la Direction de l'établissement d'installation (CHU de Limoges ou CH de notre région) »
Cette politique est appliquée dans les 3 subdivisions de la Nouvelle-Aquitaine : Bordeaux, Poitiers et Limoges

Facultés de Médecine
et de Pharmacie

DOSSIER DE CANDIDATURE :

- Lettre de motivation pour la demande de stage en dehors de la subdivision d'affectation (à l'attention du Doyen et de l'ARS afin d'expliquer le projet, les techniques et le retour sur investissement)
- Un curriculum vitae
- Une liste des travaux (Articles, Posters, communications orales, DU/DIU, M1 etc…) A JUSTIFIER
- **Une lettre du coordonnateur du DES précisant la plus-value pédagogique et le plan de carrière du candidat dans le CHU ou dans un établissement hospitalier régional**.

Et les annexes :

ANNEXE 1 : Projet de stage

ANNEXE 2 : Liste des semestres accomplis dans la subdivision d'origine.

ANNEXE 3 : Avis du coordonnateur local du D.E.S de la subdivision d'origine.

ANNEXE 4 : Avis du responsable médical du lieu de stage agréé d'accueil.

ANNEXE 5 : Avis du directeur de l'établissement hospitalier ou de l'organisme d'accueil.

DEPOT DU DOSSIER :

Un exemplaire **complet** doit être adressé :

- avant le 1er juin pour un stage de novembre,
- avant le 1er décembre pour un stage de mai.

L'original au service scolarité 3ème CYCLE.
La copie à la Direction des Affaires Médicales du CHU de Limoges.

Des modalités particulières peuvent être adoptées par certaines facultés (dossier complémentaire, date limite de dépôt des dossiers, …). **L'étudiant devra donc se renseigner auprès du secrétariat de la commission inter-chu d'accueil**
Exemple : pour effectuer un stage dans la subdivision de Bordeaux, il faut adresser le dossier :
- avant le 15 mai pour un stage de novembre,
- avant le 15 novembre pour un stage de mai.

NOTIFICATION DE LA DECISION :

Une Commission se réunira chaque semestre, courant juin et courant décembre. Elle sera présidée par le Directeur de l'U.F.R., et composée des représentants de l'A.R.S., du C.H.U. de rattachement et des internes.

La décision rendue sera transmise :
- à l'étudiant,
- au Directeur de l'A.R.S. d'origine,
- au Directeur de l'A.R.S. d'accueil,
- au Directeur du CHU de rattachement de l'interne

Facultés de Médecine
et de Pharmacie

ANNEXE 1

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

PROJET DE STAGE

Nom et Prénom :

Nom d'épouse :

Nationalité :

Nombre d'enfants :

Adresse personnelle :

N° téléphone :

DATE DE L'EXAMEN ECNi ou EDN :

D.E.S. D'INSCRIPTION :

ANCIENNETE DE FONCTIONS :
(Nombre de semestres validés au moment du choix)

PERIODE SOUHAITEE : MAI à OCTOBRE 20..... . (1)

ou

NOVEMBRE 20..... / AVRIL 20..... (1)

SUBDIVISION DEMANDEE :

ETABLISSEMENT DEMANDE :

SERVICE DEMANDE :

Date :
Signature de l'intéressé(e)

Facultés de Médecine
et de Pharmacie

ANNEXE 2

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

LISTE DES SEMESTRES ACCOMPLIS DANS LA SUBDIVISION D'ORIGINE

(A remplir par l'interne puis à envoyer pour signature au C.H.U. de rattachement)

NOM DE L'INTERNE : **Epouse :**

Prénom :

SEMESTRE	ETABLISSEMENT D'AFFECTATION	NOM DU CHEF DE SERVICE	SERVICE
du : au :			
du : au :			
du : au :			
du : au :			
du : au :			
du : au :			
du : au :			
du : au :			
du : au :			
du : au :			
du : au :			

VISA DU DIRECTEUR DU C.H.U. DE RATTACHEMENT :

Facultés de Médecine
et de Pharmacie

ANNEXE 3

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

AVIS DU COORDONNATEUR LOCAL DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

Je soussigné(e)

Coordonnateur local du D.E.S. de :

donne un avis favorable à Mr, Mme, Melle,

(interne inscrit(e) dans le D.E.S. que je coordonne)

pour accomplir un semestre d'internat de : MAI à OCTOBRE 20..... . (1)

ou

NOVEMBRE 20..... / AVRIL 20..... (1)

dans la subdivision de :

Précisez les motifs de formation :

Date :

Signature du Coordonnateur local

(1) rayer la mention inutile

Facultés de Médecine
et de Pharmacie

ANNEXE 4

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

AVIS DU RESPONSABLE MEDICAL DU LIEU DE STAGE AGREE D'ACCUEIL

Je soussigné(e)

Responsable médical

Etablissement (adresse et n° tél.)

donne un avis favorable à Mr, Mme, Melle,

Interne inscrit(e) dans le D.E.S. de :

pour accomplir un semestre d'internat de : MAI à OCTOBRE 20..... . (1)

ou

NOVEMBRE 20..... / AVRIL 20..... (1)

dans mon service.

Date :

Signature du responsable médical :

(1) rayer la mention inutile

Facultés de Médecine
et de Pharmacie

ANNEXE 5

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER ou de L'ORGANISME D'ACCUEIL

Je soussigné(e)

Directeur de (nom, adresse et n° tél. de l'Etablissement hospitalier ou de l'organisme)

donne un avis favorable à Mr, Mme, Melle

pour accomplir un semestre d'internat de : MAI à OCTOBRE 20..... (1)

ou

NOVEMBRE 20..... / AVRIL 20.....(1)

dans le service de :

auprès de :
(Nom du responsable médical)

Date :

Signature du Directeur :

(1) rayer la mention inutile