



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Politique de la santé



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Rapport du groupe thématique « Spécialisation croissante en médecine humaine du point de vue de l'organisation des hôpitaux »

Date : Mai 2017

À l'attention de : **La plate-forme « Avenir de la formation médicale »**

Rédaction : Nuria del Rey (OFSP) et Jürg Winkler (H+)

Au nom de l'OFSP et de H+, nous remercions de leur précieux soutien tous les expert(e)s et les participant(e)s aux réunions ayant conduit à la rédaction de ce rapport.¹

¹ Pour une meilleure lisibilité, seule la forme masculine est utilisée dans l'ensemble du rapport. Elle englobe naturellement aussi bien les femmes que les hommes.

Table des matières

1	Introduction.....	3
2	Contexte thématique	3
3	Mandat du groupe thématique.....	3
4	Travaux du groupe thématique	3
5	Recommandations et mise en œuvre	4
5.1	Création de parcours professionnels et plans de carrière dans les spécialités généralistes et dans les composantes généralistes de toutes les spécialités	4
5.1.1	Contexte et argumentation.....	4
5.1.2	Objectif	4
5.1.3	Recommandation	5
5.1.4	Stratégie et mesures.....	5
5.1.5	Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés	5
5.2	Création d'unités organisationnelles interdisciplinaires, coordonnées par des généralistes référents ayant suivi une formation à large spectre	6
5.2.1	Contexte et argumentation.....	6
5.2.2	Objectif	6
5.2.3	Recommandation	6
5.2.4	Stratégie et mesures.....	6
5.2.5	Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés	7
5.3	Renforcement de la prise en charge globale par des « internistes hospitaliers » dans des structures hospitalières spécialisées.....	7
5.3.1	Contexte et argumentation.....	7
5.3.2	Objectif	8
5.3.3	Recommandation	8
5.3.4	Stratégie et mesures.....	8
5.3.5	Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés	8
5.4	Concentration de la spécialisation par le biais de mandats de prestation.....	9
5.4.1	Contexte et argumentation.....	9
5.4.2	Objectif	9
5.4.3	Recommandation	9
5.4.4	Stratégie et mesures.....	9
5.4.5	Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés	10
6	Prochaines étapes	10
	Annexes	11
	Annexe 1 : Mandat du groupe thématique.....	11
	Annexe 2 : Membres du groupe thématique	13
	Annexe 3 : Glossaire des termes principaux	14
	Annexe 4 : Document de référence pour la plate-forme « Avenir de la formation médicale »	15

1 Introduction

Lors de la réunion du 3 décembre 2015, les membres de la plate-forme « Avenir de la formation médicale »² ont créé le groupe thématique « spécialisation croissante en médecine humaine du point de vue de l'organisation des hôpitaux » auquel un mandat a été confié (cf. annexe 1). Le présent rapport propose une synthèse des travaux et résultats du groupe thématique, qui reposent sur le rapport du bureau BASS (cf. supplément 1). Le document de référence pour la plate-forme « Avenir de la formation médicale » propose une description détaillée des motifs et du contexte général (cf. annexe 4). La liste des membres du groupe thématique est disponible à l'annexe 2.

2 Contexte thématique

Ces dernières années, une spécialisation croissante est constatée en médecine humaine, reflétant les progrès de la médecine dans les domaines scientifique et technologique. Pour les hôpitaux néanmoins, qui jouent à la fois le rôle de centres de soins et de lieux de formation médicale universitaire et postgrade, cette évolution constitue un important défi. Pour leur part, les hôpitaux universitaires sont également des centres de développement académiques. La spécialisation croissante se traduit par la création de nouvelles unités structurelles (services, unités), par l'ouverture de postes de médecins spécialistes, et peut avoir pour conséquence une fragmentation des structures hospitalières et des parcours du patient. Au vu de l'évolution démographique, qui génère une augmentation des patients chroniques et polymorbides, la question se pose désormais de savoir comment gérer au mieux cette spécialisation croissante.

3 Mandat du groupe thématique

Les tâches principales du groupe thématique consistaient, conformément au mandat confié par la plate-forme « Avenir de la formation médicale » (cf. annexe 1), à commander une étude, à procéder à son évaluation critique et à en tirer des recommandations.

L'étude visait à décrire et à analyser la situation actuelle concernant la spécialisation en médecine humaine, la fragmentation des structures hospitalières et les développements qui y ont conduit. Elle avait notamment pour objectif de décrire les relations entre les carrières académiques et cliniques, la formation médicale postgrade et l'organisation hospitalière et de déterminer les avantages et inconvénients qui en résultent. Des approches permettant d'éviter les aspects problématiques ou de les canaliser dans une direction maîtrisée devaient également être identifiées.

4 Travaux du groupe thématique

Le groupe thématique a été placé sous la direction conjointe de H+ Les Hôpitaux de Suisse et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il s'est réuni à six reprises entre février 2016 et mars 2017. Ces réunions ont permis de clarifier le mandat et de suivre l'étude confiée au bureau BASS, puis de procéder à son évaluation critique. Les résultats du rapport partiel de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) ont été présentés au groupe thématique et intégrés à l'étude

² En avril 2010, le Dialogue Politique nationale de la santé (PNS) a confié à l'OFSP la mise sur pied et la gestion de la plate-forme « Avenir de la formation médicale ». Celle-ci a pour objectif de traiter de manière rapide et coordonnée les défis actuels de la formation médicale, en collaboration avec les organisations partenaires, et d'y apporter des réponses concrètes.

conduite par le bureau BASS. Afin de garantir une compréhension commune, le groupe thématique a défini des notions principales, comme la « spécialisation en médecine humaine », l'« organisation hospitalière » ou encore « le bénéfice pour le patient et la médecine maximale » (cf. annexe 3). Les propositions élaborées par le bureau BASS afin de répondre aux conséquences négatives d'une spécialisation croissante ont été complétées par le groupe thématique et groupées selon quatre axes : 1) Organisation hospitalière, 2) Formation postgrade médicale, 3) Milieu académique 4) Interdépendances / questions transversales. Le groupe thématique a ensuite formulé des recommandations pour ces différents axes. Les résultats et les recommandations élaborées jusqu'à ce moment par le groupe ont ensuite été soumises à la plate-forme « Avenir de la formation médicale », qui a demandé que le groupe thématique concrétise certaines de ses recommandations et décrive leur mise en œuvre. Un groupe clé du groupe thématique a sélectionné quatre recommandations en lien direct avec la thématique qui lui avait été confiée, à savoir la spécialisation du point de vue de l'organisation hospitalière, et les a matérialisées. Le groupe thématique a discuté de ces recommandations puis les a finalisées et adoptées à l'intention de la plate-forme.

5 Recommandations et mise en œuvre

Les quatre recommandations du groupe thématique sont présentées ci-après. Le principal objectif commun consiste à renforcer le « généralisme » et le rôle des généralistes au sein du système de santé. Les recommandations ci-après ainsi que leur mise en œuvre mettent en lumière quatre voies possibles, qui se recoupent partiellement, pour réaliser cet objectif.

