**Reconnaissance des établissements de formation postgraduée**

**Chirurgie de la main**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Changement de catégorie

Dénomination exacte de l'établissement

Hôpital / clinique / institut, etc.

Adresse / téléphone

**Direction médicale**

**Responsable de l'établissement:** (nom et prénom)

médecin-chef  médecin adjoint  autre

à plein temps  à temps partiel

Titre de spécialiste en

Fonction universitaire

Responsable de l’établissement de formation postgraduée depuis

**Remplaçant:** (nom et prénom)

médecin-chef  médecin adjoint  autre

à plein temps  à temps partiel

Titre de spécialiste en

Fonction universitaire

Nom du coordinateur\*, si différent du responsable de l’établissement:

Titre de spécialiste depuis

\*coordinateur = médecin adjoint ou chef de clinique qui coordonne la formation des médecins-assistants à l’interne, cf. glossaire (www.siwf.ch – Formation postgraduée – Pour les responsables des établissements de formation postgraduée)

**Nombre de places de formation dans l'établissement** chefs de clinique assistants

dont

- réservées aux candidats au titre de la discipline

- réservées aux candidats à des titres d’autres

disciplines, notamment la médecine générale

**Infrastructure pour la formation postgraduée et continue**

bibliothèque  vidéothèque  banque de données

Sessions de formation postgraduée régulières:       heures par semaine

**Catégorie souhaitée**

Catégorie A (3 ans)

Catégorie B (3 ans)

**Critères selon l’art. 41 RFP «Concept de formation postgraduée; postes de formation»**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Le concept de formation postgraduée joint au formulaire de demande contient-il les informations suivantes (cf. art. 41 RFP, alinéa 1)?

Le nombre de postes de formation spécifique à la discipline et ceux hors discipline a été défini dans une proportion équilibrée par rapport au volume de patients disponibles pour la formation postgraduée.

oui  non

Le nombre de personnes en formation postgraduée est dans une proportion raisonnable par rapport au nombre de formateurs (tuteurs).

oui  non

Le concept explique comment, par qui, quand et où les contenus théoriques et pratiques du programme de formation postgraduée sont enseignés.

oui  non

Une partie du concept décrit de façon séparée les contenus de la formation dispensée aux candidats étrangers à la discipline (notamment aux médecins de famille).

oui  non

Le concept décrit la coopération avec d’autres établissements de formation dans le domaine de la formation postgraduée (groupement d’institutions de formation postgraduée ou réseau de formation postgraduée).

oui  non

1. Passez-vous, avec l'occupant du poste de formation, un contrat de travail écrit décrivant de manière concrète les matières enseignées (accord sur les objectifs d’apprentissage). Le contrat doit en particulier préciser si l'activité du candidat sert à la formation spécifique ou si elle sera validée dans le cadre de l'année dans une autre discipline. Le salaire est fixé en tenant compte des prestations devant être fournies par le médecin en formation. (voir sous www.siwf.ch – Formation postgraduée – Pour les responsables des établissements de formation postgraduée – Modèle de contrat de formation postgraduée).

oui  non

1. Les formateurs sont-ils au bénéfice d’une formation pédagogique et utilisent-ils les offres «Teach the Teacher».

oui  non

**Questionnaire complémentaire pour la reconnaissance des établissements de formation postgraduée en chirurgie de la main**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Exigences posées à tous les établissements de formation postgraduée**

Votre établissement de formation postgraduée reconnu est dirigé par un médecin détenteur d’un titre de spécialiste en chirurgie de la main. Conformément à l’art. 39 al. 2 RFP, des conditions équivalentes peuvent exceptionnellement suffire.

oui  non

Le responsable de l’établissement est chargé de veiller au respect du programme de formation postgraduée.

oui  non

Le responsable de l’établissement a accompli la formation continue obligatoire (art. 39 RFP).

oui  non

Votre établissement dispose d’un concept de formation postgraduée documentant de manière structurée l’enseignement de la formation sur le plan de la durée et des contenus (art. 41 RFP). Le concept de formation postgraduée doit définir de manière réaliste et applicable l’offre de formation postgraduée et le nombre maximal possible de postes de formation postgraduée. Il décrit en particulier les objectifs qu’un médecin en formation peut atteindre pendant un an (aussi bien pour la formation postgraduée spécifique que pour la formation postgraduée hors discipline).

oui  non

Les objectifs de formation généraux sont transmis conformément au chiffre 3 du programme et au logbook, avec une attention particulière accordée aux objectifs de formation consacrés à l’éthique, l’économie de la santé, la pharmacothérapie, la sécurité des patients et l’assurance de la qualité (art. 16 RFP).

