

Concept de formation post-graduée du Service de gériatrie du Centre Hospitalier du Valais Romand

(multisite comprenant 3 unités hospitalières situées : à l'hôpital de Martigny, à l'hôpital de Sierre et à la clinique St-Amé de St-Maurice)

1. Informations relatives à l'établissement de formation post-graduée :

- 1.1. Le service de gériatrie du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) comprend 3 unités hospitalières réparties sur 3 sites : hôpital de Martigny, hôpital de Sierre, clinique St-Amé de St-Maurice. Le service de gériatrie regroupe ainsi 220 lits de médecine gériatrique (comprenant 15 lits de long séjour).
La cheffe du Service de gériatrie du CHVR est la Dre Michèle Jean, qui se déplace sur tous les sites (bureau principal à Martigny).

Le service de gériatrie fait partie intégrante de l'Hôpital du Valais (HVS), qui réunit le CHVR (partie francophone) et le Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO, partie germanophone). Le mandat du service de gériatrie est d'assurer la prise en soins des patients souffrant essentiellement de pathologies liées au vieillissement, d'affections aiguës ou chroniques, ou nécessitant des soins palliatifs. Le service assure ce type de prise en charge pour l'ensemble du Valais romand (250 000 habitants env.).

Le service de gériatrie du CHVR est reconnu comme établissement de formation post-graduée en médecine interne (Cat. C, 1 an) et en médecine gériatrique (Cat. A, 2 ans et demi). Il est aussi reconnu comme établissement de formation post-graduée en médecine physique et réadaptation, réadaptation polyvalente gériatrique (1 an).

- 1.2. Depuis 2015, on distingue 3 types de séjours dans le service de gériatrie : les séjours de Médecine aigue de la personne âgée (MPA), les séjours de réadaptation gériatrique polyvalente (Réa Ger), et les séjours de lits d'attente (LA), un patient pouvant passer d'un type de séjour à l'autre, tout en restant sur le même site et dans le même service.

La MPA concerne les patients admis directement du domicile ou depuis les urgences de l'hôpital du Valais, avec une facturation de type DRG.

Les cas de Réa Ger concernent les patients transférés d'un service aigu ou de MPA pour réadaptation. La facturation en Réa Ger est de type forfait journalier.

A noter que les séjours en lit d'attente sont des séjours de longue durée (type C) permettant de préparer le patient au placement en institution, chaque site disposant d'environ 5-7 lits d'attente (15-20 lits au total).

Différentes **filières** ont été développées dans le service de gériatrie sur les différents sites de l'hôpital du Valais :

- une filière urgence à l'hôpital de Sion où le gériatre intervient en 2e ligne pour l'admission directe dans nos services en MPA,
- une filière ortho-gériatrique avec 8 lits dédiés dans le service de gériatrie à Martigny, avec prise en charge complète par l'équipe de gériatrie dès le post-opératoire (J0-J1),
- une filière de neuro-réadaptation gériatrique post-Stroke Unit, en collaboration étroite avec le service de neurologie, à l'hôpital de Sierre (6 lits),
- une consultation mémoire ambulatoire (Memory Clinic) à Sierre et St-Maurice,
- une consultation d'évaluation gériatrique ambulatoire (avec avis onco-gériatrique et avis pré-TAVI) à l'hôpital de Martigny,
- une filière de prise en charge médicale complète des résidents d'un nouvel EMS, en collaboration avec le CMS de Sierre (Résidence Plantzette, ouverture le 24 mars 2020, capacité de 71 résidents),

- la prise en charge somatique (avec garde 24/24h) de l'unité spécialisée de psycho-gériatrie sur le site de St-Amé (18 lits).
- un service de consultation gériatrique dédié à d'autres services ou cliniques : consultation dans l'unité de psycho-gériatrie décentralisée de la clinique St-Amé de St-Maurice; consultation dans les étages de médecine et de chirurgie de l'Hôpital de Sion par le gériatre de la filière urgence.
- une filière FLS (Fracture Liaison Service) ostéoporose sur le site de Martigny pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique non-chirurgicale des fractures et de leur prévention.