5.1 Création de parcours professionnels et plans de carrière dans les spécialités généralistes et dans les composantes généralistes de toutes les spécialités

5.1.1 Contexte et argumentation

Faute de perspectives de parcours professionnels et de carrière, de prestige et de reconnaissance des postes de généralistes existants, les médecins pratiquant en milieu hospitalier sont presque systématiquement poussés vers une spécialisation pour la suite de leur carrière. Ainsi, les médecins généralistes, pourtant indispensables, font défaut, ce qui a souvent pour conséquence une fragmentation de la prise en charge des patients, des doublons et des processus inefficients dus au manque de coordination entre les professionnels impliqués. Pourtant, les patients polymorbides en particulier nécessitent un traitement coordonné et une vision globale.

5.1.2 Objectif

La création volontaire et ciblée de perspectives de parcours professionnels et de carrière pour les généralistes doit permettre de préserver ou de reconquérir des compétences dans les spécialités généralistes (p. ex., médecine interne générale, chirurgie générale, pédiatrie et gynécologie), ainsi que dans les branches généralistes de toutes les spécialités (p. ex., cardiologie générale ou orthopédie générale). Non seulement ce procédé renforce les soins de base dans la spécialité concernée, mais il permet également de garantir un service d'urgence et l'enseignement. Plus globalement, le renforcement des spécialités généralistes et des branches généralistes de toutes les spécialités conduit à une meilleure prise en charge des patients, plus complète (qualité), et améliore l'efficacité et l'économicité du système grâce à des processus optimisés et mieux coordonnés.

5.1.3 Recommandation

Les hôpitaux et les cliniques reconnaissent la nécessité de promouvoir des carrières aussi bien académiques que cliniques dans les spécialités généralistes, comme la médecine interne générale, la chirurgie générale, la pédiatrie et la gynécologie, ainsi que dans les branches généralistes des différentes spécialités, comme la cardiologie générale ou l'orthopédie générale. Ils créent donc des options et des perspectives de carrière à long terme dans ces domaines. Ce faisant, ils parviennent à conserver un plus grand nombre de médecins généralistes expérimentés, qui ne poursuivent pas principalement leur spécialisation, mais assument un rôle irremplaçable dans le quotidien hospitalier au niveau clinique, de l'enseignement et de la conduite.

5.1.4 Stratégie et mesures

Il est indispensable de disposer d'un nombre suffisant de généralistes au bénéfice d'une formation post-grade et d'une expérience clinique étendues. La création d'offres de carrière cliniques et académiques ainsi que de fonctions, de postes et de rôles correspondants en milieu hospitalier (p. ex., postes de responsables ou postes d'enseignants cliniques) constituent des prérequis indispensables.

Pour atteindre les objectifs fixés, le groupe thématique propose les mesures suivantes :

1. Ensemble, les hôpitaux, les sociétés de discipline médicale et les facultés de médecine créent pour les généralistes des parcours de carrière académiques dans l'enseignement et dans la recherche ainsi que des opportunités de carrière dans l'activité clinique, avec des conditions-cadre attractives comme une reconnaissance adéquate au sein de l'institution, une position favorable dans l'organigramme et une rémunération compétitive.
2. Les directions d'hôpitaux ouvrent des postes de responsables pour les généralistes des différentes spécialités.
3. H+ soutient ce processus grâce à la diffusion d'exemples de bonnes pratiques auprès de ses membres.
4. Les hôpitaux universitaires et les facultés de médecine renforcent l'enseignement et la recherche dans les domaines généralistes, comme la recherche sur les services de santé.
5. En complément, les organisations médicales comme la FMH, l'ASMAC, l'AMDHS, l'ISFM, les sociétés spécialisées concernées ainsi que les associations interdisciplinaires et interinstitutionnelles comme unimedsuisse et l'ASSM, publient des lignes directrices et élaborent des programmes de mentoring pour le suivi des différentes carrières.

5.1.5 Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés

Les mesures et la stratégie s'adressent à H+, aux hôpitaux et cliniques et leurs organes de direction ainsi qu'aux médecins spécialistes, aux sociétés de discipline médicale, aux facultés de médecine (titulaires d'une chaire), aux organisations médicales ainsi que d'autres associations interdisciplinaires comme la FMH, l'ASMAC, l'AMDHS, l'ISFM, unimedsuisse et l'ASSM.

5.2 Création d'unités organisationnelles interdisciplinaires, coordonnées par des généralistes référents ayant suivi une formation à large spectre

5.2.1 Contexte et argumentation

En raison de la spécialisation croissante et du traitement de patients dans des centres spécialisés, il existe le risque que l'on perde la vue d'ensemble des diagnostics différentiels importants et des traitements disponibles. Les modèles où la gestion de cas repose sur un spécialiste ou n'est pas déterminée risquent de donner lieu à des processus de diagnostic et de prise en charge comportant des doublons, des pertes d'efficacité, des lacunes, voire des erreurs, notamment en présence de plus d'une maladie ou d'une situation complexe. Suite à la révision des cursus de formation postgrade qui ont privilégié une spécialisation précoce à une formation généraliste, on peut s'attendre à l'avenir à une raréfaction des spécialistes au bénéfice d'une expérience clinique dans deux spécialités ou plus.

5.2.2 Objectif

L'objectif visé est de gérer aussi bien des unités organisationnelles que des centres coordonnés et interdisciplinaires, tels ceux de médecine abdominale, cardiologie, pneumologie, de la tête et du cou, ou des centres vasculaires, dont la gestion de cas est placée sous la responsabilité des généralistes des différentes spécialités, comme la médecine interne générale, la pédiatrie, la gynécologie ou encore la chirurgie (voir aussi recommandation 5.1). L'engagement coordonné de tous les professionnels, médicaux et non-médicaux, et le recours à la fois aux fonctions centrales des spécialistes, notamment des interventionnistes, et aux compétences intégratives des généralistes, permettent de garantir le transfert de savoir-faire et la qualité du diagnostic, du triage des patients et des traitements prodigués. Une gestion de cas sur le long terme, conduite en lien étroit avec le domaine ambulatoire, notamment avec les médecins de famille, est également souhaitable. Les échanges interdisciplinaires et interprofessionnels, tout comme la définition claire d'un domaine de compétence, augmentent l'attrait pour les généralistes de travailler en hôpital et facilitent donc leur recrutement. Cette mesure conduit à une réduction du besoin en spécialistes et en places de formation postgrade correspondantes en hôpital, les généralistes pouvant assumer des tâches comme la coordination ou la communication interdépartementale et interprofessionnelle. Dans le cas où, ultérieurement, ces généralistes s'installent à leur compte, il en résulte un avantage important en ce sens qu'ils mettent leur vaste expérience interdisciplinaire au service des soins médicaux de base, permettant d'assurer un traitement économique, ciblé et efficace.

5.2.3 Recommandation

Les hôpitaux créent et gèrent des unités organisationnelles interdisciplinaires dont les processus de diagnostic et de prise en charge sont définis. Elles sont placées sous la responsabilité de généralistes de différentes spécialités au bénéfice d'une formation à large spectre, comme la médecine interne générale, la pédiatrie, la gynécologie ou encore la chirurgie (voir aussi recommandation 5.1), et intègrent également les spécialistes et les professionnels non-médicaux. Ce procédé permet de garantir une vue d'ensemble du patient, et par conséquent une prise en charge efficace, sûre et de qualité, tout en créant un domaine d'activité hospitalière à large spectre, qui permet de préserver et d'étendre le savoir-faire médical.