oui  non

Votre établissement dispose d’un système d’annonce propre à la clinique ou à l’hôpital (au département ou à l’institut) ou d’un système d’annonce des incidents élaboré par la société de discipline (p. ex. Critical Incidence Reporting System: CIRS).

oui  non

Un ordinateur avec liaison internet à haut débit est à disposition sur le lieu de travail ou dans son environnement immédiat. Pour les articles de revue et les livres ne se trouvant pas dans l’établissement de formation postgraduée, les assistants ont la possibilité d’accéder à une bibliothèque avec prêts à distance.

oui  non

Votre établissement de formation postgraduée offre la possibilité aux médecins-assistants de suivre, pendant leurs heures de travail, les cours qui leur sont exigés (chiffre 2.2.2).

oui  non

**1. Demande**

\* Reconnaissance et classification Catégorie:

\* Changement de catégorie Catégorie:

\* Réévaluation Catégorie:

\* cocher ce qui convient

**2. Coordonnées exactes de l’établissement de formation**

Nom:

Adresse:

NPA/lieu:

Tél.:

Fax:

**3. Nombre de lits, service hospitalier, domaine de la chirurgie de la main:**

**4. Nombre de patients traités en chirurgie de la main (hospitalisés et ambulatoires)** 20  :       20  :

**5. Date de la création de l’établissement de formation**

1. **Le responsable de l’établissement de formation est-il totalement autonome pour** **l’engagement des assistants?**

oui\*  non

1. **Le responsable de l’établissement de formation est-il totalement autonome pour l’engagement des chefs de clinique?**

oui\*  non

\* En cas de réponse affirmative aux questions 6 et 7, les responsables d’établissements de formation d’hôpitaux publics n’occupant pas la position de médecin-chef voudront bien joindre une attestation signée de leur supérieur.

**8. L’établissement de formation jouit-il du statut de service?**  oui\*  non

\* Les responsables d’établissements de formation d’hôpitaux publics n’occupant pas la position de médecin-chef voudront bien joindre une attestation signée de leur supérieur.

**9. L’établissement de formation assure-t-il un service d’urgence 24 heures sur 24 tous les jours de l’année?**

oui  non

1. **Le nombre de patients opérés en chirurgie de la main s’élevait à**

en 20  

en 20  

en 20  

Les cas de chirurgie de la main opérés par les membres d’une discipline apparentée (chirurgie plastique, orthopédie, chirurgie générale, chirurgie traumatique, chirurgie pédiatrique, etc.) ne doivent pas être pris en compte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11.** **Les établissements de formation souhaitant une classification en catégorie B sont priés d’indiquer leur activité principale** | | |
| **1. Traumatismes complexes en chirurgie de la main: signifie plus d’une structure atteinte (nerfs, vaisseaux, tendons, ligaments, poulies et réti-naculums, capsule articulaire, os, etc.) concernée dans une région (p. ex. doigt, poignet), y c. chirurgie de revascularisation et de réimplanta-tion (25)**  **2. Lésions inflammatoires ou dégénératives des articulations, y c. chirur-gie rhumatologique et coude (40)**  **3. Chirurgie pédiatrique de la main (malformations et traumatismes) (15)**  **4. Chirurgie des nerfs périphériques, y c. chirurgie du plexus et paralysie cérébrale, CTS primaire excepté (20)**  **5. Chirurgie plastique reconstructive des membres, y c. chirurgie tumo-rale (25)**  **6. Arthroscopie (30)** | | |
|  | | |
| Domaine | Nombre de patients  examinés par année | Nombre de patients  opérés par année |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**7. Diagnostic échogreaphique en chirurgie de la main**  oui  non

**8. Rééducation de la main sur place**  oui  non

**12. Nom et fonction du responsable de l’établissement de formation:**

Nom / prénom :

Fonction :  médecin-chef  médecin-adjoint  autres:

Titre universitaire :

Taux d’activité :      %

**13. Le responsable de l’établissement de formation exerce-t-il exclusivement en tant que chirurgien de la main?**

oui non

(Dans la négative, veuillez décrire ses diverses activités et la répartition de son temps)

**14. En quelle année le responsable de l’établissement de formation a-t-il obtenu le titre de spécialiste en «chirurgie de la main»?**

**15. Nom du remplaçant du responsable de l’établissement de formation:**

Nom / prénom:

Taux d’activité:      %

**16. Le remplaçant du responsable de l’établissement de formation exerce-t-il exclusivement en tant que chirurgien de la main?**

oui  non

(Dans la négative, veuillez décrire ses diverses activités et la répartition de son temps)

**17. En quelle année le remplaçant du responsable de l’établissement de formation a-t-il obtenu le titre de spécialiste en chirurgie de la main?**

**18. En l’absence du responsable de l’établissement et de son remplaçant, ceux-ci sont-ils remplacés?**

oui  non

Si oui, par qui?