En 2025, le service a accueilli 2259 patients en MPA, 2552 patients en séjour de réadaptation et 275 en LA. La durée moyenne de séjour en MPA est de 9 jours, de 16,5 jours pour la réadaptation et de 21 jours en lit d'attente.

- 1.3. Le responsable du réseau de formation post-graduée pour le service de gériatrie est la Dre Michèle Jean (suppléante : Dre Géraldine Pralong D'Alessio). Il existe une collaboration étroite entre les 3 sites hospitaliers via des réunions mensuelles de tous les médecins-cadres du service en vue d'uniformiser les pratiques, de planifier les colloques de formation d'assistants, d'échanger sur les problématiques quotidiennes et d'élaborer des projets de service.
- 1.4. Après leur engagement, les médecins-assistants sont orientés sur l'un des 3 sites hospitaliers, site sur lequel ils travailleront (sauf exception) durant 6 mois, puis ils sont orientés sur un autre site hospitalier pour la fin de leur engagement. Si l'engagement est prévu pour une durée plus longue (18, 24, 30 mois ou plus), des rotations sont prévues pour les médecins-assistants entre les 3 sites, par période de 6 ou 12 mois en fonction de la durée d'engagement.
Sur les sites hospitaliers de Sierre et Martigny, 2 types de séjours ont lieu : séjour de Médecine aiguë de la personne âgée (MPA) y compris les soins palliatifs gériatriques, et séjour de réadaptation gériatrique polyvalente (Rea Ger).
Sur le site hospitalier de St-Amé (St-Maurice), 2 types de séjours ont lieu : séjour de réadaptation gériatrique polyvalente (Rea Ger) et séjour de lit d'attente (LA).

Le médecin visant le poste de spécialiste en gériatrie sera actif (consultation propre sous la supervision directe du médecin cadre responsable) à la consultation ambulatoire de la clinique mémoire à raison d'une demi-journée par semaine, ainsi qu'à la consultation EMS-long séjour (Plantzette), à raison d'une autre demi-journée par semaine. A noter également que les médecins-assistants du site de Sierre assument également dans leur garde celle de l'EMS Plantzette en première ligne.

- 1.5. Coopération : notre service collabore avec les 2 services universitaires de gériatrie de Suisse francophone sous la forme de la transmission par visio-conférence des colloques hebdomadaires de l'hôpital de gériatrie des HUG (Thônex) et du service de gériatrie et de réadaptation gériatrique du CHUV (Sylvana).
- 1.6. L'équipe médicale actuelle se compose ainsi :
- 2 médecins-chefs à temps plein, titulaires du titre de FMH en médecine interne générale et en gériatrie
 - 4,2 médecins-chefs adjoints à temps plein, titulaire du titre FMH en médecine interne générale et en gériatrie
 - 1 médecin hospitalier
 - 6 chefs de clinique
 - 24 médecins-assistants (postes cliniques) dont 2 proviennent du pool de médecine interne de l'Hôpital du Valais. Un poste de formation post-graduée est dédié à la formation approfondie sur chaque site.

2. Equipe médicale :

- 2.1. Responsable de l'établissement de formation :
Dre Michèle Jean, FMH en médecine interne générale et en gériatrie, taux d'occupation 100%,
michele.jean@hopitalvs.ch (Hôpital de Martigny).