5.2.4 Stratégie et mesures

Des incitations qui instaurent une dynamique permettant de passer du domaine interventionnel à une

prise en charge globale et intégrée sont nécessaires. Les objectifs seront atteints grâce aux investissements consentis par les hôpitaux et à la reconnaissance financière et professionnelle octroyée aux généralistes (voir recommandation 5.1). Les hôpitaux doivent recruter, former de manière ciblée et fidéliser des spécialistes au bénéfice d'une formation postgrade à large spectre, actifs dans l'enseignement ainsi que dans la recherche au sein des hôpitaux universitaires. Les cliniques spécialisées doivent être associées à cette démarche dès le début. Pour les spécialistes, l'allègement dans la pratique clinique quotidienne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des patients doivent être perceptibles.

Pour atteindre les objectifs fixés, le groupe thématique propose les mesures suivantes :

1. Les hôpitaux mettent en place ou étendent leurs unités organisationnelles interdisciplinaires avec des processus de diagnostic et de prise en charge définis, dont ils confient la gestion de cas à des généralistes au bénéfice d'une formation à large spectre (voir recommandation 5.1). Des départements de médecine interne générale ou de chirurgie générale (services, unités), dirigés par des généralistes, sont également renforcés ou réintroduits. Dans les départements dirigés par des spécialistes, le suivi des patients est placé sous la responsabilité d'un généraliste, comme un « interniste hospitalier » (voir recommandation 5.3).
2. Les hôpitaux orientent les incitations, y compris financières, pour garantir le succès de la collaboration interdisciplinaire. Ils suppriment les unités qui accueillent des patients polymorbides placés sous l'unique responsabilité de médecins étroitement spécialisés.
3. Les chefs de service et de département, notamment de médecine interne générale, élaborent un concept de collaboration avec les spécialistes.

5.2.5 Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés

Les mesures et la stratégie s'adressent aux hôpitaux, en particulier leurs directeurs et leurs administrations, en collaboration avec les chefs de service et de département. Les responsables du personnel soignant ainsi que les responsables administratifs concernés doivent également être impliqués dans tout regroupement éventuel d'unités de lits. Le résultat attendu est une utilisation plus efficiente des ressources et une meilleure qualité de la prise en charge. Le Conseil fédéral, l'OFSP, les propriétaires d'hôpitaux ainsi que les agents payeurs pourraient donc apporter leur soutien.

5.3 Renforcement de la prise en charge globale par des « internistes hospitaliers » dans des structures hospitalières spécialisées

5.3.1 Contexte et argumentation

Les examens et la prise en charge à l'hôpital deviennent toujours plus complexes, ce qui explique que les patients âgés et polymorbides sont souvent suivis par plusieurs spécialistes. Les spécialistes interventionnels passent beaucoup de temps au bloc opératoire et dans des consultations spécialisées. Par nature, ils se concentrent sur un aspect spécifique de la prise en charge. Ainsi, un effort croissant de coordination entre les différents spécialistes est nécessaire pour assurer une prise en charge globale et coordonnée, laquelle nécessite la présence dans l'unité de lits d'un spécialiste hospitalier compétent (« interniste hospitalier ») qui puisse assumer la responsabilité de la prise en charge médicale générale dans les domaines chirurgicaux, interventionnels et autres. Cette responsabilité doit à l'avenir être confiée à des généralistes au bénéfice d'une formation postgrade à large spectre, de préférence à des spécialistes en médecine interne générale (ou en pédiatrie pour les enfants) ou à des intensivistes pour les unités de soins intermédiaires et les services d'urgences. Ces modèles ont déjà fait leurs preuves

dans d'autres pays (p. ex., « hospitalist » ou médecin hospitalier), mais aussi dans certains grands hôpitaux de Suisse (AG, LU, SG, VD).

5.3.2 Objectif

L'objectif visé consiste à analyser les rôles et fonctions de l'« interniste hospitalier » en Suisse ainsi qu'à définir et à mettre au point des profils de compétences spécifiques. Un spécialiste hospitalier compétent (« interniste hospitalier ») doit se tenir à la disposition des patients et des soignants pour assurer une prise en charge et un suivi globaux grâce à ses compétences. Sa présence doit permettre d'identifier et de traiter rapidement les problèmes et complications survenant fréquemment à la suite d'interventions chirurgicales (infections, thromboses, etc.) et d'assurer une prise en charge continue des maladies pré-existantes. L'« interniste hospitalier » peut décharger aussi bien un domaine (interventionnel) que ses médecins en formation postgrade, pour leur permettre de se concentrer sur des activités pertinentes pour leur spécialité et leur formation. C'est ainsi l'ensemble de la formation médicale postgrade qui peut être optimisée.

5.3.3 Recommandation

Les rôles et responsabilités de l'« interniste hospitalier », ainsi que des cahiers des profils de compétences spécifiques adaptés aux besoins et à la structure des hôpitaux, doivent être analysés et développés en Suisse également. Il s'agit tout d'abord de dénommer et de définir ces professionnels de la médecine pour pouvoir assurer la reconnaissance professionnelle, financière et académique de ces « internistes hospitaliers » et rendre les postes attractifs. Cette définition doit clairement se distancer des termes négativement connotés comme ceux de « médecin hospitalier » ou « hospitalist » dans les milieux anglo-américains. En outre, contrairement à ces derniers, l'enseignement ainsi que, dans les hôpitaux universitaires, la recherche, doivent faire partie de ce rôle.

5.3.4 Stratégie et mesures

Les directions des hôpitaux et des services (p. ex., en médecine interne générale) doivent inciter des médecins compétents à s'intéresser au poste d'« interniste hospitalier ». Par conséquent, des opportunités de carrière correspondantes doivent être proposées.

Pour atteindre les objectifs fixés, le groupe thématique propose les mesures suivantes :

1. Les hôpitaux analysent, clarifient et définissent les rôles et responsabilités de l'« interniste hospitalier », p. ex., en collaboration avec H+, unimedswiss, mais aussi avec l'ISFM et la SSMIG/AMCIS en s'appuyant sur des exemples et modèles appliqués avec succès en Suisse et à l'étranger, en développant un programme consécutif de formation postgrade en médecine interne générale ou encore en créant un cursus hospitalier individuel.
2. Les cliniques universitaires et les titulaires d'une chaire en médecine interne générale s'engagent à promouvoir le développement académique de la spécialité.
3. Les grands hôpitaux en charge de la formation postgrade, ainsi que les différents services et unités qui ont une importante activité opératoire, notamment les cliniques universitaires et les unités de soins intermédiaires, ainsi que leurs médecins-chefs, sont sensibilisés au modèle de l'« interniste hospitalier » et à ses avantages.

5.3.5 Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés

Les mesures et la stratégie s'adressent aux hôpitaux et aux cliniques, en particulier universitaires, H+,

unimedsuisse, l'ISFM, la SSMIG/AMCIS, aux titulaires d'une chaire, en particulier en médecine interne générale, ainsi qu'aux (représentants de) patients et aux médecins qui ont connaissance d'un modèle de bonnes pratiques.

