



Rapport du groupe thématique « Harmonisation des formations universitaire et postgrade des médecins »

Date: 7 novembre 2012

A l'intention de : **Plate-forme « Avenir de la formation médicale »**

Rédaction : Groupe thématique « Harmonisation des formations universitaire et postgrade des
médecins »

Le présent rapport a été rédigé sous l'égide de l'Office fédéral de la santé publique avec la participation des experts suivants :

- Dr med. Werner Bauer, Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)
- Valérie Clerc, Conférence universitaire suisse (CUS)
- Prof. Peter Egli, doyen de la faculté de médecine, Université de Berne
- Prof. Jürg Hafner, Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)
- Patrizia Kündig, *Swiss Medical Students' Association* (swimsa)
- Dr med. Christian Schirlo, décanat de la faculté de médecine, Université de Zurich
- PD Dr med. Marcus Schwöbel, Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS)
- Prof. Susanne Suter / Dr. phil. nat. Marianne Bonvin, Conseil suisse de la science et de la technologie (CSST)
- Prof. Martin Täuber, Conférence des recteurs des universités suisses (CRUS)
- Prof. Jean-Daniel Tissot, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- med. pract. Sonja Trüstedt / Simon Stettler, Association suisse des médecins-assistant(e)s et chefs de clinique (ASMAC)
- Prof. Albert Urwyler, Conférence pour la médecine universitaire (CMU)
- Dr med. Elisabeth van Gessel, faculté de médecine, Université de Genève
- Prof. Rainer Weber, Commission interfacultaire médicale suisse (CIMS)
- *Dr. iur. Catherine Gasser, responsable de la division Professions de la santé, OFSP (direction)*
- *Dr med. vet. Olivier Glardon, section Développement professions de la santé, OFSP (suppléant)*
- *Nathalie Weber, section Développement professions de la santé, OFSP*

Table des matières

Liste des abréviations.....	1
1 Introduction	2
1.1 Le groupe thématique « Harmonisation des formations universitaire et postgrade des médecins »	2
2 Démarche suivie	4
3 Admission.....	4
3.1 Admission aux études	4
3.2 Numerus clausus.....	5
3.2.1 Test d'aptitudes pour les études de médecine (AMS).....	6
3.2.2 Candidats qui n'ont pas été admis aux études de médecine	7
4 Formation universitaire.....	7
4.1 Bachelor	8
4.1.1 Rôle et pertinence du bachelor	8
4.1.2 Mobilité.....	8
4.1.3 Passerelles	9
4.1.4 Tronc commun à plusieurs professions de la santé dans le cursus de bachelor	9
4.2 Master	11
4.2.1 Objectifs du travail de master et du doctorat.....	12
5 Transition entre la formation universitaire et la formation postgrade.....	13
5.1 Transition entre la formation universitaire et la formation postgrade	13
5.2 Harmonisation des objectifs d'apprentissage dans la formation universitaire et dans la formation postgrade.....	14
6 Formation postgrade	15
6.1 Critères quantitatifs et durée (en comparaison avec l'étranger et au regard des besoins en Suisse) ..	15
6.1.1 Durée et transparence de la formation postgrade	15
6.1.2 Régime spécifique ou harmonisation avec l'UE ?	17
6.1.3 Pertinence pour la profession et compétence pour délivrer les titres de médecin-spécialiste, de formation approfondie et les attestations de formation complémentaire	18
6.1.4 Considération quantitative : y a-t-il trop de titres de spécialiste ?	19
6.2 Pilotage de la formation postgrade.....	20
6.2.1 Pilotage au niveau de la formation postgrade (rapport entre nombre de spécialistes et de médecins de premier recours).....	20
6.2.2 Implication des hôpitaux privés dans la formation postgrade.....	21
6.2.3 Pilotage de l'offre de places de formation postgrade en fonction du besoin des hôpitaux et non des besoins en soins	22
6.3 Diplômes	23
6.3.1 Rapport entre CAS / DAS / MAS et titres fédéraux de formation postgrade et imputation des modules ²³	
6.3.2 Discrimination des médecins suisses.....	24
7 Conclusion	24
8 Bibliographie	26
Annexe 1 : Mandat du groupe thématique « Harmonisation des formations universitaire et postgrade des médecins »	
Annexe 2 : Ordre de priorité des thèmes concernant la formation universitaire	
Annexe 3 : Ordre de priorité des thèmes concernant la formation postgrade	
Annexe 4 : Le modèle genevois en matière de <i>tracking</i>	
Annexe 5 : Modèle d'un <i>tracking</i> non contraignant dans les études de médecine (exemple de la faculté de médecine de Zurich)	
Annexe 6 : Vue d'ensemble des diplômes et des titres	

Liste des abréviations

OFSP	Office fédéral de la santé publique
CAS	<i>Certificate of Advanced Studies</i> (certificat d'études avancées)
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CRUS	Conférence des recteurs des universités suisses
DAS	<i>Diploma of Advanced Studies</i> (diplôme d'études avancées)
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i> <i>European Credit Transfer System</i> (système européen de transfert et d'accumulation de crédits)
ECTS	
AELE	Association européenne de libre-échange
AMS	Test d'aptitudes pour les études de médecine
EPFL	École polytechnique fédérale de Lausanne
EPFZ	Ecole polytechnique fédérale de Zurich
RFC	Réglementation pour la formation continue
FMH	Fédération des médecins suisses
ALCP	Accord sur la libre circulation des personnes
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
SG-CUS	Secrétariat général de la Conférence universitaire suisse
LEHE	Loi sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
CMU	Conférence pour la médecine universitaire
MAS	<i>Master of Advanced Studies</i> (master d'études avancées)
MD	Docteur en médecine
MEBEKO-FU	Commission fédérale des professions médicales - section Formation universitaire
MEBEKO-FP	Commission fédérale des professions médicales - section Formation postgrade
LPMéd	Loi sur les professions médicales
OPMéd	Ordonnance sur les professions médicales
MMI	<i>Multiple Mini-Interviews</i>
Modèle PEP	Pragmatique, simple, basé sur les forfaits
NC	Numerus clausus
PNS	Dialogue Politique nationale suisse de la santé
ECOS	Examen clinique objectif structuré
APP	Apprentissage par problème
PhD	Docteur en philosophie
Plate-forme	
AFM	Plate-forme Avenir de la formation médicale
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
SER	Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche
SCLO	<i>Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training</i> (catalogue des objectifs d'apprentissage)
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée
CIMS	Commission interfacultés médicale suisse
CUS	Conférence universitaire suisse
swimsa	<i>Swiss Medical Students' Association</i> (Association suisse des étudiants en médecine)
CSST	Conseil suisse de la science et de la technologie
UEMS	Union européenne des médecins spécialistes
AMDHS	Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse
ASMAC	Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique
RFP	Réglementation pour la formation postgraduée
CEFP	Commission des établissements de formation postgraduée
CTD	Centre pour le développement de tests et le diagnostic

1 Introduction

En septembre 2010, la plate-forme « Avenir de la formation médicale » a été lancée sous l'égide du Dialogue Politique nationale de la santé (PNS). Les représentants de seize organisations s'y penchent sur des questions relatives à la formation médicale. Lors de la réunion du 16 décembre 2010, les membres de la plate-forme « Avenir de la formation médicale » ont créé un groupe thématique « Harmonisation des formations universitaire et postgrade des médecins », tout en décidant d'exclure la formation continue du mandat confié à ce groupe.

1.1 Le groupe thématique « Harmonisation des formations universitaire et postgrade des médecins »

La loi sur les professions médicales (LPMéd) entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2007 vise à encourager la qualité des formations universitaire, postgrade et continue, ainsi que de l'exercice des professions médicales, dans l'intérêt de la santé publique. Elle prévoit également le principe de l'apprentissage tout au long de la vie [1]. Afin d'assurer une couverture sanitaire de grande qualité, elle définit des objectifs de formation motivés par la politique de la santé pour chacune des étapes successives que constituent les formations universitaire, postgrade et continue. Pour cela, elle met l'accent sur les compétences, clés d'un exercice de qualité des professions médicales et devant assurer une couverture médicale de grande qualité dans l'intérêt des patients. Il s'agit donc d'une loi qui formule des objectifs qualitatifs, motivés par la politique de la santé pour les formations universitaire et postgrade en médecine, et notamment en médecine humaine, et qui garantit la libre circulation au plan national et international des membres des professions médicales universitaires.