- 2.2. Suppléante :
Dre Géraldine Pralong D'Alessio, FMH en médecine interne générale et en gériatrie, taux d'occupation 60%, geraldine.pralongdalessio@hopitalvs.ch (Urgences de l'Hôpital de Sion).
- 2.3. Autres médecins-cadres impliqués dans la formation post-graduée (médecins-adjoints) :
- Dre Stéphane Biselx, FMH en médecine interne générale et en gériatrie, taux d'occupation 100%, stephane.biselx@hopitalvs.ch (Clinique St-Amé, St-Maurice).
 - Dr Julien Lagrandeur, praticien hospitalier en gériatrie (Diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, DESC, Faculté de Médecine, Paris sud), taux d'occupation 100%, julien.lagrandeur@hopitalvs.ch (Hôpital de Sierre, Urgences de l'Hôpital de Sion).
 - Dre Pauline Putallaz, FMH en médecine interne générale et en gériatrie, taux d'occupation 60%, pauline.putallaz@hopitalvs.ch (Hôpital de Sierre).
 - Dr Davide Moro, FMH en médecine interne générale et en gériatrie, taux d'occupation 100%, davide.moro@hopitalvs.ch (Hôpital de Sierre).
 - Dre Camille Socasau, FMH en médecine interne générale et en gériatrie, taux d'occupation 100%, camille.socasau@hopitalvs.ch (Clinique St-Amé, St-Maurice).
 - Dr Jérôme Tessieras Rey, FMH en médecine interne générale et en gériatrie, taux d'occupation 100%, jerome.tessieras@hopitalvs.ch (Hôpital de Martigny).
- 2.4. Rapport médecin en formation/médecins formateurs dans l'établissement : 24/9 (2,66) car 1 médecin hospitalier et 6 chefs de cliniques supplémentaires assument la responsabilité de l'encadrement, de la supervision directe et de l'évaluation d'un médecin assistant en formation, à l'instar des médecins-cadres.

3. Mise au courant lors de l'entrée en fonction :

- 3.1. Accompagnement personnel : chaque médecin assistant en formation est sous la responsabilité d'un chef de clinique ou d'un médecin-cadre qui le forme, le supervise et l'évalue. Un contrat de formation écrit mentionnant les objectifs de formation (selon le concept de formation du service) est établi avec chaque médecin-assistant dès son entrée en fonction. De plus, un **tuteur** est choisi parmi les médecins cadres du service et désigné pour accompagner chaque médecin-assistant durant la période de formation pour le soutenir, l'encadrer et l'aider à parfaire ses connaissances. Il peut également l'aider à mener à bien sa carrière professionnelle en le conseillant pour des postes de formation futurs (mentorat). Le médecin-assistant est stimulé à demander des évaluations en milieu de travail, au nombre de 4/an (Mini-CEX, DOPS). Une évaluation régulière de leurs aptitudes est faite, chaque 3 mois et à la fin du stage, lors de l'évaluation finale via le log-book, et en se référant aux tâches de bases et objectifs d'enseignement (cf infra point 4.1.1. et 4.1.2). A cette occasion, des remarques et critiques constructives sont faites, de manière réciproque, afin de proposer les modifications souhaitables pour l'avenir. Régulièrement, les médecins-assistants, tout comme les chefs de clinique, sont évalués en fixant les objectifs à atteindre, compte tenu du devenir à long terme souhaité (formation approfondie de gériatrie, médecin de famille, carrière académique, etc.) avec un listing des compétences présentes et celles à acquérir durant la période d'engagement. Un calendrier est fixé pour atteindre ces objectifs. Relevons que nos médecins-assistants sont informés en début de stage du type de fonctionnement de l'établissement via un entretien et un cahier des charges. A côté des compétences techniques, l'accent est aussi porté sur le comportement au travail (engagement, fiabilité, résistance au stress) et au sein de l'équipe médico-soignante et vis-à-vis des proches et des confrères installés (respect, confraternité, sens des hiérarchies).
- 3.2. Service d'urgence/service de piquet : les médecins-assistants sont astreints à une garde ou à un piquet.
A St-Amé, des piquets (de nuit) sont assurés du lundi au vendredi matin par un assistant, et du vendredi soir au lundi matin par un autre assistant.
A l'hôpital de Sierre, 3 médecins-assistants sont dédiés à la garde durant la nuit et le week-end. L'horaire des nuits est de 20h à 08h00. L'horaire de weekend est de 08h00 à 20h00. Il est prévu un tournus chaque 2 mois de ces 3 médecins assistants dédiés à la garde.

