

**LISTE DES PIÈCES À FOURNIR**  
pour la constitution d'un dossier de candidature  
**à un stage hors subdivision**

**INTERNE DE SPÉCIALITÉS**  
**du C.H.R.U. de TOURS**

**Dossier à établir :**

1. une demande motivée du candidat,
2. un projet de stage,
3. l'avis du chef de service de l'établissement d'accueil,
4. l'avis du directeur de l'établissement d'accueil,
5. l'avis du coordonnateur local d'accueil concerné,
6. l'avis du coordonnateur local d'origine concerné,
  - ✓ l'avis du directeur du C.H.R.U. de Tours (à demander à la Direction des affaires médicales : [r.lignoux@chu-tours.fr](mailto:r.lignoux@chu-tours.fr) – 02 47 47 82 27)

**Pièces complémentaires pour examen de votre dossier par la commission de l'internat :**

7. l'avis du doyen de la faculté de médecine de Tours (à demander à Mme CHERAMY : [christine.cheramy.jousseume@univ-tours.fr](mailto:christine.cheramy.jousseume@univ-tours.fr))
  8. un relevé d'internat (à demander à la faculté de médecine : *Mme CHERAMY*),
  9. la grille d'évaluation et **l'ensemble des pièces justificatives**
  10. l'avis du chef de service du C.H.U. précisant l'intérêt pour le C.H.U. et l'avenir de l'interne au sein de la région Centre Val de Loire.
- ✓ Le dossier doit être déposé **en une seul fichier sous format dématérialisé (PDF)** à la direction des Affaires Médicales du C.H.R.U. de Tours à l'adresse suivante : [r.lignoux@chu-tours.fr](mailto:r.lignoux@chu-tours.fr) selon le calendrier suivant :
- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| ⇒ stage de novembre à mai : | dossier à déposer avant le 31 mars      |
| ⇒ stage de mai à novembre : | dossier à déposer avant le 30 septembre |

**Pour mémoire**

- ✓ un exemplaire du dossier doit être également demandé et déposé :
- ⇒ à la Direction des Affaires Médicales de l'établissement d'accueil<sup>1</sup>

<sup>1</sup> pour l'AP-HP : 3 avenue Victoria - 75100 PARIS RP

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**STAGE HORS SUBDIVISION**

NOM – PRÉNOM : ..... NOM MARITAL : .....

DATE et LIEU de NAISSANCE : .....

Nationalité : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse personnelle : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

SUBDIVISION D'ORIGINE : .....

Date du concours : .....

Filière / Option : .....

Inscription « D.E.S. » : .....

Ancienneté de fonctions au moment du stage hors subdivision :

Phase Socle

Phase  
d'Approfondissement

Phase de Consolidation/  
Dr Junior

Nombre de semestre(s) validé(s) actuellement sur le total de semestres de la maquette du D.E.S. : ...../.....

Nombre de stage(s) hors subdivision déjà réalisé(s) : .....

PÉRIODE SOUHAITÉE :

MAI / NOVEMBRE : ..... ou NOVEMBRE / MAI : .....

Établissement demandé : .....

Adresse de l'établissement : .....

Service demandé : .....

Nom du chef de service : .....

Tours, le

**STAGE HORS SUBDIVISION**  
Annexe 1

**MOTIVATION DE LA DEMANDE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date et signature :



STAGE HORS SUBDIVISION  
Annexe 2

PROJET DE STAGE

A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, intended for writing the project details.

Date et signature :

STAGE HORS SUBDIVISION  
Annexe 3

**ACCORD DU CHEF DE SERVICE  
DANS LEQUEL L'INTERNE SOUHAITE EFFECTUER  
SON OU SES SEMESTRE(S)**

Je, soussigné(e) .....

Chef de service de .....

donne mon accord à M .....

pour accomplir ..... semestre(s) dans mon service, de :

Mai à octobre 20 .....

Novembre 20 ..... à avril 20 .....

Durant cette période, le service ne recevra pas d'autre interne en surnombre.