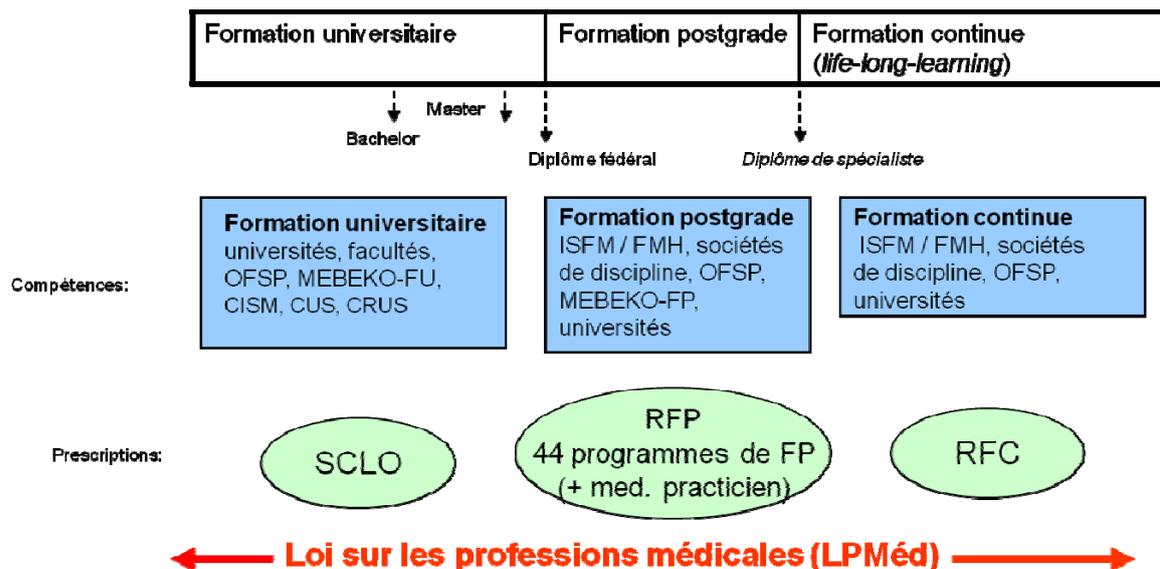
Divers partenaires sont responsables de mettre en œuvre les objectifs de formation universitaire et postgrade fixés par la LPMéd : les universités et plus précisément leurs facultés en sont chargées au niveau de la formation universitaire ; pour la formation postgrade, la responsabilité échoit à l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) de la FMH ainsi qu'aux 45 sociétés de discipline médicales. La responsabilité pour le catalogue suisse des objectifs de formation pour la médecine humaine (SCLO) [2] est assumée par la Conférence interfacultaire médicale suisse (CIMS), une association des facultés de médecine avec le concours d'autres instances concernées par le domaine de la formation ou de la santé, notamment les représentants des autorités. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), fondée par les cinq facultés de médecine, la faculté de médecine vétérinaire et la Fédération des médecins suisses (FMH). Dans ce contexte, il convient également de mentionner la Commission fédérale des professions médicales (MEBEKO) avec ses sections « formation universitaire » et « formation postgrade ».

Cette énumération montre que de multiples partenaires sont concernés lorsqu'il s'agit de garantir l'orientation vers la compétence ainsi que la continuité et la cohérence des formations universitaire, postgrade et continue. Les partenaires et les responsables se doivent d'entretenir un échange d'informations approfondi et de débattre de la manière de mettre en œuvre la loi sur les professions médicales. Cette coordination s'avère d'autant plus nécessaire que les mandats d'exécution confiés à différents responsables (les universités et les institutions associées, les organisations responsables de la formation postgrade, la Confédération et les cantons) doivent être menés conjointement. En outre, des institutions non universitaires – les hôpitaux d'enseignement ainsi que tous les autres hôpitaux impliqués dans la formation universitaire et postgrade, de même que les cabinets privés –, apportent une contribution essentielle à la formation universitaire et postgrade (par exemple dans le domaine de l'enseignement au chevet du patient).

La LPMéd préconise un modèle idéal de formation médicale dont toutes les étapes seraient harmonisées, cohérentes au niveau du contenu et axées sur l'exercice de la profession. Cependant ce modèle n'a pas encore pu être réalisé partout du fait des interfaces existantes. La révision actuellement en cours de la LPMéd, essentiellement destinée à combler des lacunes mineures, n'apportera pas de changements majeurs à cet égard. Il importe donc de savoir si la gestion des interfaces peut être optimisée dans les circonstances actuelles. Il va de soi que la mise en œuvre concrète de la LPMéd doit également tenir compte des développements dans le domaine de la formation. Ainsi, l'introduction de la LPMéd et celle de la réforme de Bologne dans les facultés se sont

largement déroulées en parallèle. A coup sûr, la mise en œuvre de la loi sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles du 30 septembre 2011[3] ne manquera pas d'affecter le monde universitaire dans les années qui viennent. C'est pourquoi il est essentiel que la planification à venir prenne en compte les responsabilités diverses des différentes parties concernées. Celles-ci doivent avoir conscience du fait que la qualité et la durabilité de la formation universitaire, postgrade et continue relèvent d'une responsabilité commune.

L'échelonnement des contenus de la formation soulève des problèmes concrets qui seront abordés dans le cadre du présent rapport et pour lesquels il s'agira, dans la mesure du possible, d'esquisser des solutions.



2 Démarche suivie

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a proposé un grand nombre de sujets de discussion possibles. Il s'agit de problèmes qui lui ont été désignés par des instances extérieures ou qui ont été identifiés à l'occasion de la mise en œuvre de la LPMéd. D'autres thèmes ont été suggérés par les membres du groupe thématique ou ont surgi au cours des discussions. Pour faire le point sur l'ensemble des problèmes repérés et pour obtenir des partenaires concernés une évaluation de leur pertinence effective, les membres du groupe thématique ont tout d'abord trié les sujets par ordre de priorité en fonction de leur importance et de leur urgence. C'est ainsi qu'un classement a été établi respectivement pour la formation universitaire et pour la formation postgrade, sur la base duquel ont été retenus les sujets appelant une discussion approfondie (annexes 2 et 3). Certains thèmes ont été considérés comme particulièrement urgents et importants ; c'est pourquoi un sous-groupe d'une composition différente a été constitué avec la mission expresse de s'en emparer (voir chapitre 3.1).

Etant donné l'hétérogénéité et l'ampleur du groupe thématique, des divergences sont apparues dans l'évaluation de l'urgence et de l'importance des thèmes retenus. C'est pourquoi les membres du groupe ont été autorisés à s'exprimer également sur des thèmes non prioritaires. Ces avis ont également été intégrés dans le présent rapport.

3 Admission

3.1 Admission aux études

Bien que, compte tenu de la LPMéd, le groupe de travail ait au départ eu l'intention d'avoir une discussion essentiellement qualitative, dans le domaine de la formation universitaire, c'est la dimension quantitative qui s'est imposée comme la plus urgente et la plus importante aux yeux de l'ensemble du groupe. Au vu de la pénurie annoncée de médecins, qui entraînera une dépendance croissante de l'étranger, et étant donné la longueur des formations universitaire et postgrade en médecine, il paraissait indiqué de prendre aussi rapidement que possible des mesures pour produire davantage de nouveaux diplômés. Mais cela implique d'élucider également la situation des lieux et du financement de la formation. Des interventions politiques récentes¹ confirment l'urgence de la question et ont conduit le groupe à instituer en parallèle un sous-groupe « Augmentation du nombre de diplômés en médecine humaine ». La Conférence universitaire suisse (CUS) notamment a salué l'occasion ainsi donnée d'étudier l'opportunité de produire davantage de diplômés et d'associer les représentants des facultés de médecine à la recherche de solutions concrètes. C'est pourquoi le groupe de travail a été dirigé conjointement par le SG-CUS et par l'OFSP. Le groupe comprenait des représentants des cinq facultés de médecine ; par ailleurs, le Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche (SER), la Commission interfacultaire médicale suisse (CIMS) ainsi que la *Swiss Medical Students' Association* (swimsa) y avaient chacun un représentant. Il s'agissait, compte tenu des travaux préalables, d'esquisser les modalités permettant, dans un cadre temporel donné, de parvenir à produire davantage de diplômés en médecine humaine.

Mesure I : Le groupe thématique a décidé, pour traiter des questions quantitatives, de créer un sous-groupe « Augmentation du nombre de diplômés en médecine humaine » composé de représentants de toutes les facultés de médecine, de la CIMS, de la swimsa et du SER, sous la direction conjointe de l'OFSP et du SG-CUS. Le rapport du groupe a été adopté par la plate-forme lors de sa séance du 8 juin 2012 ainsi que par le Dialogue Politique nationale de la santé lors de sa séance du 23 août 2012.

Les membres du sous-groupe « Augmentation du nombre de diplômés en médecine humaine » ont, après un examen approfondi de la question qui leur était affectée, rédigé leur propre rapport, si bien

¹ Mo. Fehr 08.3608 « Stratégie contre la pénurie de médecins et pour l'encouragement de la médecine de famille » ; Ip. Schwaller 11.3933 « Places d'étude supplémentaires et solution de remplacement pour le numerus clausus » ; Mo. Schwaller 11.3930 « Il faut former des médecins en nombre suffisant »

qu'elle ne sera pas traitée plus avant dans le présent rapport. Les membres du groupe thématique « Harmonisation des formations universitaire et postgrade des médecins » ont pris connaissance des résultats et ont eu l'occasion de prendre position. Le rapport a par ailleurs été discuté par la plateforme « Avenir de la formation médicale » lors de sa réunion du 8 juin 2012. Celle-ci a pris acte des résultats, les a approuvés et a expressément salué la poursuite des travaux.