5.4 Concentration de la spécialisation par le biais de mandats de prestation

5.4.1 Contexte et argumentation

Certains domaines spécialisés forment aujourd'hui trop de spécialistes, et/ou le nombre de contacts avec les patients est insuffisant pour permettre d'acquérir les compétences et expériences nécessaires. Si l'on prend l'exemple de la « chirurgie viscérale », tous les établissements de formation postgrade reconnus aujourd'hui pour la formation approfondie ne pratiquent pas toutes les interventions spécifiques à ce domaine de formation, à l'instar de la résection pancréatique ou œsophagienne, ou encore des interventions lourdes de chirurgie hépatique ou du rectum profond. La chirurgie pulmonaire, les interventions vasculaires intra-abdominales ou encore la chirurgie de la colonne vertébrale peuvent être citées en complément.

5.4.2 Objectif

La recommandation de concentrer les ressources et l'expertise dans des domaines de prestations hautement spécialisés ou spécialisés doit permettre d'atteindre les objectifs suivants : 1) Le nombre plus important d'interventions spécialisées améliore la qualité de la formation postgrade. 2) Le nombre d'établissements de formation postgrade par spécialité s'adapte à moyen terme à la relève nécessaire, selon le besoin avéré de prestations médicales dans le domaine concerné. 3) La qualité de la prise en charge des patients, ainsi que l'efficacité et la rentabilité, sont améliorées.

5.4.3 Recommandation

Certaines prestations médicales spécialisées et hautement spécialisées doivent être plus concentrées, dans le but de limiter les postes de formation postgrade dans les domaines où il existe déjà suffisamment de spécialistes. Le regroupement du savoir-faire aura un effet positif sur la qualité de la formation postgrade et sur la prise en charge des patients. Les domaines de la médecine hautement spécialisée tels que définis par la CIMHS ne sont pas les seuls touchés. En effet, d'autres groupes de prestations spécialisées telles que définies par les Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) le sont également (voir exemples sous Contexte/Argumentation).

5.4.4 Stratégie et mesures

Pour atteindre les objectifs fixés, le groupe thématique propose les mesures suivantes :

1. Les cantons examinent dans quelle mesure la notion de nombre minimum de cas devrait être appliquée, ou augmentée, pour d'autres groupes de prestations. La question fait l'objet d'une analyse dans le cadre de la révision des recommandations de la CDS en matière de planification hospitalière. La définition d'un nombre minimum de cas est également traitée dans le cadre de l'actualisation des « Définitions et exigences GPPH », qui sert de base aux cantons pour leur planification hospitalière.³

³ <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018&L=1>

2. Dans le cadre des travaux relatifs à la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), une vise à déterminer si, outre la réévaluation des domaines de prestations déjà réglementés, d'autres domaines devraient être inclus à la MHS à moyen terme. Le développement de la procédure en matière de MHS prévoit en outre un renforcement du monitoring des prestations fournies afin de garantir que les prestations de MHS sont délivrées et remboursées uniquement dans les centres désignés.
3. Dans le cadre de la révision des programmes de formation postgrade, l'IFSM contrôle les règles en matière de reconnaissance des établissements de formation postgrade sous l'angle de la qualité de la formation dispensée et du nombre de cas traités, et effectuera le cas échéant les adaptations nécessaires.

5.4.5 Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés

Les mesures et la stratégie s'adressent à la CDS, aux cantons, aux organes de la CIMHS, l'IFSM, aux sociétés de discipline médicale et aux hôpitaux concernés.

L'avis d'experts reconnus des différents domaines de la médecine (hautement) spécialisée peut faciliter la mise en œuvre des recommandations et soutenir le processus. En outre, le soutien de la CDS et des sociétés concernées est indispensable.

6 Prochaines étapes

Le groupe thématique recommande à la plate-forme « Avenir de la formation médicale » et au Dialogue Politique nationale de la santé (PNS) de prendre connaissance des résultats, en particulier des recommandations du groupe thématique, et de les diffuser à large échelle. Les responsables de la mise en œuvre doivent notamment être informés des recommandations et de leur mise en œuvre. La plate-forme « Avenir de la formation médicale » et le Dialogue PNS doivent soutenir les acteurs concernés dans la mise en œuvre des recommandations émises.

Annexes

Annexe 1 : Mandat du groupe thématique

La plate-forme « Avenir de la formation médicale » confie le mandat suivant au **groupe thématique « spécialisation croissante en médecine humaine du point de vue de l'organisation des hôpitaux »** :

Les hôpitaux et les centres hospitaliers universitaires accomplissent une mission importante pour la couverture sanitaire de la population suisse et pour la formation, notamment la formation universitaire, postgrade et continue des médecins. La spécialisation et la sous-spécialisation croissante en médecine humaine constituent un défi pour l'organisation des hôpitaux : elles se reflètent dans les structures hospitalières et conduisent à une fragmentation croissante. Une telle fragmentation peut requérir des effectifs considérables et rendre l'organisation du traitement inefficace ; de plus, elle ne répond souvent pas aux besoins des patients. Vu l'évolution démographique, les hôpitaux traiteront de plus en plus des patients âgés atteints de maladies chroniques et d'affections multiples, qui requièrent un traitement global et coordonné dépassant les frontières des différentes disciplines. Les personnes atteintes de maladies chroniques et multiples ne sont pas les seules qui nécessitent un traitement coordonné : celles présentant des maladies rares, par exemple, sont aussi concernées.

Le groupe thématique clarifiera le mandat, commandera une étude, l'accompagnera et l'examinera de façon critique. L'objectif de l'étude est de fournir une analyse large et exhaustive de la situation et du problème ; il s'agira aussi de tirer des conclusions sur l'évolution dans la durée. L'étude analysera la situation actuelle de la spécialisation en médecine humaine, de la fragmentation des structures hospitalières et du développement qui y a conduit. Elle se penchera sur le lien entre carrière académique, formation postgraduée et organisation structurelle des hôpitaux, montrera s'il existe une interaction entre ces éléments et définira quels facteurs favorisent ou limitent ce développement et quels en sont les avantages et les inconvénients qui en résultent. L'analyse devra aussi être replacée dans un contexte international (Etats-Unis / UE). Si elle démontre que la spécialisation croissante est accompagnée d'une fragmentation des structures hospitalières et que celle-ci influence négativement les soins de santé dispensés aux patients, il conviendra de rechercher des pistes pour empêcher, limiter ou canaliser cette tendance. Sur la base des résultats obtenus, le groupe thématique élaborera et proposera des recommandations en vue de maîtriser ou d'optimiser des structures et des processus d'organisation fragmentés sous l'influence de la spécialisation médicale.

Les résultats de l'étude et les recommandations du groupe thématique seront ensuite discutés au sein de la plate-forme « Avenir de la formation médicale ». Leur mise en œuvre incombe aux organisations partenaires impliquées.

Contexte/problématique

- L'augmentation des maladies chroniques et des affections multiples requiert des efforts accrus de la part des acteurs du système de santé pour continuer de répondre au mieux aux besoins des patients. Dans cette perspective, il devient de plus en plus important de permettre la continuité du traitement, d'éviter les doublons et les examens inutiles et d'assurer que le parcours du patient soit compréhensible et clair. Or, la spécialisation croissante et la fragmentation rendent plus difficile un diagnostic et un traitement efficaces et efficaces.
- Les progrès technologique et l'augmentation des connaissances médicales induisent une (sous-) spécialisation croissante de la médecine humaine. Ces développements présentent le risque d'une « médecine maximale » et d'une fragmentation poussée du diagnostic, du traitement ainsi que des organisations et des structures sanitaires.