Date :

Signature :

STAGE HORS SUBDIVISION  
Annexe 4

ACCORD DU **DIRECTEUR** DE L'ÉTABLISSEMENT  
D'ACCUEIL  
*à demander à la Direction des Affaires Médicales de  
l'Établissement d'accueil*

Je, soussigné(e) .....

Directeur de .....

donne mon accord à M .....

pour accomplir ..... semestre(s) de :

Mai à octobre 20 .....

Novembre 20 ..... à avril 20.....

dans le service de .....

Date :

Signature:

*Pour les stages à l'APHP, l'avis du Directeur vous sera délivré à l'issue d'une commission spécifique.  
Pour tout renseignement concernant les stages hors subdivision à l'APHP, vous pouvez adresser votre mail à :*  
[bdi-stagehorssubdivision.sap@aphp.fr](mailto:bdi-stagehorssubdivision.sap@aphp.fr) - 01.40.27.41.06

STAGE HORS SUBDIVISION  
Annexe 5

ACCORD DU **COORDONNATEUR LOCAL**  
DE LA REGION D'**ACCUEIL**

Je soussigné (e).....

Coordonnateur du D.E.S. de .....

autorise M .....

interne en D.E.S : .....

à accomplir ..... semestre(s) d'internat de :

Mai à octobre 20 .....

Novembre 20 ..... à avril 20.....

dans le service de .....

Date :

Signature :

STAGE HORS SUBDIVISION  
Annexe 6

ACCORD DU **COORDONNATEUR LOCAL**  
DE LA REGION D'**ORIGINE**

Je soussigné (e).....

Coordonnateur du D.E.S. de .....

autorise M .....

interne en D.E.S : .....

à accomplir ..... semestre(s) d'internat de :

Mai à octobre 20 .....

Novembre 20 ..... à avril 20.....

dans le service de .....

Date :

Signature :



STAGE HORS SUBDIVISION  
Annexe 7

ACCORD DU **DIRECTEUR GÉNÉRAL**  
DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE  
**RATTACHEMENT**

à demander à la Direction des Affaires Médicales du CHU de Tours :  
[r.lignoux@chu-tours.fr](mailto:r.lignoux@chu-tours.fr) ou 02 47 47 82 27

La Directrice Générale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours,

soussigné, autorise M.....

interne en D.E.S : .....

à accomplir ..... semestre(s) d'internat de :

Mai à octobre 20 .....  Novembre 20 ..... à avril 20.....

dans le service de.....

au sein de l'établissement : .....

sous la responsabilité du Dr/Pr : .....

et s'engage à prendre en charge la rémunération principale de l'intéressé(e) pendant la durée de ce stage.

Date :

Signature :

STAGE HORS SUBDIVISION  
Annexe 8

ACCORD DU **DOYEN** DE L'UNITÉ DE FORMATION ET  
DE RECHERCHE MÉDICALE DE L'**INTERRÉGION**  
**D'ORIGINE**

à demander à la scolarité de la Faculté de Médecine de Tours :  
[christine.cheramy.jousseau@univ-tours.fr](mailto:christine.cheramy.jousseau@univ-tours.fr) ou 02 47 36 60 17

Je soussigné (e).....

Doyen de l'U.F.R. de médecine de .....

autorise M .....

interne en D.E.S : .....

à accomplir ..... semestre(s) d'internat de :

Mai à octobre 20 .....

Novembre 20 ..... à avril 20.....

dans le service de .....

Date :

Signature :

STAGE HORS SUBDIVISION  
Annexe 9

RELEVE DE GARDES/ASTREINTES  
**(0 à 5 pts)**

à remplir et faire contresigner par  
la Direction des Affaires Médicales du CHU de Tours :  
[r.lignoux@chu-tours.fr](mailto:r.lignoux@chu-tours.fr) ou 02 47 47 82 27

Je soussigné, M.....

interne en D.E.S : .....

atteste sur l'honneur avoir réalisé à ce jour une moyenne de ..... gardes ou astreintes/semestre

correspondant à un total de ...../5 points.