3.2 Numerus clausus

Le numerus clausus (NC), dans le contexte des études universitaires, signifie « accès limité ». En Suisse, la décision politique d'appliquer le NC est prise à chaque fois que le nombre de candidats dépasse à tel point les capacités de formation qu'il n'est plus possible d'assurer une qualité suffisante, et que ce problème ne peut pas non plus être résolu en redistribuant les candidats sur les autres universités. La Conférence des universités suisses (CUS), organe commun de la Confédération et des cantons pour la collaboration en matière de politique universitaire, fait chaque année, en février, le point sur l'état des inscriptions, et émet sur cette base, à l'adresse des cantons pratiquant le NC, une recommandation quant à l'opportunité de l'appliquer. Mais la décision en incombe aux cantons universitaires, seuls dotés des bases juridiques nécessaires pour limiter l'accès aux études de médecine tout en tenant compte de l'aptitude des candidats [4].

Le NC est appliqué depuis 1998 pour la médecine humaine (ainsi que depuis 2008 pour la chiropratique) par les universités de Bâle, Berne, Fribourg et Zurich. Les universités de Genève, Lausanne et Neuchâtel ne recourent pas au NC, mais pratiquent une sélection sévère après la 1^{re} année d'études. Les candidats qui s'inscrivent pour des études à l'université de Genève doivent certes, depuis 2010, se soumettre au préalable à un test d'aptitudes pour les études de médecine (AMS) ; toutefois ce test n'est pas un instrument de sélection. Il est utilisé pour inciter, à l'occasion d'un entretien, les candidats ayant obtenu de mauvais résultats à reconsidérer leur choix et à s'orienter vers une autre discipline. Un groupe mis sur pied par la faculté de médecine de l'université de Genève se charge par ailleurs de l'évaluation statistique des résultats à l'AMS, corrélés avec ceux des examens de 1^{re} et de 2^e année, pour disposer de données locales sur lesquelles se fonder au cas où la faculté devait décider d'utiliser l'AMS à des fins de sélection.

Lorsque les étudiants sont soumis à une sélection ciblée, que ce soit au moyen du test d'aptitudes ou d'une sélection en cours d'études, essentiellement pendant la 1^{re} année de formation, la probabilité de voir ceux qui ont passé le cap de la sélection achever avec succès leurs études de médecine est très élevée.

L'OFSP s'efforce, en collaboration avec la CRUS et le Centre pour le développement de tests et le diagnostic (CTD), de créer les bases pour des études longitudinales fondées sur la corrélation de données empiriques (AMS, immatriculations, examens, données sur les études postgrade et l'exercice de la profession) afin d'apprécier les répercussions à long terme de l'AMS.

Il y a lieu de souligner une fois de plus - et le groupe thématique est unanime sur ce point -, que si le but visé est de former davantage de médecins en Suisse et de rendre notre pays moins dépendant de la venue de médecins formés à l'étranger, la suppression du NC n'est pas une solution, contrairement à ce que les médias et les milieux politiques ne cessent de suggérer. Pour maintenir la qualité de la formation à son niveau actuel, objectif qui fait l'unanimité dans le groupe, les capacités structurelles et les dotations en personnel des facultés existantes doivent être renforcées ; peut-être faudra-t-il même conclure, après une étude approfondie des conditions-cadres, à la nécessité de créer de nouveaux sites de formation. S'agissant d'augmenter le nombre de places de formation, il est par ailleurs essentiel de prendre en compte la nécessité de disposer de places de formation clinique (stages, enseignement au chevet du patient, année d'études à option) en nombre suffisant dans les secteurs stationnaires et ambulatoires.

Tandis que la tenue de stages et de cours ainsi que l'enseignement au chevet du patient dépendent étroitement des institutions universitaires qui les dispensent et des hôpitaux d'enseignement qui leur sont rattachés, les mois consacrés à l'année d'études à option peuvent être effectués librement dans n'importe quel hôpital public de Suisse ainsi que dans de nombreux cabinets privés. Les hôpitaux plus petits notamment ont besoin de pouvoir compter sur le concours des étudiants en année d'études à

option, qui sont d'ailleurs rémunérés. Or on se trouve alors dans une situation, qu'on retrouvera plus tard dans la formation postgrade, où les étudiants suisses ne sont pas en nombre suffisant pour pourvoir les places disponibles, et où ce sont des étudiants étrangers en grand nombre qui occupent ces places. Une part non négligeable de ces étudiants étrangers, une fois acquis leur diplôme de fin d'études universitaires dans leur pays d'origine, optent ensuite pour la Suisse pour leur formation postgrade. Si davantage d'hôpitaux périphériques sont mis à contribution pour des cours et pour l'enseignement au chevet du patient, il apparaîtra encore plus clairement que le goulet d'étranglement dans la formation ne se situe pas au niveau du master, mais du bachelor, et que c'est à ce niveau qu'il convient d'augmenter les capacités de formation.

3.2.1 Test d'aptitudes pour les études de médecine (AMS)

Le test d'aptitudes pour les études de médecine (AMS) répond à l'obligation, inscrite dans la loi, de soumettre les candidats aux études en médecine à un test d'aptitudes individuelles. L'AMS comporte dix groupes d'exercices. Il a lieu en une journée et fournit une évaluation des capacités requises pendant les études. L'évaluation ne porte pas sur des connaissances, mais sur la capacité d'acquérir un nouveau savoir. Elle sélectionne les candidats qui ont les meilleures chances de terminer leurs études dans un temps relativement bref et avec les meilleures prestations.

La majorité du groupe considère que le test d'aptitudes sous sa forme actuelle est approprié et atteint ses objectifs, et que le NC reste un instrument nécessaire tant que le nombre de candidatures pour une place d'études dépasse toujours autant les capacités d'accueil des facultés. Pour 2012 par exemple, 3 120 personnes se sont portées candidates pour 653 places d'études en médecine humaine, ce qui correspond à un dépassement des capacités d'accueil de 378 % [5]. Il serait à la rigueur envisageable de recourir à un instrument complémentaire d'évaluation ne ciblant pas en priorité les aptitudes cognitives, tel que les *Multiple Mini-Interviews* (MMI). Lors du MMI, le candidat accomplit un parcours de plusieurs stations, des mini-entrevues ayant lieu en situation. Le candidat y discute de cas médicaux avec un expert sur le modèle des examens OSCE (*Objective Structured Clinical Examinations*), s'entretient avec un patient standardisé et répond à des questions classiques. Des études canadiennes ont montré que le MMI a une excellente valeur prédictive par rapport aux prestations enregistrées aux examens OSCE et pendant l'année d'études à option [6].

Une partie du groupe fait remarquer que l'enjeu central de la sélection est d'établir quels étudiants en médecine sont capables de passer avec succès l'examen fédéral et s'il est souhaitable qu'ils travaillent dans les soins de santé. Le test d'aptitudes doit donc cibler en premier lieu l'aptitude à exercer la profession de médecin. Il y a manifestement là une contradiction avec un test de type purement cognitif comme l'AMS, qui renseigne sur l'aptitude aux études de médecine. Si on se base sur les exigences portant sur les compétences stipulées par la loi sur les professions médicales (LPMéd), laquelle s'inspire des rôles du modèle CanMEDS [7], alors il faudrait davantage mettre l'accent sur l'aptitude à l'exercice de la profession et fonder le test sur les compétences. On peut alors légitimement supposer que les candidats admis aux études ne seraient pas nécessairement ceux qui sont sélectionnés sur la base du test actuel. L'évolution de la société et celle des exigences à l'encontre des médecins feront en outre émerger de nouveaux profils professionnels où des compétences telles que la communication et la collaboration interprofessionnelle sont appelées à jouer un rôle accru. Toutefois le groupe s'accorde à penser qu'avant de s'atteler à une modification du test d'aptitudes actuel, il faut arriver à une vision d'ensemble de la formation médicale, universitaire et postgrade pour la prochaine génération.

Depuis quelque temps, les revendications en faveur d'une meilleure prise en compte des compétences sociales et d'autres traits de la personnalité, ainsi que de l'aptitude à l'exercice de la profession se multiplient. Cependant, pour l'instant, ce sont toujours les tenants du système actuel qui l'emportent. Le CDT de l'université de Fribourg soumet l'AMS à des évaluations régulières et y apporte le cas échéant des adaptations, par exemple concernant l'équité face aux différents groupes linguistiques. Le principe qui s'applique est : « A aptitude égale, on a fondamentalement les mêmes chances d'être admis aux études. » [4].

Recommandation I : Le groupe considère la sélection sur la base de l'aptitude aux études, telle qu'elle se pratique actuellement, comme fondamentalement judicieuse, car elle permet de sélectionner une population motivée pour la formation en médecine humaine et qui réunit les meilleures conditions de succès dans les études. Si l'on juge souhaitable d'explorer les formes que pourrait prendre un système de sélection fondé sur l'aptitude à la profession, il faudra mettre à contribution le Conseil consultatif AMS ainsi que la faculté de médecine de l'Université de Genève, qui, depuis trois ans, pratique le test d'aptitudes sur une base non sélective. Parallèlement, les filières en médecine humaine sont également tenues, au titre de la LPMéd, d'établir l'aptitude à des études postgrade en médecine, ou plus précisément, l'aptitude des diplômés à suivre une telle formation. Il s'agit, ce faisant, de favoriser le renforcement continu de la qualité.