A l'hôpital de Martigny, le médecin-assistant participe d'une part au service de garde de nuit dans un pool d'assistants conjoint avec le service de médecine interne, et d'autre part au service de piquet pour les patients de la Clinique St-Amé (nuits et week-ends, y compris service de psycho-gériatrie), ainsi que pour le service de gériatrie de l'Hôpital de Martigny (samedis et dimanches de 8h à 18h).

Les nouveaux assistants ne sont, de manière générale, pas mis à contribution pour les gardes et les piquets lors des premières semaines de leur engagement. Ils suivent très rapidement un colloque de formation sur les principes de base de gestion des urgences en gériatrie. Durant leurs astreintes, ils peuvent appeler à toute heure le médecin-cadre de garde.

Lorsqu'un médecin se destinant à une formation en gériatrie assume les tâches de **chef-de clinique**, il est :

- Responsable de l'encadrement des assistants du service de gériatrie. Les médecins chefs de gériatrie sont ses supérieurs hiérarchiques.
- Il est lui-même supérieur hiérarchique des assistants.
- Il voit et encadre toutes les entrées des services dont il a la charge (4 à 6 entrées par jour) avec les assistants qui les lui présentent, le jour même de leur admission.
- Il élabore avec l'assistant un plan diagnostique et thérapeutique et s'assure du bon déroulement de la prise en charge médicale.
- Il participe à la grande visite médicale du médecin-chef dans ses unités.
- Il complète chaque soir (avant 18 h) la remise actualisée de chaque patient (résumé).
- Il relit et corrige les lettres de sortie des assistants avant de les soumettre au médecin-chef.
- Il participe à l'évaluation régulière des compétences et des objectifs à réaliser pour chaque médecin assistant en compagnie du médecin chef.
- Il participe à la formation des équipes médico-soignantes du service.
- Il prépare et présente un colloque de formation à l'intention de l'ensemble des médecins du service (2-3 fois par année).
- Il est encouragé à préparer un travail de recherche (case report, étude clinique) en vue d'une publication scientifique, sous la supervision d'un médecin-chef.
- Il participe au service de garde comme cadre. Il assume en effet le piquet de 2^e ligne (1^{ère} ligne assumée par le médecin-assistant), sous la supervision en 3^e ligne d'un médecin-chef.

3.3. Le volet administratif des tâches est expliqué et présenté aux médecins par la responsable RH de l'établissement.

3.4. Mesures en faveur de l'assurance-qualité et sécurité des patients :
Le dossier informatique utilisé dans l'Hôpital du Valais permet de déclarer tout incident qui sera ensuite discuté au sein du Cercle qualité de gériatrie qui se réunit toutes les 8 semaines. Dans le même ordre d'idée, un colloque morbi/mortalité est organisé 3x/année. Notre dossier informatique dispose aussi d'un contrôle électronique de la prescription des médicaments (red flag en cas d'allergie, d'interaction ou encore de posologie inadaptée à la fonction rénale).

3.5. Directives spécifiques au service : Les assistants disposent chacun d'un accès Internet, libre d'utilisation, pourvu d'un abonnement via le serveur Ovid® à de très nombreuses revues on-line (plus de 120 revues on-line, abonnement via l'HVS), de même que du logiciel Up To Date®. La formation théorique fondamentale en médecine gériatrique est assurée par de nombreux colloques internes, dédiés aux grands syndromes gériatriques et par la mise à disposition d'articles et de manuels consacrés à la médecine interne et à la gériatrie.

3.6. L'équipe interdisciplinaire : en préambule, les unités hospitalières ont toutes une orientation spécifiquement gériatrique, et l'ensemble du personnel médical est propre à la gériatrie (pas d'activité dans d'autres services). Chaque unité est dotée d'une équipe interdisciplinaire comprenant soignants, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, infirmières de liaison et neuropsychologues. Cette équipe se réunit de manière hebdomadaire (réunion interdisciplinaire) et aborde pour chaque patient la problématique bio-médico-sociale et sa prise en charge. Les progrès faits en réadaptation et les objectifs thérapeutiques sont alors précisés,

chacun s'exprimant dans son domaine, partant du principe que le travail en équipe interdisciplinaire apporte plus que la somme de travail de chaque membre de l'équipe.