- L'adaptation croissante de la médecine aux réalités économiques comporte aussi des risques, par exemple, celui d'une « déprofessionnalisation » en raison d'une fragmentation et d'une spécialisation plus grandes.
- La spécialisation et la fragmentation des structures sanitaires sont trop focalisées sur les connaissances de spécialiste. Des connaissances sur les liens professionnels et internes à l'entreprise font peut-être défaut. De même, il manque peut-être des mesures d'accompagnement visant, par exemple, à promouvoir et à dispenser, à tous les niveaux hiérarchiques, des formations sur la communication du savoir, les compétences-clés pour enseigner l'organisation et la méthodologie, les modes de pensée procéduraux et l'action interprofessionnelle.
- On s'attend à une pénurie croissante de personnel médical. Il est donc essentiel, pour assurer la stabilité et le professionnalisme de la chaîne de traitement, que le personnel et les autres ressources dispensent des prestations efficaces, appropriées et économiques (EAE).
- La question de la concentration de certaines tâches spécialisées et hautement spécialisées du système de santé devrait être considérée au niveau national, ce qui aurait à son tour des répercussions sur la formation médicale postgraduée et continue.

Tâches et organisation

- Direction du groupe thématique : OFSP / H+
- Des spécialistes peuvent être sollicités, en accord avec l'OFSP, pour émettre des conseils sur des questions spécifiques.
- L'OFSP fournit les ressources financières et le soutien administratif.
- Le mandat du groupe thématique prend fin en 2016 ; au besoin, la plateforme peut le prolonger. Le groupe thématique fixe le calendrier précis.

Décisions

- Le groupe thématique élabore des propositions valables et les soumet pour connaissance et discussion à la plate-forme, qui les approuve.

Adopté le 3 décembre 2015 par la plate-forme « Avenir de la formation médicale ».

Annexe 2 : Membres du groupe thématique

- Nuria del Rey, co-directrice, responsable de projet de la plate-forme « Avenir de la formation médicale » au sein de la division Professions médicales de l'OFSP
- Jürg Winkler, co-directeur, responsable technique Politique du personnel et de la formation au sein de H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Peter Berchtold, président du Forum Managed Care
- Henri Bounameaux, doyen de la faculté de médecine de l'Université de Genève et membre du Comité de direction de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)
- Annette Grünig, responsable de projet Professions de santé universitaires et non universitaires à la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- François Héritier, co-président de la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG)
- Jürg Hodler, directeur médical à l'Hôpital universitaire de Zurich
- Nathalie Koch, représentante de la direction médicale et responsable de la formation médicale postgraduée au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Vincent Koch, responsable de la section Tarifs et fournisseurs de prestations I au sein de l'unité de direction Assurance maladie et accidents de l'OFSP
- Hans Rudolf Koelz, ancien vice-président de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)
- Reto Meuli, chef du service de radiologie et responsable de la formation médicale postgraduée au CHUV
- Marcus Schwöbel, membre de la direction de l'Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS)
- Peter Suter, ancien président de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et expert Santé2020.
- Martin Täuber, ancien vice-président de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)
- Albert Urwyler, membre du conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Bâle et ancien doyen de la faculté de médecine de l'Université de Bâle
- Lea von Wartburg, responsable de projet Soins coordonnés au sein de la division Stratégies de la santé de l'OFSP
- Maria Wertli, médecin-chef House Staff, hôpital universitaire et policlinique de médecine interne générale, Hôpital de l'Île, Berne
- Rolf Zehnder, directeur de l'hôpital cantonal de Winterthour et membre de la direction de H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Anja Zyska Cherix, membre de la direction de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC)

Annexe 3 : Glossaire des termes principaux

Dès la première réunion du groupe thématique, une définition des notions principales a été fournie aux membres du groupe. En effet, les notions de « spécialisation », d'« organisation », de « structures » ou encore de « bénéfique pour le patient » laissent une importante marge d'interprétation et peuvent être comprises de différentes manières. Pour garantir une communication univoque, les membres du groupe thématique se sont accordés, au cours de leurs deux premières réunions, sur les définitions suivantes :

Spécialisation en médecine humaine

La notion de « spécialisation en médecine humaine » se réfère à l'évolution actuelle qui conduit notamment à ce que les médecins pratiquant dans des milieux stationnaires et ambulatoires fournissent des *prestations spécifiques* dans leur domaine de spécialité.

La *spécialisation* des médecins en médecine humaine se déroule *de jure* dans le cadre des formations postgrades, qui mènent dans chaque domaine à l'obtention d'un titre de spécialiste (p. ex., spécialiste en urologie). Après l'obtention d'un titre de spécialiste, il est possible d'approfondir ses connaissances ou d'étendre ses compétences au moyen d'une formation approfondie (p. ex., formation approfondie en neuro-urologie) ou d'un certificat de formation complémentaire (p. ex., gastroscopie). *De facto*, les carrières cliniques donnent lieu à une spécialisation informelle (p. ex., rythmologie), qui se déroule indépendamment des formations postgrades structurées et la délivrance de titres.

Organisation hospitalière

L'organisation hospitalière décrit l'ensemble de l'organisation et des processus, soit la manière dont les processus entre les structures hospitalières et au sein de celles-ci sont organisés et coordonnés, ou harmonisés.

La **structure hospitalière** (structure organisationnelle) décrit les éléments individuels qui composent l'hôpital en tant qu'institution. Ainsi, un hôpital peut être divisé en plusieurs *secteurs* médicaux (p. ex., médecine interne-oncologie, mère-enfant, etc.), qui sont à leur tour divisés en *services* – en fonction de leur spécialité – (p. ex., service d'hématologie), eux-mêmes composés de différentes unités (unité de lits, unité ambulatoire, unité de surveillance). Par **processus** (organisation des procédures), on entend les tâches et activités logiquement associées et qui sont exécutées au sein d'un hôpital dans le but d'atteindre un objectif opérationnel ou un état souhaité. Au sein de l'hôpital, il s'agit principalement du processus de prise en charge, qui définit le parcours du patient de son admission à sa sortie.

Par **fragmentation de l'organisation hospitalière**, on entend la division des structures hospitalières (structure organisationnelle) et/ou des processus (organisation des procédures), qui résulte par exemple du nombre croissant de (nouveaux) services et unités au sein des hôpitaux afin de refléter les différentes spécialités qui existent. Ainsi, la fragmentation de l'organisation hospitalière contraste avec une prise en charge intégrée, continue et coordonnée.

Bénéfice pour le patient et médecine maximale

Le bénéfice pour le patient fait partie des valeurs fondamentales de la médecine. Celui-ci se réfère à un lien de causalité positif entre une intervention médicale et ses résultats pertinents pour le patient (outcomes) et en comparaison avec un autre traitement, un placebo ou l'absence de traitement. Ces effets positifs peuvent consister en une amélioration de l'état de santé du patient, une réduction de la durée de la maladie, un allongement de la durée de vie, une diminution des effets secondaires ou encore une amélioration de la qualité de vie. Le bénéfice pour le patient est défini non seulement par des critères objectifs de mesure mais aussi par les besoins subjectifs des patients. Il implique donc une prise en charge de qualité ainsi qu'une satisfaction par rapport à cette prise en charge, et vise un traitement optimal. La « médecine optimale » est en opposition avec la « médecine maximale », qui implique que toutes les possibilités et ressources sont employées pour procéder au diagnostic et au traitement des patients, indépendamment du fait de savoir si, dans la situation donnée, ces mesures sont pertinentes, souhaitables ou efficaces en termes de coûts.