3.2.2 Candidats qui n'ont pas été admis aux études de médecine

Etant donné les capacités d'accueil limitées des facultés de médecine, chaque année, une proportion importante des personnes qui se sont portées candidates n'obtiennent pas de place d'étude [5]. On peut supposer qu'une partie du moins de ces personnes sont motivées par leur intérêt pour une profession médicale et que, n'ayant pas été admises aux études, ce sont potentiellement autant de travailleurs perdus pour les soins de santé, comme on l'a relevé à l'occasion du rapport du Conseil fédéral « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours » [8]. Depuis la mise en place des premières filières de bachelor des HES en physiothérapie, soins infirmiers, nutrition et diététique ainsi que sage-femme, et depuis qu'existe la possibilité de poursuivre ces études au niveau du master, ces formations sont proposées au niveau tertiaire et offrent une solution de rechange à ceux qui souhaitent suivre une formation dans le domaine de la santé au niveau universitaire. On ne sait toutefois pas si les candidats non admis aux études en médecine ont connaissance de cette offre et s'il y a lieu de remédier à la situation.

Comme ce sujet n'est pas en rapport direct avec la formation des médecins, l'OFSP a proposé de lancer un projet de recherche distinct pour le traiter. La mise au concours a eu lieu en septembre 2012 ; de premiers résultats sont attendus pour le printemps 2013.

Mesure II : Les membres du groupe thématique se félicitent de constater que l'OFSP, division professions de la santé, met au concours un projet de recherche sur la question de savoir comment récupérer les candidats non admis aux études de médecine pour d'autres professions de la santé.

4 Formation universitaire

Depuis la mise en œuvre de la réforme de Bologne², les études de médecine s'articulent en un cursus de bachelor de trois ans, suivi par un cursus de master de trois ans (dont une année d'études à option en hôpital, en cabinet privé, ou pour partie dans d'autres institutions du domaine de la santé). Avant la réforme de Bologne, toutes les facultés avaient déjà réformé leur modèle d'études antérieur, qui s'articulait en des études précliniques et cliniques, selon le principe d'une intégration verticale, en introduisant des contenus de formation clinique dès les premières années d'études. Chaque faculté a organisé ses cursus selon sa propre conception, tout en tenant compte des exigences de Bologne. Les éléments assurant l'harmonisation des contenus des études proposées par les différentes facultés de médecine sont le Catalogue suisse des objectifs d'apprentissage SCLO[2], ainsi que l'examen fédéral de médecine humaine prescrit par la LPMéd et fondé sur le SCLO. Les facultés sont en principe libres d'élaborer et de faire évoluer à leur guise leurs programmes. Les membres du groupe thématique considèrent cette liberté comme un atout autorisant une certaine diversité des études en médecine. Ils ne se félicitent pas moins de l'existence d'un examen fédéral commun qui unifie le profil de compétences exigé au moment de la transition vers l'exercice de la profession ou vers des études postgrade.

Actuellement, les facultés de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich couvrent les études de médecine dans leur intégralité jusqu'à l'examen fédéral. Neuchâtel assure la formation des étudiants

² Depuis 2007/2008, toutes les facultés de médecine de Suisse proposent un programme de bachelor.

en 1^{re} année, et Fribourg le cursus de bachelor. Ces deux facultés ont passé des accords avec les autres facultés de médecine concernant le transfert de leurs étudiants et elles ont harmonisé leurs programmes en conséquence. Il existe des ententes claires entre facultés et cantons concernant le transfert des étudiants. La création de sites de formation supplémentaires (Tessin, Lucerne etc.) fait actuellement l'objet de discussions entre cantons concernés et partenaires responsables. Le projet d'un cursus de master en médecine dispensé au Tessin est déjà bien avancé. Des entretiens ont eu lieu entre le Tessin et les facultés de Suisse prévoyant l'élaboration d'un modèle de coopération avec l'université de Zurich. Certains représentants des facultés émettent des doutes à ce sujet : la création de facultés dispensant un cursus de master suffira-t-elle pour faire augmenter le nombre de diplômés en médecine, alors même qu'en plusieurs endroits, le facteur limitatif ne tient pas seulement au nombre des places d'études disponible au niveau du master, mais également au niveau du bachelor ?

4.1 Bachelor

4.1.1 Rôle et pertinence du bachelor

Le groupe est unanime pour dire que le diplôme de bachelor en médecine ne joue pas le même rôle que dans d'autres professions exigeant une formation universitaire ou en HES. Les filières des HES notamment sont dans la plupart des cas conçues pour être orientées vers la pratique, et le diplôme de bachelor qualifie déjà pour l'exercice d'une profession. En médecine, et notamment dans les prestations destinées aux patients, il en est autrement. Le bachelor en médecine est, dans le système actuel de la formation, un diplôme intermédiaire (*move on degree*) préparant au master, qui dote les étudiants d'une vaste formation de base, d'une base scientifique et, le cas échéant, d'une première base de décision en vue du choix d'une spécialisation ultérieure. Etant donné le coût de la formation et la demande de médecins, le but déclaré demeure d'amener les étudiants à passer l'examen fédéral, en passant par les deux cursus universitaires. Les représentants des facultés indiquent que de façon générale, l'intention déclarée des étudiants entamant leurs études de médecine est de devenir médecin ; pour ce faire, ils entendent arriver au diplôme de master au bout de six ans au total et se présenter à l'examen fédéral.

Etant donné les prévisions de pénurie de professionnels de la santé et de croissance persistante de la demande de professionnels de la santé compte tenu de l'évolution démographique et de la prévalence accrue de maladies chroniques, il faudra sans doute réexaminer le rôle et les possibilités ouvertes par le diplôme de bachelor en médecine. Cependant il faudra alors faire entrer dans l'équation la proportion d'étudiants qui pourraient quitter les études de médecine après l'obtention du diplôme de bachelor et qui viendraient à manquer au niveau de la formation postgrade. En outre, une discussion nuancée sur le rôle du bachelor paraît opportune à l'heure où diverses institutions envisagent d'ores et déjà de mettre en place des *master tracks* (voir chapitre 4.2).

4.1.2 Mobilité

Un des objectifs de la réforme de Bologne était de favoriser la mobilité nationale et internationale des étudiants. Dans l'année universitaire 2010/11, seuls neuf étudiants en médecine ont tiré parti des possibilités de mobilité verticale selon la statistique de la CRUS (changement de faculté après les études de bachelor) ou horizontale (changement de faculté pour un à deux semestres) qui leur sont offertes à l'intérieur de la Suisse³. La faculté de médecine de Zurich a enregistré pendant la même période 35 étudiants qui ont migré vers une autre faculté dans le cadre de la mobilité horizontale (4 vers Lausanne et 31 vers une faculté étrangère (Erasmus)) et 20 étudiants qui ont étudié pendant un à deux semestres à Zurich (7 de Lausanne et 13 de l'étranger (Erasmus)). Tant la *Swiss Medical Students' Association* (swimsa) et les facultés de médecine que les membres du groupe thématique sont en principe favorables à un encouragement permanent de la mobilité. Début 2012, la swimsa, sur mandat de la Commission interfacultaire médicale suisse (CIMS), a effectué un sondage auprès des étudiants de 2^e, de 3^e et de 4^e année. Celui-ci a montré que sur le plan suisse, de nombreux étudiants (59 % des personnes interrogées) sont intéressés par un échange avec une autre faculté suisse⁴. Ils se heurtent à l'obstacle de la disparité des règlements d'une faculté à l'autre ainsi qu'au fait que les contenus des programmes sont en partie différents. La swimsa, en collaboration avec les décanats

³ <http://www.crus.ch/dms.php?id=28085>

⁴ Rapport suite à l'enquête concernant la mobilité pendant les études de médecine de la swimsa, non publiée

des facultés de médecine, a entrepris d'élaborer les conditions réglementaires et administratives pour y porter remède. Certaines facultés envisagent par ailleurs de réserver un certain contingent de places d'études pour les échanges horizontaux.

4.1.3 Passerelles

Un autre aspect que la structure modulaire articulée en deux cursus, bachelor et master, devrait favoriser est la création de passerelles entre différentes filières. Les passerelles favorisent la perméabilité et permettent de bifurquer vers une filière différente tout en bénéficiant de la reconnaissance partielle ou totale (au moyen des ECTS) de la formation suivie antérieurement.

De l'avis unanime du groupe thématique, dans la situation actuelle, une majorité d'étudiants en médecine, notamment au niveau du bachelor, déclare sans ambiguïté vouloir devenir médecin et ne pas avoir l'intention de changer d'orientation. L'expérience de la faculté de médecine de l'université de Fribourg montre par ailleurs, qu'une fois obtenu le diplôme de bachelor en médecine, il n'y a pratiquement aucun étudiant qui opte pour la possibilité de bifurquer vers la filière de master en « sciences biomédicales » proposée par l'université de Berne. C'est pourquoi la discussion à l'heure actuelle porte plutôt sur le passage d'étudiants provenant de filières proches (sciences naturelles, biosciences, ou soins infirmiers au niveau HES) à des études de médecine. Ce passage est en principe possible, comme le montrent Cohen-Schotanus et coll. dans une étude menée auprès de la faculté de médecine de Groningen, aux Pays-Bas. Les étudiants provenant d'autres orientations apparentées à la médecine⁵ sont parvenus à combler leurs lacunes en suivant un programme de transition (« Transitional Programme ») d'une année auprès de la faculté de médecine, comme l'atteste le fait qu'après l'année de transition, leurs performances ne présentaient plus de différences significatives avec celles des étudiants réguliers [9].