A noter qu'un assistant social, ainsi qu'une équipe d'aumônerie assurant le soutien spirituel font aussi partie de l'équipe interdisciplinaire, et sont intégrés à la réunion interdisciplinaire hebdomadaire si besoin.

4. Contenu de la formation post graduée

- 4.1. Les responsables de la formation théorique des médecins-assistants sont les médecins-chefs du service. Les objectifs généraux de la formation post-graduée sont ceux de l'art.3 de la réglementation pour la formation post-graduée de la FMH (RFP) du 21 juin 2000, dernière révision le 27 septembre 2018.

Un médecin assistant en formation post graduée de 1ère année devrait maîtriser au minimum les bases de l'enseignement clinique telles que décrites au point 4.1.2 du concept. A cela doivent s'ajouter un apprentissage et une capacité d'évaluer l'état mental et cognitif des patients, de maîtriser les scores gériatriques utilisés au quotidien (MMS, Barthel, GDS, MNA, etc.). Les principes de base de la réadaptation polyvalente gériatriques doivent être acquis, ainsi que le dépistage des syndromes gériatriques. Il aura aussi acquis les notions de comorbidités et de priorisation des problèmes. Enfin les principes de bases des soins palliatifs doivent être connus (cf. point 4.1.1. du concept).

Pour un médecin en formation post graduée de 2ème année, nous attendons de lui que tous les points ci-dessus aient été acquis et qu'il ait gagné en autonomie de sorte qu'il puisse prendre en charge, sous la supervision de son médecin-cadre, un patient sur l'entier de son séjour, en ayant identifié le motif d'admission, hiérarchisé les problèmes et fait des propositions thérapeutiques. L'ensemble des syndromes gériatriques devra être identifié, tout comme le contexte et les problématiques sociales. Les entretiens de famille devraient être réalisés de manière indépendante. Le médecin devrait être capable de gérer une prise en charge de type palliative. Finalement, la rédaction des rapports de sortie est acquise.

Un médecin-assistant en formation post graduée de 3ème année, en plus de la maîtrise des objectifs mentionnés ci-dessus, devrait être capable de mener une révision médicamenteuse complète selon les critères académiques reconnus (Beers criteria, STOPP/START,...), être à l'aise avec les questions médico-légales comme l'évaluation de la capacité de discernement, les mesures de protection de l'individu, les mesures privatives de liberté, ainsi que sur les questions éthiques (réanimation, principes de bienfaisance, de futilité, de justice distributive) et sur le fonctionnement du système de santé suisse, en particulier sur la prise en charge des aînés. Il devrait aussi être capable de conduire une consultation ambulatoire d'évaluation de la mémoire et de suivre un patient institutionnalisé dans un EMS.

4.1.1. Tâches de base et objectifs d'enseignement cliniques (formation en gériatrie) :

- 1 : pas acquis
2 : en voie d'acquisition
3 : acquis

Anamnèse : apprentissage des particularités de l'anamnèse chez le sujet âgé (troubles cognitifs, thymiques, phasiques) et adaptation à ceux-ci. Prise en compte du réseau social ambiant. Faire préciser au patient ses attentes par rapport à l'hospitalisation. Apprentissage des notions de directives anticipées le cas échéant.	1	2	3
Examen clinique : apprentissage des particularités du status chez la personne âgée ; apprentissage des atypies de présentation des pathologies, des particularités subnormales de l'examen clinique, en relation avec le vieillissement et non pathologiques. Approche des pathologies plus spécifiques du vieillissement, comme les troubles de la marche, les incontinences, les états confusionnels, les démences, les dépressions, les maladies de Parkinson et les accidents vasculaires cérébraux pour n'en citer que quelques-uns.			