Annexe 4 : Document de référence pour la plate-forme « Avenir de la formation médicale »

Spécialisation croissante en médecine humaine du point de vue de l'organisation des hôpitaux

1. Introduction et contexte

Ces dernières années, la médecine humaine se spécialise et, surtout, se sous-spécialise de plus en plus. Ainsi, on recense aujourd'hui 44 titres postgrades fédéraux (contre 50 titres de spécialistes en 1999), 35 formations approfondies (contre 5 en 1999) et 31 certificats de formation complémentaire (contre 12 en 1999). Cette tendance reflète les réalités internationales et les progrès de la médecine, sur le plan scientifique comme sur le plan technologique. Faisant suite à la formation diversifiée à l'université, la formation postgrade dans un domaine de spécialité constitue la base de l'exercice de la profession. Pendant cette phase, les connaissances et les compétences dans la spécialité choisie doivent être approfondies. Les objectifs d'apprentissage et les compétences figurant au programme des formations postgrades sont définis par les sociétés de discipline selon les prescriptions de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) figurant dans sa Réglementation pour la formation postgraduée (RFP). Les apprentissages concrets de la formation postgrade s'effectuent toutefois dans la pratique, en majeure partie dans les hôpitaux et généralement dans les hôpitaux universitaires. La formation postgrade dépend ainsi dans une large mesure des médecins-chefs chargés de la formation et donc de l'organisation de l'hôpital, notamment des différents services, structures et spécialités. La création de nouvelles cliniques développe également la spécialisation dans les hôpitaux ; on observe une fragmentation des structures hospitalières.

Les hôpitaux, les chefs de cliniques et les médecins-assistants qui y travaillent et, enfin, les médecins proposant des prestations ambulatoires en cabinet privé représentent un pilier essentiel du système de santé suisse. Même si la formation postgrade se fait aussi sous forme d'assistantat en cabinet dans les soins ambulatoires, particulièrement en médecine interne générale/médecine de famille, ce sont les hôpitaux et plus particulièrement les hôpitaux universitaires qui assurent la majorité des formations postgrades des médecins.

Les hôpitaux sont donc non seulement des pôles de soins, mais aussi des lieux de formation universitaire, postgrade et continue. Par ailleurs, les hôpitaux universitaires sont des centres de développement des facultés.

La spécialisation croissante est ainsi alimentée par un phénomène de réciprocité : il existe en effet des interactions entre les structures des hôpitaux, les contenus de la spécialisation et de la sous-spécialisation et les carrières au sein des facultés.

Il reste à déterminer si cette tendance à la spécialisation est optimale, au niveau de la prise en charge des patients en gardant à l'esprit les défis et les changements généralement reconnus auxquels le système de santé sera ou est déjà confronté. Il semble pertinent de porter un regard critique sur cette tendance et ses implications et de discuter de pistes d'optimisation.

2. Défis pour la politique de la santé

Les défis et les changements auxquels la politique de la santé sera confrontée au cours des prochaines années sont bien connus. Pour rappel, les thématiques importantes à cet égard sont les suivantes :

1. Augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques et multiples (polymorbidité) ;

2. Evolution des exigences et des besoins des patients ;
3. Progrès technologique et spécialisation croissante dans la médecine ;
4. Économisation de la médecine ;
5. Pénurie prévisible ou déjà manifeste de personnel de santé ;

2.1 Augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques et multiples

En raison de l'évolution démographique, les patients âgés vont devenir plus nombreux. On peut donc escompter une augmentation des soins prodigués pour des affections chroniques et multiples, qui appellera elle-même une adaptation du système de santé (OFSP, 2013). En 2011, déjà, l'OCDE a constaté dans une étude que les professionnels de la santé étaient fortement voire trop sollicités en raison de l'augmentation du nombre de patients polymorbides et que des efforts devraient être fournis pour pouvoir répondre de façon adéquate aux nouveaux besoins de ces patients. Les auteurs de cette étude déplorent la spécialisation et la fragmentation de l'approvisionnement en soins et demandent un renouvellement de l'intégration des soins ainsi que de nouvelles formes de collaboration entre les professionnels de la santé (Plochg, Klazinga, Schoenstein et Starfield, 2011). Une étude du King's Fund publiée en 2012 a illustré de manière saisissante les obstacles dus au manque de communication, de coordination et de planification des soins que rencontrent les patients âgés lors de leurs séjours dans les hôpitaux britanniques. Le manque de continuité, notamment dans la prise en charge des patients âgés atteints de problèmes de santé multiples, fait l'objet de critiques nourries. En effet, selon les auteurs, sans continuité, il est quasiment impossible de fournir des soins à la fois efficaces sur le plan clinique, personnalisés, efficaces et économiques (Cornwell, Levenson, Sonola et Poteliakhoff, 2012).

2.2 Evolution des exigences et des besoins des patients

Au fil de l'évolution de la société, les exigences et les besoins des patients par rapport au système de santé ont changé. Devant les nouveaux modes de vie, les nouvelles structures familiales et les nouvelles habitudes en matière de logement, il convient d'adapter les formes de traitement et d'encadrement des membres de la famille âgés ou malades. Le système de valeurs et le rapport à l'information et à la communication des patients ont évolué et sous-tendent leurs exigences en matière de soins. La participation active (*empowerment*) de patients dont la culture sanitaire est de plus en plus développée ainsi que leur implication dans les décisions relatives aux soins jouent également un rôle. Dans ce contexte, il faut revoir la gestion de ces patients « éclairés » et de leurs proches.

2.3 Progrès technologique et spécialisation

Le progrès technologique fait constamment évoluer la médecine et fournit sans cesse de nouvelles méthodes et possibilités d'intervention. Si cette tendance représente un potentiel remarquable pour le traitement des maladies, elle introduit le risque d'une « médecine maximale ». Ainsi, dans sa feuille de route intitulée « Médecine durable » publiée en 2012, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) explique que, souvent, la médecine moderne met tout en œuvre pour soigner un patient, sans examiner la pertinence du traitement ou son bénéfice pour le patient concerné ; il faut toutefois noter que le bénéfice pour le patient reste à définir (ASSM, 2012).

En parallèle, avec le développement des connaissances médicales spécialisées et de nouvelles méthodes d'intervention, on observe une (sous-) spécialisation croissante de la médecine humaine ; les sociétés de discipline en sont les moteurs. Au sein des différentes disciplines, cette tendance semble raisonnable. En effet, grâce à la (sous-) spécialisation, il est inutile de rallonger la durée des formations postgrades pour compenser la progression des connaissances. Cependant, la spécialisation croissante peut devenir problématique même pour les sociétés médicales lorsque les disciplines principales menacent d'être vidées de leur substance par les sous-spécialités. On cite souvent l'exemple de la médecine interne, qui a été vidée d'une partie de sa substance par la fragmentation croissante de ses (sous-) spécialités : cardiologie, neurologie, dermatologie, etc., et serait ainsi devenue moins attractive.