A Genève, on s'est proposé d'examiner de plus près la question des passerelles permettant notamment de transiter entre la faculté de médecine et les hautes écoles spécialisées (HES) du domaine de la santé. Un groupe de travail a été institué à cette fin. La réflexion sur la question de savoir pour quels profils professionnels il existera une demande sur le marché de la santé de demain, ainsi que l'état actuel des connaissances concernant l'évolution démographique et sociale amènent à conclure qu'il pourrait être judicieux d'approfondir la collaboration avec les HES et de travailler ensemble à une réorganisation des formations. L'idée est apparue de créer un cursus de bachelor dont environ 20 % des contenus seraient proposés en tronc commun aux étudiants des deux orientations (voir également 4.2).

Il s'avère que la collaboration entre les EPFZ / EPFL et les universités prend une importance croissante, notamment dans le domaine des nouvelles technologies et des développements dans les sciences médicales. Les membres du groupe sont d'accord pour dire qu'il ne faut pas laisser les filières HES et EPF ayant un rapport avec les professions médicales se développer chacune de son côté, et qu'il est aussi très important aussi que ce développement se fasse avec la participation ou en concertation avec les facultés de médecine.

4.1.4 Tronc commun à plusieurs professions de la santé dans le cursus de bachelor

Des modules de formation communs à plusieurs professions médicales universitaires font d'ores et déjà partie de la formation en médecine humaine, en médecine dentaire et en chiropratique. Lors de la conception d'un module destiné à plusieurs professions de la santé – qui peuvent être des professions médicales universitaires, mais également d'autres professions de la santé enseignées au niveau tertiaire – cela fait une différence de savoir si ce tronc commun se justifie par la similitude des programmes d'enseignement ou par des considérations de meilleure valorisation des ressources, ou si on a affaire à des modules au sens de la « formation interprofessionnelle » (*interprofessional education*). Cette notion recouvre ce qu'une formation commune aux étudiants de différentes professions de la santé leur permet de découvrir sur la profession de l'autre, d'apprendre les uns des autres, et le parti qu'ils peuvent tirer de l'apprentissage en commun. La formation interprofessionnelle est présentée comme l'un des fondements d'une « pratique collaborative » (*collaborative practice*) ultérieure. Celle-ci repose sur le principe que les soins de santé sont à leur optimum lorsque les différents professionnels de la santé ont exercé la capacité de travailler ensemble, découvert et su

⁵ Soins infirmiers, physiothérapie, sciences de la motricité ou biologie médicale

reconnaître les compétences des autres, et appris à agir, chacun dans sa profession, selon les mêmes principes d'action. Cela ne concerne pas seulement le travail auprès des patients et les processus qui s'y rattachent, mais également la prise de conscience par chacun de ses limites et une vision commune des rôles respectifs, de l'éthique médicale et de la communication. Sur cette toile de fond et conformément aux art. 4⁶, 6⁷ et 7⁸, LPMéd, la mise en place de modules communs à toutes les professions de la santé intervenant auprès du patient constitue un élément important méritant d'être encouragé.

Certaines études publiées sur la formation interprofessionnelle ont toutefois également fait valoir qu'une formation dans le domaine de la santé où les profils professionnels ne seraient pas suffisamment clairs peut engendrer des déficits dans l'identité professionnelle des étudiants ainsi que dans l'image qu'ils se font de leur rôle. Aussi, pour que la formation interprofessionnelle trouve sa juste place entre les différentes professions, la formation doit également faire une place à la confrontation ou à l'interaction avec les autres professions et leurs compétences, ainsi qu'à l'identification avec la profession propre [10].

Un groupe thématique « Interprofessionnalité » mis sur pied par la plate-forme « Avenir de la formation médicale » est en train de se livrer à une étude approfondie des questions et des modèles relatifs à la formation et à la collaboration interprofessionnelles. De premiers résultats devraient être présentés au printemps 2013 sous forme d'un rapport. En conjonction avec le rapport de la CDS / OFSP « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours » [11], ils devraient comprendre une définition des principes pour l'interprofessionnalité à venir.

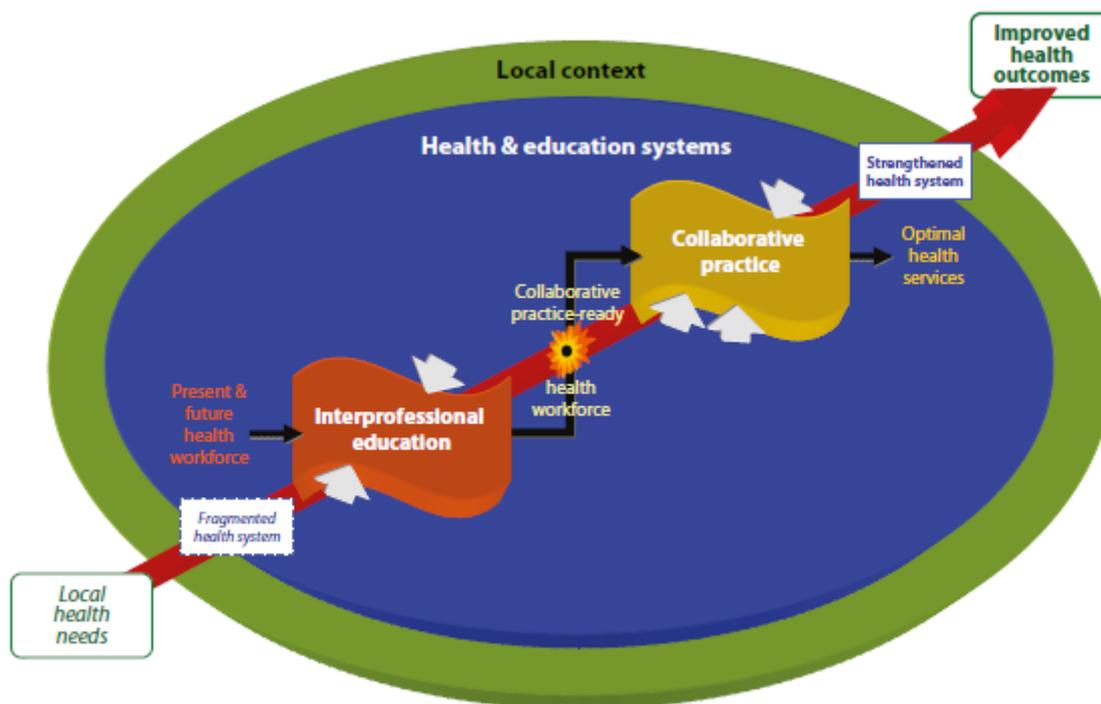


Illustration 2 : « Formation interprofessionnelle » et « pratique collaborative » [12]

⁶ Objectifs de la formation universitaire et de la formation postgrade

⁷ Connaissances, aptitudes et capacités

⁸ Compétences sociales et développement de la personnalité

On parle de **formation interprofessionnelle** lorsque celle-ci permet aux étudiants d'au moins deux professions différentes de découvrir la profession de l'autre, d'apprendre des autres, et de tirer parti de l'apprentissage en commun, son but étant de permettre une collaboration efficace et d'améliorer les résultats en matière de santé. Cette formation est une étape nécessaire en vue de préparer une main d'œuvre rompue à la « pratique collaborative », mieux parée pour répondre aux besoins locaux en matière de santé.

Il y a **pratique collaborative** lorsque les multiples travailleurs de la santé issus de différents contextes professionnels collaborent avec le patient, sa famille, les aidants et la communauté pour assurer des soins de santé de qualité élevée. Elle autorise les travailleurs de la santé à mettre à contribution toute personne dont les compétences peuvent contribuer à atteindre les objectifs locaux en matière de santé.

4.2 Master

A l'heure actuelle, le programme de master recouvre une formation universitaire de trois ans. La 2^e ou la 3^e année du master, selon les facultés, est une année d'études à option pendant laquelle les futurs médecins font des stages dans un hôpital, un cabinet médical ou une autre institution de la santé pour acquérir et approfondir aptitudes pratiques et compétences médicales.

En abordant le vaste sujet que constitue le cursus de master, le groupe discute entre autres sous forme de *brainstorming* en s'appuyant sur le modèle novateur élaboré par la faculté de médecine de l'université de Genève (annexe 4). Tel qu'il est présenté dans ses grands traits, le modèle prévoit, après un bachelor qui comporte un tronc commun pour les étudiants en médecine et ceux des professions de la santé enseignées en HES, plusieurs *master tracks*. Outre un *track* de recherche et deux *tracks* cliniques, dont l'un est destiné aux futurs spécialistes, l'autre aux futurs médecins de premier recours, il est également question d'introduire un nouveau master. Celui-ci pourra être suivi tant par les étudiants des HES que par ceux de la faculté de médecine, et ne débouche pas sur l'examen fédéral, mais sur un examen final suivi par une spécialisation correspondant à un *Master of Advanced Studies* (MAS), *Diploma of Advanced Studies* (DAS) ou *Certificate of Advanced Studies* (CAS). Ce modèle est le fruit d'une réflexion sur les besoins à venir en professionnels de la santé et vise en particulier les soins de santé primaires (*Primary Health Care*) et la médecine de premier recours au sens large. C'est pourquoi le *track* de formation en médecine de premier recours, plutôt que de faire la part belle à la formation en milieu hospitalier, privilégiera la formation obtenue auprès de cabinets de groupe et de réseaux HMO, futurs champs d'intervention de la médecine de premier recours.