Etat mental et psychologique : apprentissage des bases de l'examen neuropsychologique et connaissance des divers types de démences, et des nouveaux traitements à disposition. Perfectionner les moyens de déceler les états dépressifs de la personne âgée et connaître l'utilisation optimale des médicaments à visée psychotrope en général. Apprendre les formes non-médicamenteuses de traitement des démences et des dépressions. Développer le recours au cadre relationnel (proches, réseau médico-social) entourant le patient. Apprentissage du dialogue avec les proches sur ces sujets difficiles.			
Outils gériatriques : Enseignement de l'évaluation multidimensionnelle par l'apprentissage d'instruments d'évaluation spécifiques : le Mini-Mental Status (MMS), le test de l'horloge, les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), les Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ), l'Echelle de Dépression Gériatrique (GDS), l'Index d'Indépendance de Barthel, le Mini Nutritional Assessment (MNA), pour n'en citer que quelques-uns.			
Syndromes gériatriques : reconnaissance des syndromes gériatriques classiques, utilisation et bonne maîtrise des outils permettant de les dépister et de les prendre en charge			
Maladies chroniques : La gériatrie est caractérisée, entre autres, par l'importante prévalence des comorbidités, c'est-à-dire, la présence chez un même patient de plusieurs maladies chroniques. Par conséquent, le travail du gériatre consiste plus à soigner qu'à guérir, constat peut être frustrant mais bien réel. L'objectif d'enseignement, à ce propos, sera de reconnaître et de traiter les décompensations de situations chroniques, dans le but de ramener le patient à une situation antérieure. D'autre part, dans le même contexte, l'enseignement sera aussi porté sur l'attitude médicale dans la gestion des problèmes chroniques, tant face au patient et sa famille, qu'à l'égard des soignants (attention, empathie, soutien, motivation, intérêt à l'égard de ces situations).			
Diagnostic, thérapies et éthique : dans un contexte gériatrique, l'enseignement sera porté sur les notions éthiques de proportionnalité entre les bénéfices attendus et les effets néfastes des décisions médicales. Les notions de qualité de vie, d'âge chronologique versus âge biologique, les notions d'espérance de vie avec ou sans handicap influencent les décisions chez les patients vieillissants. Cette réflexion est enseignée, en portant l'accent sur les priorités à donner et sur les gains réels raisonnablement accessibles («<i>Less is more</i>»). Dans le même ordre d'idée, l'enseignement insiste sur les attentes des patients et non sur des objectifs théoriques non réalisables. A partir de là, des traitements adaptés sont proposés, se basant sur une réflexion globale, impliquant en priorité le patient mais aussi son entourage. Le but en est l'apprentissage pour le futur praticien d'une méthode de travail qui se rapproche des réalités du contexte professionnel qu'il rencontrera (augmentation massive des personnes très âgées et polymorbides dans un proche avenir). Nous insistons par ailleurs sur un enseignement spécifique de pharmacologie gériatrique (adaptation des posologies, contre-indication de médicaments chez l'âgé, effets secondaires plus fréquemment rencontrés, compliance, etc.) et sur les aspects économiques liés au traitement de patients avec multiples comorbidités.			
Soins palliatifs : un grand nombre de patients sont hospitalisés dans nos services pour soins palliatifs et accompagnement en fin de vie. A cet égard, les médecins assistants sont familiarisés avec les notions d'éthique médicale, d'arrêt de traitement, d'euthanasie passive, etc. Une attention particulière est apportée aux contacts avec le patient et sa famille, sur l'information de ceux-ci, sur les diagnostics et l'évolution de la maladie. Le bon maniement des antalgiques puissants, le traitement par paliers successifs, les différentes formes d'application des thérapies médicamenteuses et non-médicamenteuses sont aussi enseignées, ceci dans le respect du code éthique recommandé par l'Académie suisse des sciences médicales.			
Réadaptation : Un très grand pourcentage de patients nous sont adressés pour réadaptation après un événement médical aigu ou une opération. Le médecin assistant apprendra à reconnaître la dépendance et à l'évaluer par des mesures simples. Il saura mettre en œuvre les mesures de réadaptation adaptées selon le			

handicap (permanent ou temporaire) en faisant appel à la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologue, l'assistante sociale, etc. Familiarisation avec la notion de déclin fonctionnel, selon le modèle de Verbrugge (pathologie → déficience → incapacité → handicap) et du « geriatric global assessment » (évaluation fonctionnelle). Apprentissage aussi des techniques de mise en commun des informations sur un patient et établissement d'un plan de réadaptation. Utilisation des échelles de mesure de l'autonomie et de l'indépendance, évolution de celles-ci au cours du séjour, par la participation interactive avec l'équipe multidisciplinaire. Importance de la distinction entre les objectifs théoriques de la réadaptation et ce qu'on peut raisonnablement viser chez un patient particulier, compte tenu de ses comorbidités.			
---	--	--	--