2.4 Economisation de la médecine

L'adaptation de la médecine aux réalités économiques est une autre tendance qui constitue un facteur de changement pour le système de santé, les professionnels de la santé et les soins. En 2012, les forfaits par cas liés aux prestations (SwissDRG) ont été introduits dans les hôpitaux, avec l'objectif de contribuer à limiter les coûts : des incitations économiques permettent de mieux prendre en compte les critères appliqués aux entreprises dans le domaine hospitalier. La finalité (à savoir l'efficacité économique) devrait, idéalement, contribuer à atteindre les objectifs politiques fixés, par exemple une utilisation judicieuse des ressources grâce à une meilleure orientation des patients, une coordination des processus améliorée, etc. Les problèmes qui pourraient en découler doivent toutefois être identifiés de façon précoce. En effet, comme le montre la feuille de route de l'ASSM « Médecine et économie - quel avenir ? » publiée en 2014, cette tendance à encourager de façon ciblée une approche économique soulève la question des conséquences sur la pratique clinique et sur les soins prodigués aux patients. Les auteurs font notamment référence à une étude, publiée depuis, dont l'objectif était de déterminer l'impact des DRG en faisant remplir un questionnaire à des médecins hospitaliers suisses. La majorité des médecins interrogés estimaient que les aspects économiques prenaient trop d'importance dans leur activité clinique, et indiquaient avoir vécu différentes situations dans lesquelles les soins prodigués avaient été soit excessifs soit insuffisants au cours des six derniers mois (Fässler et al., 2015). Il faudrait identifier les changements (justifiés sur le plan économique) qui ont affecté les structures et les processus hospitaliers après l'introduction des DRG ainsi que leur impact sur les soins. Ce point est particulièrement important pour le traitement des patients atteints de maladies chroniques et multiples. Dans sa feuille de route de 2014, déjà citée plus haut, l'ASSM considère par exemple que la déprofessionnalisation du métier de médecin (qui est identifiée comme un symptôme de la fragmentation et de la spécialisation croissantes du système de santé) pourrait être une conséquence délétère de la mise en place des DRG. L'ASSM estime que cette déprofessionnalisation est due au fait que les médecins ne peuvent plus prendre des décisions sous leur propre responsabilité ; par ailleurs, la médecine contribuerait à ce phénomène en se sous-spécialisant de plus en plus.

2.5 Pénurie de personnel de santé

Aujourd'hui, déjà, on constate une pénurie de professionnels de la santé ou on la voit se profiler dans certaines branches du système de santé (par ex., médecine de premier recours en milieu rural, soins de longue durée). L'évolution démographique, qui se traduira par une augmentation des pathologies chroniques et multiples, devrait également accroître la demande de professionnels de la santé. Pourtant, si le nombre de personnes formées n'augmente pas nettement, les ressources vont se raréfier du côté de l'offre. Chez les médecins, ce phénomène est dû à plusieurs facteurs : par exemple, les femmes sont de plus en plus nombreuses dans le métier, les jeunes femmes mais aussi les jeunes hommes souhaitent de plus en plus pouvoir mieux concilier vie familiale et vie professionnelle, les médecins sont soumis à la loi sur le travail et les disciplines sont de plus en plus (sous-) spécialisées. Même si le nombre d'étudiants commençant des études de médecine fait entrevoir une augmentation des diplômes obtenus en médecine humaine, la Suisse reste très dépendante de l'étranger. Ainsi, en 2012, 40,1 % des 1715 titres postgrades ont été délivrés à des médecins qui avaient suivi leur formation de base à l'étranger (Burla et Widmer, 2012 ; Burla et Rüfenacht, 2013). A cet égard, les conséquences possibles de l'initiative sur l'immigration de masse pourraient représenter un défi supplémentaire. Les ressources doivent donc être exploitées de façon judicieuse afin de prodiguer les meilleurs soins possibles aux patients.

3. Problématique et défis concrets

3.1 La spécialisation et la fragmentation, des tendances réciproques

Comme exposé dans la première section, les hôpitaux et notamment les hôpitaux universitaires sont à la fois des centres de soins et des lieux de formation. Selon Burla et Widmer (2012), en 2010, près de la moitié des 17 363 équivalents plein temps (EPT) assurés dans les hôpitaux suisses par 20 292 médecins correspondaient à des postes de médecins-assistants. 11 250 EPT étaient réalisés dans de

grands centres hospitaliers et près de la moitié dans des hôpitaux universitaires. Selon la statistique des hôpitaux de l'OFS, en 2013, 24 204 médecins travaillaient déjà dans les hôpitaux suisses, ce qui correspond à 20 350 EPT. 10 322 de ces médecins (42,6 %) étaient des médecins-assistants. Le type de formation postgrade proposé dans les hôpitaux est certes régi par la Réglementation pour la formation postgraduée (RFP) de l'organisation compétente, l'ISFM, mais l'application de ces prescriptions dépend dans une large mesure des médecins-chefs responsables de la formation, et donc à nouveau des services, des structures et des spécialisations qui existent ou qui restent à mettre en place. De leur côté, les hôpitaux se spécialisent de plus en plus et créent de nouveaux services et cliniques (par exemple, clinique spécialisée en cardiologie). Si ce phénomène repose en partie sur des raisons économiques, il reflète aussi le développement de disciplines qui ne cessent de se (sous-) spécialiser. En effet, les services ou les cliniques se spécialisent souvent lorsque des membres de la direction sont remplacés (départ en retraite, par exemple). Cette tendance, ainsi alimentée par la réciprocité, est encore favorisée par les aspects académiques, notamment dans les hôpitaux universitaires ; en effet, les médecins sont généralement encouragés à se (sous-) spécialiser pour faire une carrière universitaire. Toutefois, la spécialisation croissante de la médecine humaine et la fragmentation des hôpitaux et des cliniques qui en découle se traduisent par un éclatement de plus en plus marqué de toute l'organisation, dont les fragments sont isolés, et par la disparition rapide de disciplines, de services et de cliniques à caractère général.