La création d'un *master track* en soins de santé non sanctionné par l'examen fédéral libérera des ressources pour la formation clinique (tutorat APP et enseignement au chevet du patient) qui sont à l'heure actuelle des facteurs limitant les capacités d'accueil des facultés. Les autres *tracks* – celui de la recherche et les deux *tracks* cliniques – présentent-ils les qualifications requises pour être sanctionnés par l'examen fédéral sous sa forme actuelle ? Leur conception n'est pas suffisamment avancée pour qu'on puisse en juger. Tout en estimant le modèle genevois intéressant et en y voyant une option envisageable, le groupe considère qu'il représente un changement de paradigme, et il n'a pas poussé la discussion plus avant. Certains membres du groupe pensent par ailleurs que le modèle genevois instituerait une tout autre profession qui, certes, pourrait avoir sa place dans le contexte d'une médecine de premier recours, mais qu'il conviendrait de différencier clairement de la profession de médecin telle que nous la connaissons. Cependant ce modèle a tout à fait de quoi faire progresser la réflexion sur le type de médecin et de professionnel de la santé dont la société aura besoin à l'avenir, et la discussion mérite d'être approfondie.

Le groupe est unanime pour rejeter une diversification des études de master allant de pair avec un choix plus précoce de la spécialisation, modèle esquissé et proposé il y a peu par la CUS⁹. D'une part, si peu de temps après les réformes récemment intervenues (Bologne, LPMéd, nouvel examen fédéral) et la révision du catalogue des objectifs de formation, ce n'est pas le moment de se lancer

⁹, ¹⁰ « Formation des médecins : un défi pour la CUS », CUS Info No 1/2012
http://www.cus.ch/wFranzoesisch/publikationen/sukinfo/CUS-INFO_12-1_F_V1.pdf

dans une nouvelle réforme majeure ; d'autre part, les études doivent être pour les futurs médecins l'occasion d'acquérir une vaste formation de base leur donnant un aperçu des différents champs de la médecine sans préjuger du choix d'une spécialité médicale. Des sondages montrent que 40 à 50 % des étudiants ne savent pas encore durant la dernière année de leurs études vers quelle spécialité ils souhaitent s'orienter¹⁰. Pour l'heure, on ne dispose pas des données empiriques systématiques qui permettraient de savoir si les 50 à 60 % restants maintiennent l'option prise pendant les études jusqu'à l'obtention de leur titre de spécialiste. L'expérience des membres du groupe et diverses études donnent à penser que le choix de la spécialisation dépend dans une large mesure de facteurs extracurriculaires, et que le jeune médecin se décide le plus souvent pendant la formation postgrade. C'est alors seulement qu'il fait l'expérience concrète de la pratique professionnelle, qui peut différer de l'image qu'il s'en était faite. Dans bien des cas, ce sont aussi l'offre et les conditions générales liées à une spécialisation qui déterminent les choix. Les représentants des facultés considèrent que la question des besoins en matière de prise en charge médicale se pose tout autant au niveau de la formation postgrade que de la formation universitaire.

Une bonne partie du groupe juge en revanche concevable la création d'un *tracking* dans une matière sans effet formellement contraignant, au sens d'une simple « coloration » de la filière. La faculté de médecine de l'université de Zurich propose un tel projet pilote depuis 2011, avec pour matière principale la psychiatrie (annexe 5). Dans ce type de *tracking*, l'étudiant suit, dès sa 2^e année de bachelor, puis pendant le cursus de master, une partie de ses cours (matière à option occupant env. 10 à 15 % de l'ensemble du cursus) dans la matière choisie (psychiatrie). Par ailleurs, il consacre au moins trois mois de son année d'études à option à cette matière et consacre son travail de master à un sujet relevant de la psychiatrie. Tout en donnant cette « coloration » particulière à leurs études, les étudiants passent néanmoins le même examen fédéral et restent libres dans le choix de leur spécialisation ultérieure pendant les études postgrade. Ce modèle est également pratiqué au niveau du collège ou gymnase, où l'élève peut choisir son option spécifique (sciences, langues ou économie) et aboutir à la maturité commune, qui donne accès à tous les domaines d'études. A plus long terme, il est également envisageable d'harmoniser les modules de la formation consacrés à une spécialité avec la formation postgrade ultérieure, voire même d'accepter qu'ils comptent pour les études ultérieures.

En vue d'encourager la médecine de premier recours, des discussions sont actuellement en cours dans le cadre du Masterplan « Médecine de famille ». Elles portent sur la création de chaires de professeur ordinaire dotées des ressources nécessaires à l'enseignement et à la recherche. Dans la formation postgrade, il est prévu d'instaurer un système de places de formation avec la coordination requise (rotations entre les divers champs d'activité des futurs médecins de famille). Les membres du groupe thématique considèrent qu'une optimisation des conditions cadres – et notamment des conditions structurelles et financières – pourra rendre plus attrayante la médecine de premier recours.

Recommandation II : Le cursus du master en tant que formation de base généraliste commune à tous les futurs médecins doit être maintenu. Le groupe thématique juge bienvenu et judicieux un *tracking* sans caractère formellement contraignant selon l'exemple du modèle de Zurich.

4.2.1 Objectifs du travail de master et du doctorat

Depuis la mise en œuvre de la réforme de Bologne, la rédaction d'un travail de master est devenue partie intégrante du cursus de master et conditionne l'admission aux examens fédéraux.

Le doctorat est le point de jonction entre la formation et la recherche et se distingue ainsi des degrés de bachelor et de master basés essentiellement sur l'enseignement. La thèse de doctorat est l'occasion :

- d'acquérir des compétences scientifiques tout en apportant une contribution personnelle et originale à la recherche ; d'acquérir des connaissances et des compétences scientifiques disciplinaires ou interdisciplinaires, méthodologiques et transversales (gestion de projets, techniques de présentation, langue et communication etc.) ;

- d'une socialisation scientifique, le doctorant se mettant en réseau avec d'autres doctorants, chercheurs et scientifiques en Suisse et à l'échelle internationale. [13]

Outre le doctorat de recherche en médecine (Dr. sc. med. ou PhD) soumis à cette réglementation, il existe en médecine deux titres particuliers :

- Le titre traditionnel de *Dr. med.* (en anglais : MD) peut être décerné, selon des modalités relevant de la compétence des universités, aux détenteurs d'un *Master of Medicine* ayant présenté un travail écrit suite à une activité de recherche d'une durée d'au moins un an (ou équivalent), qui peut prolonger le travail de master. Le titre de *Dr. med.* est un degré universitaire, mais se situe à un niveau de qualification inférieur à celui du PhD. (Lorsque l'obtention de ce titre est suivie par l'accomplissement d'un doctorat de recherche, les deux titres se combinent en *MD-PhD*.)
- Le titre *MD-PhD* (pas de traduction en français) est décerné aux médecins ayant achevé avec succès une thèse de doctorat dans le cadre d'un programme doctoral MD-PhD d'une université suisse. L'obtention préalable du titre de Dr. med. n'est pas nécessaire à l'admission au programme doctoral¹¹.

L'organisation du doctorat relève de la responsabilité autonome des universités et se fonde sur les qualifications individuelles et sur les spécificités de la discipline. Sur cette base, les universités sont libres d'autoriser le doctorant à rédiger sa thèse déjà pendant ses études, ce qui n'est pas rare. Elles évitent ainsi d'allonger encore davantage l'intervalle entre l'examen fédéral et l'obtention du titre de spécialiste, ce qui est souhaitable compte tenu de la longueur de la formation jusqu'à la fin de la formation postgrade.

A l'étranger, les exigences pour l'obtention du titre de docteur sont parfois moins élevées. Dans certains pays (comme les Etats-Unis), le Dr. med., respectivement MD (*Medical Doctor*) est octroyé automatiquement, avec la réussite de l'examen final. Les membres du groupe considèrent toutefois que la Suisse, comme à chaque fois que la qualité est en jeu, doit maintenir ses propres normes.

5 Transition entre la formation universitaire et la formation postgrade

5.1 Transition entre la formation universitaire et la formation postgrade

La transition entre la formation universitaire et la formation postgrade, laquelle est dispensée dans des hôpitaux ou des cabinets privés, est une des grandes ruptures de continuité que réserve la formation médicale. Même s'ils y ont été préparés par l'enseignement théorique et clinique reçu pendant les études universitaires et pendant l'année d'études à option, les jeunes médecins sont confrontés à des défis inédits. Ils sont responsables pour des patients en chair et en os et dispensent eux-mêmes (sous supervision) des prestations au quotidien à l'hôpital ou au cabinet.