4.1.2. Tâches de bases et objectifs d'enseignement clinique (candidats étrangers à la discipline, notamment les médecins de famille) :

1. pas acquis
2. en voie d'acquisition
3. acquis

	1	2	3
Anamnèse : Entrée en contact avec le patient et sa famille, se mettre en situation d'empathie avec le patient, s'adapter à son mode d'expression et son langage. A côté des plaintes aiguës ou motivant l'admission, développer la recherche d'éléments pertinents dans le passé du malade et son entourage, apprendre à être patient et à générer un sentiment de confiance réciproque.			
Examen clinique : apprentissage de la réalisation d'un examen clinique complet de médecine interne, ceci sous le contrôle du médecin-chef. Evaluation des troubles thymiques et des facultés cognitives. Apprentissage des tests de dépistage associés.			
Diagnostic et thérapie : pour toute situation, présentation du cas au médecin-chef, listing des problèmes et des diagnostics différentiels, développement de schémas thérapeutiques. Critique de la pertinence de ceux-ci, évaluation des avantages et désavantages, de leurs coûts et des valeurs éthiques qui les motivent.			
Investigations : apprentissage de certaines techniques d'investigations courantes en médecine interne, comme ponctions de vaisseaux, ponctions pleurales, péritonéales, lombaires ou articulaires. Lectures de radiographies et d'ultrasons avec le radiologue. Lecture des ECG.			
Documents : apprentissage de la rédaction de différents documents tels les rapports de sortie, les certificats d'assurance ou autres courriers.			

4.2. Formation théorique structurée en interne :

Dans notre service, la formation de l'assistant repose sur 2 fondements essentiels :

D'une part, une présence forte des médecins formateurs (les médecins cadres et chefs de clinique), qui accompagnent et soutiennent les médecins en formation de façon étroite : discussion et revue de toutes les entrées, visites d'unités régulières, enseignement pratique et théorique au lit du malade. La proportion d'un médecin chef, d'un médecin-chef adjoint et d'un chef de clinique au minimum sur chaque site hospitalier (où travaillent 7-10 internes) garantit un échange constant et rapproché, et une disponibilité importante des médecins formateurs (médecins formateurs présents tous les jours dans l'établissement, sans activité privée).

D'autre part, un enseignement théorique, apporté par diverses prestations formelles (cf. infra) mais aussi et surtout par un échange de connaissances, d'articles et de références au quotidien.

De cette manière, nous espérons apporter à nos jeunes confrères une formation de qualité, proche de la réalité quotidienne, adaptée aux besoins en santé d'une population de plus en plus vieillissante.

Les divers colloques de formation théorique :

Colloque interne du service de gériatrie du Centre hospitalier du Valais romand*	1 x/semaine, le mercredi, 60 min
Journal Club, colloque morbi-mortalité, cercles de qualité *	1 x/semaine
Visio-conférences en direct l'Hôpital de gériatrie de Thônex (HUG)*	1 x/semaine, le mercredi, 60 min
Visio-conférences en direct du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV*	1 x/semaine, le vendredi matin, 60 min.
Visites cliniques avec le médecin-chef ou médecin-adjoint *	1 x/semaine
Visio-conférences du Service de Médecine interne (à choix : HUG ou Sion)	1 x/semaine, le mardi ou le jeudi, 60 min
Colloque de radiologie : site de Sierre, site de Martigny (en cours de remise en route) *	1 x/sem, les lundi ou mardi, 45-60 min

* = participation obligatoire

Possibilité de participer à des congrès : les assistants ont droit à un congé de 5 jours par année d'engagement pour participer à des congrès reconnus par la SSMG/SSMI et bénéficient d'un forfait de CHF 1500.- par année pour le financement de leur formation.