3.2 Soins intégrés à caractère global et bénéfice du patient

Il faut désormais déterminer si les soins prodigués aux patients dans ces structures à la fois spécialisées et fragmentées sont adéquats. En effet, il est très important d'avoir une vision d'ensemble et de fournir un traitement continu aux patients, d'autant plus quand ceux-ci sont atteints de maladies chroniques et multiples. Il est également indispensable que la chaîne de traitement demeure ininterrompue. Les patients ne doivent pas être transférés d'un service à l'autre pendant leur séjour à l'hôpital mais, au contraire, bénéficier d'un système fonctionnel de l'admission à la sortie. Il est essentiel de procéder à une évaluation globale du patient (par exemple pour déterminer son état général, identifier l'origine des douleurs quand elle n'est pas connue, évaluer la comorbidité et les interactions entre les médicaments, etc.), tout particulièrement en début et en fin de chaîne, c'est-à-dire lors de l'admission et de la sortie de l'hôpital. Ce sont là des compétences clés des spécialistes en médecine interne générale (MIG), comme l'écrit Drahomir Aujesky dans un article du Bulletin des médecins suisses (BMS, 2015). Comme il l'explique, pour cette raison, la MIG joue un rôle d'intégration essentiel également (ou particulièrement) dans les hôpitaux universitaires, notamment dans le cas des patients atteints de maladies chroniques et multiples. Le titre de spécialiste en MIG est le fruit d'une synthèse entre la médecine interne et la médecine générale, deux disciplines qui doivent trouver une nouvelle identité dans le contexte des soins médicaux de base et identifier de nouvelles perspectives dans l'approvisionnement en soins, qu'ils soient ambulatoires ou stationnaires. Cette synthèse et les défis de politique sanitaire à venir annoncent désormais de nouvelles possibilités tant pour les professionnels que pour le système de soins. Devant l'évolution des besoins des patients, notamment des patients âgés souffrant de pathologies chroniques et multiples, les médecins et les médecins spécialistes doivent apprendre à concevoir leur rôle différemment. En effet, il est indispensable de porter un regard global sur le patient et son environnement pour lui dispenser un traitement adéquat, au-delà des limites d'une discipline. Pour garder cette vue d'ensemble, il est également crucial que les spécialistes collaborent et communiquent de façon satisfaisante au-delà des limites de leurs disciplines et de leurs professions. En effet, en dépit de tous les efforts d'intégration, de nombreuses interfaces doivent être prises en compte ; l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité jouent un rôle essentiel dans ce contexte.

3.3 Structures actuelles : où faut-il agir ?

La spécialisation en elle-même n'est pas le problème. En effet, la médecine doit tenir compte du développement du savoir et du progrès technologique. La promotion d'aptitudes, de capacités et de compétences spécifiques chez les médecins doit cependant profiter aux patients. Ainsi, lorsque les profes-

sionnels de la santé prodiguent des soins à des patients âgés atteints de maladies chroniques et multiples, ils doivent aussi avoir une vision d'ensemble et assurer le caractère continu du traitement. Sans quoi, ils risquent de se concentrer uniquement sur un organe ou un aspect sans repérer certaines interactions importantes, voire même de mettre en danger le patient. Les structures et les processus hospitaliers devraient également refléter cette intégration et cette continuité.

Dans la même veine, les professeurs Hock et Zünd de l'Université de Zurich expliquent dans la *Neue Zürcher Zeitung* du 15 avril 2015 que les hôpitaux et les universités doivent agir car les structures hospitalières, qui se sont développées au fil de l'histoire, ne correspondent plus aux exigences d'aujourd'hui. Ils appellent ainsi les parties prenantes à analyser et à transformer ces structures obsolètes (Hock et Zünd, 2015). Selon les auteurs, le chemin partant de la culture traditionnelle, caractérisée par des cliniques fonctionnant indépendamment les unes des autres, pourrait mener à la mise en place de « clusters » thématiques proposant une offre intégrée pour certaines pathologies et regroupant recherche, formation, diagnostic et thérapie.

Quelles formes ces structures pourraient-elles prendre, concrètement ? Il existe probablement plusieurs bonnes réponses à cette question. Cela dit, certaines pistes sont déjà identifiées, notamment la promotion de la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle ainsi que le renforcement et la clarification du rôle des généralistes travaillant dans les hôpitaux ou, le cas échéant, des gestionnaires de cas. Compte tenu du désir (de plus en plus répandu chez les jeunes médecins) de pouvoir concilier vie professionnelle et vie familiale, il serait judicieux d'étudier si la création de postes de « médecins hospitaliers » pourrait apporter une valeur ajoutée. Les soins y seraient placés au premier plan et le médecin ne devrait pas obligatoirement faire carrière (carrière universitaire, médecin-chef, etc.). En effet, dans la situation actuelle, les structures se basant sur des compétences professionnelles sont de plus en plus demandées. Il reste à établir s'il faudrait abolir les structures pilotées par les médecins cadres qui se sont développées sur le principe de la hiérarchie. Ne perdons pas non plus de vue qu'un expert dans un domaine ne fait pas forcément un bon responsable hiérarchique.

Conclusion

Les hôpitaux, et plus particulièrement les hôpitaux universitaires, sont à la fois des centres de soins et des pôles de développement des disciplines universitaires. Le progrès technologique et le développement du savoir médical induisent une spécialisation et une sous-spécialisation croissantes qui se traduisent par une fragmentation des structures hospitalières. On observe ici une réciprocity des différents éléments.

En même temps, au vu de l'évolution démographique et du développement prévu des maladies chroniques et multiples, il serait judicieux de renforcer l'intégration, la coordination et la communication dans les soins.

Il convient donc de réfléchir aux phénomènes de spécialisation et de fragmentation observés et de déterminer si les structures hospitalières en place sont encore adaptées et prennent en compte les (futurs) besoins des patients.

S'il ressort de cette analyse que la spécialisation croissante de la médecine humaine et la fragmentation des structures hospitalières présentent des aspects problématiques pour les soins prodigués aux patients, il faudra identifier des pistes permettant d'optimiser cette tendance.

Prochaines étapes

Un groupe thématique « Spécialisation croissante en médecine humaine du point de vue de l'organisation des hôpitaux » de la plate-forme « Avenir de la formation médicale » est mis en pieds. Ce groupe doit commander une étude (définir le mandat) fournissant une analyse à large spectre de la situation / de la problématique esquissée plus haut, l'accompagner et l'évaluer de façon critique. Sur la base des

résultats de cette étude, le groupe thématique pourra formuler des recommandations à l'intention des parties prenantes concernées.

Références

Aujesky, D. (2015). *Allgemeine Innere Medizin am Universitätsspital*. Schweizerische Ärztezeitung, 2015; 96(3): 71 - 74.

Bundesamt für Gesundheit (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates - Gesundheit2020*. Bundesamt für Gesundheit.

Burla, L. & Rüfenacht, J. (2013). *Ausbildungen in der Humanmedizin und in Pflege- und Betreuungsberufen* (Obsan Bulletin 2/2013). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Burla, L. & Widmer, M. (2012). *Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – Bestand und Entwicklungen bis 2011* (Obsan Bulletin 3/2012). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Cornwall, J., Levenson, R., Sonola, L. & Poteliakhoff, E. (2012). *Continuity of Care for Older Hospital Patients: A call for action*. London: The King's Fund.

Fässler, M., Wild, V., Clarinval, C., Tschopp, A., Faehrich, J. & Biller-Andorno, N. (2015). *Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians*. Swiss Medical Weekly, 2015; 145: w14080.

Hock, C. & Zünd, G. (2015, April 15). *Gastkommentar zur Spitalpolitik. Neue Strukturen für die Medizin der Zukunft*. Neue Zürcher Zeitung. (<http://www.nzz.ch/meinung/debatte/neue-strukturen-fuer-die-medizin-der-zukunft-1.18522314>)

Jaccard Ruedin, H. & Weaver, F. (2009). *Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?* Obsan Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* (Obsan Bulletin 4/2013). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Plochg, T., Klazinga, N.S., Schoenstein & M., Starfield, B. (2011). *Reconfiguring Health Professions in Times of Multi-Morbidity: Eight Recommendations for Change*. OECD.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014). *Medizin und Ökonomie – wie weiter?* Swiss Academies Communications 9 (4).

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2012). *Nachhaltige Medizin. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*. SAMW.

Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (2000). *Weiterbildungsordnung (WBO)*. Letzte Revision: 6. November 2014. http://www.fmh.ch/files/pdf16/wbo_d.pdf