Les modalités et la qualité de l'initiation et de l'accompagnement au cours de la 1^{re} année sont très variables d'un établissement de formation postgrade et d'une spécialité à l'autre et dépendent beaucoup des ressources disponibles en personnel et en temps. Aucune clinique ne peut se permettre de laisser un médecin-assistant inexpérimenté en début de formation postgrade assister en observateur aux activités d'un service sans fournir de prestations propres, un système qui s'est par exemple avéré très précieux dans les soins infirmiers. De plus, selon le programme de formation postgrade, les médecins-assistants ne passent parfois que peu de temps dans un service et la durée d'initiation s'en trouve écourtée. Les médecins-assistants peuvent s'appuyer sur des livres bleus propre à chaque discipline et à chaque clinique qui donnent des renseignements pratiques sur les processus au quotidien et sur l'organisation de la clinique. Pourtant, aussi bien l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chefs de clinique (ASMAC) que l'organisme responsable pour la formation postgrade, Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), sont régulièrement avertis des problèmes, petits et grands, qui se présentent durant cette période de

¹¹ Position commune des universités suisses sur le doctorat : <http://www.crus.ch/dms.php?id=6510>

transition. Chez le jeune médecin, le sentiment d'être dépassé peut se traduire par un déficit de compétence dans la prise en charge des patients ou par une perte de motivation et de la frustration, répercussions qui risquent à terme de compromettre la sécurité du patient. En cas de problème durant cette période de transition, le médecin débutant demande davantage de temps et représente un fardeau psychologique pour le médecin assurant son encadrement et pour le médecin-chef, qui se prennent à ne plus lui faire confiance. Si certaines sociétés de discipline prévoient l'obligation pour les futurs médecins-assistants de passer une année « à l'étranger » (*Fremdjahr*) avant d'entamer leur formation postgrade dans une discipline donnée, ces difficultés potentielles n'y sont sans doute pas pour rien.

Pour attaquer le problème sans tarder, l'ISFM propose, pour toutes les spécialisations et tous les établissements de formation postgrade confondus, d'introduire dans les concepts de formation postgraduée¹² structurés selon une grille établie par l'ISFM, un chapitre supplémentaire sur l'initiation et l'encadrement des nouveaux médecins-assistants. Les membres du groupe thématique se félicitent de cette initiative.

Mesure III : L'ISFM, avec le concours de l'ASMAC et de la swimsa, ajoute à la grille des concepts de formation postgraduée un chapitre destiné à régler les conditions dans lesquelles les nouveaux médecins-assistants doivent être initiés et encadrés. L'ISFM vérifie lors de ses visites (qui ont lieu tous les sept ans, ou à l'occasion de l'entrée en fonction d'un nouveau responsable d'établissement de formation postgrade, ou encore lorsqu'un médecin-assistant obtient des résultats insuffisants à son oral ou après une nouvelle accréditation) si ces conditions sont remplies.

5.2 Harmonisation des objectifs d'apprentissage dans la formation universitaire et dans la formation postgrade

Le groupe n'a pas retenu l'harmonisation des objectifs d'apprentissage parmi les sujets destinés à une discussion approfondie. Il considère que le système actuel donne satisfaction. Qui plus est, les premiers étudiants arrivés au bout des cursus de bachelor et de master viennent tout juste de terminer leur formation et entament leurs études postgrade. Les objectifs d'apprentissage de la formation sont définis par le Catalogue des objectifs d'apprentissage (SCLO)[13]. Une éventuelle modification ou un déplacement des objectifs de la formation universitaire à la formation postgrade ou vice-versa devrait être discutée à l'occasion d'une révision du SCLO en concertation avec tous les partenaires concernés, ce qui n'est pas à l'ordre du jour dans l'immédiat.

Dans le sillage de la dernière révision du SCLO en 2008, des objectifs généraux d'apprentissage¹³ alignés sur les *General Objectives* du SCLO ont été introduits dans la réglementation pour la formation postgraduée (RFP)¹⁴ de l'ISFM. Ils s'appliquent à toutes les spécialisations et se présentent donc comme une véritable charnière entre la formation et l'exercice de la profession, et tiennent compte, dans leurs contenus, des multiples rôles que les futurs spécialistes seront appelés à jouer.

Le groupe thématique a également débattu de l'idée d'un tronc commun à toutes les spécialisations, sur le modèle du *foundation year* pratiqué en Angleterre. Les contenus et modules intéressant toutes les spécialités et devant être acquis quelle que soit la formation postgrade (p. ex., anamnèse, examens de base, prise en charge de la douleur, gestion des plaies, mais aussi entretien médical, travail en équipe entre professionnels, éthique et notions de base en économie) seraient proposés à tous les médecins-assistants dans le cadre de manifestations ou modules communs. Ce tronc commun serait un socle pour la formation postgrade dans les différentes spécialités, qui se concentrerait ensuite sur les matières spécifiques à chacune. Il favoriserait la collaboration

¹² http://www.fmh.ch/fr/formation-isfm/formation_postgraduee.html Chaque établissement de formation postgraduée développe un concept de formation postgraduée établissant le calendrier et le contenu des programmes d'enseignement. Toutes les sociétés de discipline médicale ont établi une grille visant à harmoniser les concepts de formation postgraduée élaborés pour les différentes spécialisations.

¹³ http://www.fmh.ch/files/pdf4/allg_lz_f.pdf

¹⁴ http://www.fmh.ch/files/pdf8/wbo_f.pdf

interdisciplinaire et permettrait de communiquer les contenus communs de la formation postgrade de façon structurée et standardisée. Il pourrait avoir pour autre retombée d'abrégé la durée de la formation postgrade sans porter préjudice à la quantité d'expérience clinique (ex. le nombre de cas) acquise dans chaque spécialité.

Recommandation III : Les objectifs généraux d'apprentissage, alignés sur les *General Objectives* du SCLO, à la base de toute formation universitaire ou postgrade, doivent impérativement figurer tout en haut des priorités des établissements de formation postgrade et être poursuivis activement quel que soit le poids des autres enseignements. Les thèmes que, pour des raisons d'organisation, un établissement donné ne serait pas en mesure de couvrir adéquatement doivent faire l'objet d'un enseignement dispensé en commun entre plusieurs établissements.

6 Formation postgrade

Depuis 2002, c'est la FMH, respectivement l'ISFM, qui, en collaboration avec la Confédération et dans le cadre de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd), règle l'accréditation des filières fédérales de formation postgrade ainsi que la délivrance et la reconnaissance des titres fédéraux de formation postgrade. Les tâches en rapport avec la création et l'administration de titres de spécialiste (fédéraux ou de droit privé) et la reconnaissance des établissements de formation postgrade relèvent, elles, de la compétence conjointe de l'ISFM / FMH et des sociétés de discipline¹⁵. La reconnaissance des établissements de formation postgrade relève de la Commission des établissements de formation postgraduée (composée, pour chaque spécialité, d'un délégué issu de la spécialité et d'un délégué étranger à la spécialité; le président de l'ISFM a voix prépondérante). Cette commission peut, le cas échéant, émettre des recommandations et des prescriptions ou retirer la reconnaissance. L'ISFM, l'organe responsable pour la formation postgrade, effectue des visites d'établissements, formule les concepts de formation postgraduée, mène des enquêtes périodiques auprès des médecins-assistants et procède à des évaluations sur le lieu du travail. Ce faisant, il soumet la formation postgrade à une évaluation constante propre à en garantir la qualité.

6.1 Critères quantitatifs et durée (en comparaison avec l'étranger et au regard des besoins en Suisse)

6.1.1 Durée et transparence de la formation postgrade

La durée de la formation postgrade n'en finit pas d'alimenter la discussion ; des voix s'élèvent pour exiger une formation moins longue. La LPMéd stipule que la formation dure au moins deux ans et au plus six ans¹⁶ et l'ordonnance sur les professions médicales (OPMéd) en précise la durée pour chaque spécialité. Certains membres du groupe voient d'un mauvais œil qu'une limite soit fixée à la durée des études et proposent que ce principe soit remis en question à l'occasion de la prochaine révision de la loi. Lorsqu'on s'interroge sur la durée idéale de la formation postgrade, il vaudrait mieux se demander quels critères qualitatifs et quantitatifs doivent être satisfaits pour répondre aux exigences de la profession. C'est sous cet angle qu'il faut étudier la possibilité donnée par la LPMéd de rendre la formation postgrade mesurable en quantité et en qualité, et donc également comparable, au moyen des crédits ETCS.

De fait, dans la majorité des disciplines interventionnelles, la durée de la formation postgrade est déterminée par le nombre de cas qu'il faut avoir traités. Elle est plus longue que dans les disciplines non-interventionnelles, où la durée de la formation postgrade est fixée en nombre d'années obligatoires. Ces dernières années, le nombre de cas à traiter a déjà été réduit dans certaines disciplines interventionnelles, dans le but également d'arriver à un meilleur *case mix*¹⁷. La question est alors de savoir s'il existe une base scientifique pour déterminer le nombre minimal de cas. Il serait judicieux de voir ce qu'il en est dans les autres pays européens. Mais il est vrai que les programmes de la formation postgrade ne sont pas identiques d'un pays à l'autre, et que le champ couvert par une

¹⁵ http://www.fmh.ch/fr/formation-isfm/formation_postgraduee.html

¹⁶ art. 18, al.1, LPMéd

¹⁷ Le rapport entre le nombre de patients et celui des médecins en formation postgrade

discipline peut varier fortement. En chirurgie pédiatrique par exemple, beaucoup de pays anglo-saxons font la part belle à la chirurgie viscérale, alors qu'ils considèrent que la traumatologie relève de l'orthopédie, tandis qu'en Suisse, la traumatologie est considérée comme l'un des piliers de la chirurgie pédiatrique au même titre que la chirurgie viscérale.