1. **Des modifications structurelles et des changements dans le personnel médical dirigeantsont-ils prévus pour les 3 prochaines années?**

oui  non

Si oui, lesquels?

**20. Proportion médecin formateur/médecin en formation: au moins 2:3**

      :

**21. Noms des chefs de clinique accomplissant leur formation en chirurgie de la main**

Nom / prénom:

Nom / prénom:

Nom / prénom:

**22. Noms des assistants accomplissant leur formation en chirurgie de la main** Nom / prénom :

Nom / prénom:

Nom / prénom:

**23. L’enseignement répond-il à l’ensemble des exigences du catalogue des objectifs de formation fixés par le programme de formation postgraduée du 1.1.2018?**

oui  non

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **24. Nombre formel d’heures d’enseignement (sessions régulières de formation théorique structurée en chirurgie de la main (selon RFP)** | | | | |
|  | 20 | 20 | 20 | |
| Nombre total d’heures par année |  |  |  | |
| Nombre d’heures/semaine |  |  | |  |
|  | | | | |
| Il convient d’additionner toutes les heures consacrées par année aux exposés, aux discussions de cas, au journal-club, aux sessions thématiques, à l’exception toutefois des entretiens ponctuels lors de consultations de patients ou d’opérations. | | | | |

**25. Activité opératoire des chefs de clinique et assistants accomplissant leur formation en chirurgie de la main**

Veuillez joindre les listes des opérations **à jour** de tous les médecins en formation postgraduée dans votre établissement, au moyen des formulaires ISFM/FMH pour la chirurgie de la main.

**26. Existe-t-il une bibliothèque spécifique pour la chirurgie de la main?**  oui  non

**27. Y a-t-il possibilité d’accès à des banques de données médicales?**  oui  non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **28. Publications scientifiques ou d’audits cliniques par période de 4 ans** | | | |
|  | 20 | 20 | 20 |
| Nombre de publications par année |  |  |  |
| Veuillez joindre une photocopie de la première page de vos publications des 3 dernières années! | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **29. Nombre d’exposés lors de congrès nationaux et internationaux par période de 4 ans** | | | |
|  | 20 | 20 | 20 |
| Nombre total d’exposés / an |  |  |  |
| Veuillez joindre une liste des exposés. | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **30. Nombre de sessions de formation postgraduée et continue organisés (nationaux ou internationaux) sur une période de 4 ans** | | | | |
|  | 20 | 20 | 20 | 20 |
| Nombre total / an |  |  |  |  |
| Veuillez joindre une liste. | | | | |

**31. Les formateurs sont-ils tenus de participer à des congrès internationaux?**

oui  non

**32. Des revues de mortalité et de morbidité sont-elles organisées?**

oui  non

**Important:**

**- Critères pour la classification des établissements de formation postgraduée (chiffre 5 du programme de formation et art. 41 RFP)**

La reconnaissance d’un établissement de formation postgraduée en tant que tel n’est possible que si l’établissement remplit les critères énoncés au chiffre 5 du programme de formation postgraduée ainsi qu’aux alinéas 1 et 3 de l’article 41 de la RFP.

**- Concept de formation postgraduée**

Le concept de formation postgraduée fait partie intégrante des documents accompagnant les de­mandes de reconnaissance / classification / changement de catégorie. Votre demande ne pourra pas être évaluée sans un concept de formation postgraduée (cf. art. 42 RFP).

**- Visites**

Outre le concept de formation postgraduée, les visites sont un second instrument important servant à garantir et à évaluer la qualité de la formation postgraduée. Conformément à l’art. 42 de la RFP, une visite a impérativement lieu lors d’une demande de reconnaissance / classification / changement de catégorie et s’effectue dans les 12 à 24 mois suivant l’entrée en fonction du responsable de l’établissement concerné. Une visite a aussi lieu si le résultat du questionnaire aux médecins-assistants obtient une note insuffisante (≤ 3.5 pour l’évaluation globale). Nous vous faisons également remarquer que lors de reconnaissances ou de réévaluations (changement d’un médecin-chef), seule une évaluation provisoire est possible tant que la visite n’a pas été effectuée.

Les frais de la visite se montent à CHF 6 500.-. Nous vous donnons cette information pour que vous puissiez en tenir compte lors de l’établissement de votre budget. C’est à la société de discipline médicale qu’il incombe prioritairement de décider quels établissements de formation postgraduée font l’objet d’une visite et à quelle date.

Date Responsable de l’établissement Représentant de la direction de l’hôpital

     

Veuillez joindre s.v.p.:

attestation de formation continue selon la RFC = copie du diplôme de formation continue (valable pour le responsable **et** son )

concept de formation postgraduée actualisé

Berne, le 4.1.2018/rj