<i>*Cadre réservé à l'interne</i>	<i>*Cadre réservé à la Direction des Affaires Médicales</i>
Date :  Signature :	Le Directeur adjoint des Affaires Médicales du CHRU de tours,  Date :  Signature :  Arnaud CHAZAL

## GRILLE INTERCHU RÉGION CENTRE VAL DE LOIRE

**ATTENTION !**

*Tout justificatif non remis à la date de dépôt du dossier ne sera pas pris en compte pour l'évaluation du dossier.*

<b>Post-Internat Région Centre (0 NON ou 15 OUI)</b> <i>Courrier du chef de service d'accueil en post-internat à fournir</i>		15 points
<b>Soutien Coordonnateur de DES (0, 5 ou 10) :</b> - 0 : Absence de l'avis du coordonnateur - 5 : Avis favorable du coordonnateur - 10 : Présence d'un courrier de soutien motivé du coordonnateur		10 points
<b>Lettre de motivation du candidat (0 à 40 points)</b>	<b>Évaluation du projet pédagogique</b>	Nombre de terrains de stage avec un agrément principal du DES de l'étudiant en région Centre-Val de Loire
		1 = 5 points
		2 à 4 = 3 points
	> 4 terrains = 0 point	
	Formation à une technique ou gestion d'une pathologie dans un centre présentant une expertise particulière : 0 ⇒ NON 10 ⇒ OUI mais formation disponible dans la région Centre-Val de Loire 20 ⇒ OUI mais formation non disponible dans la région Centre-Val de Loire	20 points
Projet scientifique associé 0 : NON 5 : OUI	5 points	
Evaluation de la cohérence du projet	De 0 à 10 points	
<b>Publications (0 à 15 points)</b>	<b>Revue indexée</b>	1er-dernier auteur / 2nd-avant dernier / autre ( <b>cumulable</b> ). Communication orale en <b>1<sup>er</sup> auteur</b> dans un congrès ou publication en <b>1<sup>er</sup> auteur</b> dans une revue non indexée (2 points par communication ou article). Poster en <b>1<sup>er</sup> auteur</b> (1 point par poster).
		5 points / 2 points / 1 point (maximum 15 points)

		Dans la limite de 15 points	
		<b>N'oubliez pas de justifier vos publications (références, liens directs, copie du résumé, ...)</b>	
<b>Master 2 en cours (3 points) / validé (7 points) et/ou DU validé (1 point par DU / maximum 7 points)</b>			7 points
<b>CV (0 à 40 points)</b>  <i>* Document synthèse proposé par l'interne, contresigné par la Direction des Affaires Médicales avant soumission du dossier à l'évaluateur</i>	Participation à la continuité des soins en région Centre-Val de Loire <b>moyenne par semestre *</b>	0 garde / astreinte par semestre	0 point
		1 à 10 gardes/astreintes par semestre	2 points
		11 à 25 gardes/astreintes par semestre	3 points
		> 25 gardes/astreintes par semestre	5 points
	Cours (IFSI, conférence pour les externes ...)		1 point / heure (maximum 15 pts)
Représentation et participation étudiante (Faculté, ARS, CHU) <b>Cumulable</b>	Référent de spécialité	5 points	
	Membre élu de l'AIT/SICVL - GRACE-IMG ou BIBIPHT	15 points	
<b>Année internat</b> <i>(semestre d'internat au cours duquel l'interne souhaite réaliser le stage inter CHU)</i> <b>(0 à 10 points)</b>	ANCIEN RÉGIME PHASE D'APPROFONDISSEMENT (Dernière année)		10 points
	PHASE CONSOLIDATION PHASE D'APPROFONDISSEMENT (sauf dernière année)		5 points
	PHASE SOCLE		0 points
<b>Promotion de la mobilité des internes</b> <b>(0 à 3 points)</b>	Première demande INTERCHU		3 points
	Un INTERCHU déjà effectué		1 point
	Plus de Un INTERCHU déjà effectué		0 point
<b>TOTAL (0 à 140 POINTS)</b>			