Banque de données : Les assistants disposent chacun d'un accès Internet, libre d'utilisation, pourvu d'un abonnement via le serveur Ovid® à de très nombreuses revues on-line (plus de 120 revues on-line, abonnement via l'HVS), de même que du logiciel Up To Date®.

Bibliothèque centrale : plusieurs revues médicales papier et des text books sont à disposition des assistants, dont les plus pointus en médecine gériatrique. A noter que sont disponibles en ligne le *Journal of the American Geriatric Society*, *Age & Ageing* et *Alzheimer's & Dementia*.

Activité scientifique : les médecins assistants sont invités et encouragés à présenter (2x par année au colloque du service) ou à publier des « case report » ou à participer aux collectes de données en vue de la publication d'articles, ou de la présentation à des congrès de recherche clinique pratiquée dans le service.

La présentation d'une recherche clinique à des congrès ou la rédaction d'un article, sous le mentorat d'un médecin cadre, ont pu ainsi être réalisés et publiés à plusieurs reprises durant ces dernières années.

5. Evaluations

Conformément aux recommandations de l'ISFM, les médecins-assistants en formation sont tenus d'effectuer le Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) ou la Direct Observation of Procedural Skills (DOPS), et cela, à un rythme de 4 par an.

Un entretien individuel avec le médecin chef référent est réalisé lors de l'entrée en fonction, afin de fixer les objectifs (contrat de formation); une 2^{ème} rencontre est prévue après 3 mois pour échanger sur les gains ou les améliorations à apporter, ainsi qu'à 6 mois. Enfin un entretien de fin de stage (généralement à 1 an) est réalisé, tout en remplissant le log-book. En cas de nécessité, d'autres entretiens sont bien entendu réalisés dans l'intervalle.

Lors des entretiens réalisés avec des médecins plus avancés dans leur formation, l'orientation de carrière est discutée : pour ceux qui s'orientent vers une installation en cabinet, il sera proposé une part d'activité ambulatoire ; pour ceux souhaitant une orientation plus hospitalière, une activité stationnaire sera proposée, avec un plan de carrière, éventuellement en milieu académique.

6. Candidature

Il est recommandé aux candidats intéressés par un poste de médecin-assistant dans notre service d'adresser leur candidature suffisamment tôt dans leur cursus. Celle-ci doit être adressée au soussigné ou à ses suppléants.

Les documents à joindre sont une lettre de motivation personnelle, un curriculum vitae (CV) comprenant la formation post-graduée déjà accomplie (y.c. les attestations i.e. diplôme de médecin, certificats ISFM/FMH, liste d'autres sessions de formation accomplies). Sont bienvenues aussi d'éventuelles références, et une liste des publications, si existante.

Notre service propose une formation de base, essentiellement adressée aux jeunes médecins-assistants (1^{ère}- 2^{ème} année après l'examen fédéral), mais propose aussi une formation pour des assistants plus avancés, notamment pour ceux qui souhaitent faire une formation approfondie en gériatrie ou qui vont bientôt s'installer. Les groupes ciblés sont autant des candidats au titre de spécialiste que des non-candidats à un titre.

La procédure de sélection passe par une commission d'engagement qui a lieu 2 fois par an, à l'hôpital de Martigny ou en visio-conférence, où les 2 médecins chefs des sites de gériatrie de St-Maurice et Martigny sont présents, ainsi qu'un médecin adjoint du site de Sierre.

La durée de l'engagement est généralement au moins de 12 mois, et un contrat est rédigé et adressé au candidat, en lui précisant au minimum 2 mois avant sa venue, le lieu de travail (Martigny, St-Maurice ou Sierre).

Dre Michèle Jean

Médecin-chef du Service de Gériatrie du Valais Romand
Hôpital du Valais (HVS) - Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR)
Avenue de la fusion 27,
1920 Martigny
Tél secrétariat médical : +41 27 603 96 37