La majorité du groupe est globalement hostile à une formation postgrade abrégée. La durée de la formation doit être suffisante pour acquérir la compétence et l'expérience requises pour le titre de médecin spécialiste. Chaque année supplémentaire, et notamment l'année passée à l'étranger prescrite dans de nombreuses disciplines, est considérée comme une plus-value en termes d'interdisciplinarité et de compréhension mutuelle. En outre, la durée effective de la formation postgrade avait déjà été réduite en 2005 par le biais de la limitation de la durée maximale de travail à 50 heures par semaine. On notera en outre que la seule solution pour réduire encore la durée de la formation postgrade est l'enseignement structuré, qui ne fait aucune place à la réalité quotidienne en clinique, ce qui irait au détriment de la qualité de la formation postgrade.

Etant donné la durée de leurs études universitaires et postgrade, les médecins spécialistes arrivent sur le marché du travail (à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle) à un âge relativement plus avancé (à 42,7 ans en moyenne à Lausanne) que d'autres groupes professionnels. Afin qu'ils puissent avoir devant eux autant d'années productives que possible et qu'ils soient en mesure d'assurer leur retraite, il faudrait qu'ils puissent accomplir leur formation postgrade dans les temps requis et opportuns sans que celle-ci tire indûment en longueur. Il s'agit de ne pas encourager les médecins-assistants à multiplier les disciplines auxquelles ils souhaitent se former. Quant aux cliniques, elles doivent se mobiliser pour permettre aux femmes médecins, même si elles travaillent à temps partiel, d'accomplir la quantité requise d'actes médicaux et autres dans un délai raisonnable.

Dans les autres pays européens, la durée de la formation postgrade varie en règle générale entre quatre et six ans selon la discipline, avec une moyenne de cinq ans, respectivement de six ans pour les disciplines interventionnelles. Contrairement à la Suisse, où les jeunes médecins travaillent et sont salariés dès le début de leur assistantat et apprennent leur profession en quelque sorte « sur le tas », dans certains autres pays européens, une année ou deux au début de la période d'assistantat consistent exclusivement à suivre des cours, et les médecins-assistants ne figurent pas dans la planification hospitalière en tant que fournisseurs de prestations. La Suède pratique un système, en gastro-entérologie, où ce sont les responsables de la formation postgrade qui décident à quel moment le médecin-assistant a atteint un niveau suffisant de compétence pour pouvoir se présenter à l'examen de spécialiste, qu'il ait effectué 50 ou 100 interventions. L'Angleterre, elle, pratique le système de la *foundation year*. Cette année consiste en un tronc commun proposant à tous les médecins-assistants les matières transdisciplinaires sous forme de modules structurés de formation postgrade qu'ils suivent tous ensemble. Cette formule permet d'abrégé notablement la durée de la formation postgrade dans les différentes disciplines (voir chapitre 5.2). Cette *foundation year* est du reste obligatoire également pour les médecins étrangers ayant l'intention de pratiquer en Angleterre. Elle permet de vérifier si le médecin possède les compétences spécialisées et les connaissances linguistiques requises pour l'exercice de son activité médicale.

L'introduction des logbooks, et notamment du logbook électronique (e-logbook)¹⁸, promet davantage de transparence. Le logbook, introduit progressivement par l'ISFM depuis l'automne 2008, accompagne le médecin-assistant tout au long de sa formation postgrade. Il documente les progrès accomplis et contient entre autres le catalogue complet des mesures et interventions diagnostiques et thérapeutiques à effectuer. En règle générale, il est obligatoire de tenir un logbook pendant toute la durée de la formation postgrade. Sans certificats ISFM / FMH dûment remplis attestant les exigences décrites dans le programme de formation postgrade, la Commission des titres ne peut procéder à aucune évaluation. Les formulaires du logbook existent en partie au format PDF, en partie sous forme électronique dans le e-logbook. Ce dernier facilite la tâche des médecins-assistants dans la récapitulation de leur formation postgraduée. Le système est accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les indications requises dans plusieurs formulaires ne devront désormais être saisies qu'une

¹⁸ http://www.fmh.ch/fr/formation-isfm/formation_medecins-assistants/logbook_certificats.html

seule fois. Le système reprend en effet automatiquement les données saisies et les insère dans les autres formulaires. Toutes ces données sont sauvegardées à l'ISFM dans un système sécurisé et peuvent être à tout moment téléchargées au format PDF et imprimées.

Pour l'instant, le e-logbook est opérationnel pour la médecine interne générale, la chirurgie et la chirurgie de la main. Son introduction par d'autres sociétés de discipline progresse à grands pas.

6.1.2 Régime spécifique ou harmonisation avec l'UE ?

Concernant la reconnaissance des diplômes étrangers, les accords bilatéraux ne laissent pas à la Suisse une grande marge de manœuvre. Elle est tenue d'accorder l'équivalence aux diplômes de formation postgrade dispensés par les pays étrangers à condition que ceux-ci sanctionnent des études conformes aux exigences et aux durées minimales et qu'il existe un « équivalent » fédéral (voir encadré « Reconnaissance de diplômes étrangers »). A l'inverse, la Suisse est libre de fixer pour les titres de spécialiste fédéraux, mais aussi pour les formations approfondies et attestations de formation complémentaire de l'ISFM, des critères de qualité différents ou plus exigeants que cela n'est le cas pour les titres comparables de l'étranger. Dans certaines disciplines, le niveau requis en Suisse pour obtenir le titre de spécialiste est nettement plus élevé que dans les pays voisins, et pourtant l'équivalence entre les titres doit être reconnue. Les membres du groupe sont attachés au haut niveau de la formation universitaire et postgrade en médecine en Suisse. Une enquête menée il y a quelque temps auprès de médecins suivant des études postgrades montre qu'eux aussi y tiennent et souhaitent le maintenir. Il est donc exclu d'envisager une révision à la baisse des critères de qualité. Cependant, dans le souci de permettre des échanges avec l'étranger et de maintenir la compétitivité des médecins suisses, il paraît judicieux d'harmoniser les concepts pratiqués en Suisse avec ceux de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) et de pays tels que les Etats-Unis, le Canada ou l'Australie.

Reconnaissance de diplômes étrangers

La loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd) stipule qu'une reconnaissance réciproque des titres postgrades étrangers dans les professions médicales universitaires est possible si un traité établit l'équivalence des titres postgrades en question. L'Accord entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (Accord sur la libre circulation des personnes, ALCP) et la convention AELE tombent dans cette catégorie de traités; il fait référence à son annexe III sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles à la directive européenne nécessaire à la reconnaissance des diplômes et des titres postgrades des professions médicales universitaires.

Depuis le 1^{er} juin 2002, date de l'entrée en vigueur de l'ALCP, le comité de la formation postgrade, puis, la commission des professions médicales (MEBEKO), section Formation postgrade, dont le secrétariat est sis à l'Office fédéral de la santé publique, reconnaît pour la partie suisse les titres postgrades étrangers obtenus dans un Etat contractant de l'Union européenne ou de l'AELE.

Les conditions minimales de base sont fixées à l'article 25 et les durées minimales des formations médicales spécialisées sont visées à l'annexe V, point 5.1.3 de la Directive européenne 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005. La directive 2005/36 est entrée en vigueur pour les relations bilatérales entre la Suisse et l'Union européenne au 1^{er} novembre 2011.

Les rapports au sein des Etats membres de l'Union européenne sont dynamiques, alors que les rapports bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne sont statiques. Concrètement cela veut dire que la marge de manœuvre de la Suisse concernant les conditions minimales et les durées minimales de formation postgrade est quasiment nulle lorsqu'elle négocie avec l'Union européenne la reprise de certains titres postgrades en médecine spécialisée.

Le titre postgrade étranger reconnu en Suisse a les mêmes effets juridiques que le titre postgrade fédéral correspondant, octroyé par l'organisation professionnelle responsable, conformément à la filière postgrade accréditée au niveau de la Confédération. Pour pouvoir exercer à titre indépendant la profession de médecin ou de chiropraticien, il est obligatoire, depuis le 1^{er} juin 2012, d'être titulaire d'un diplôme et d'un titre postgrade correspondants.

Selon les statistiques communiquées par les Etats et en chiffres absolus, la Suisse est en 3^{ème} position au sein de l'espace européen pour la reconnaissance des diplômes étrangers en médecine humaine (titres postgrades étrangers reconnus en Suisse : 745 en 2009, 763 en 2010, 906 en 2011, 517 au 30 juin 2012).

6.1.3 Pertinence pour la profession et compétence pour délivrer les titres de médecin-spécialiste, de formation approfondie et les attestations de formation complémentaire

Les compétences pour la délivrance des titres fédéraux de formation postgrade, des titres de formation approfondie et des attestations de formation complémentaire sont aujourd'hui clairement réglementées (voir annexe 6) et le groupe ne s'est pas attardé sur ce point¹⁹. Toutefois l'obligation de s'affilier à la FMH pour avoir accès à certaines attestations de formation complémentaire et à certaines formations approfondies fait problème, dans la mesure où cette obligation n'est pas en accord avec le reste du système. Cependant, la FMH s'étant saisie de la question, le groupe n'a pas poussé la discussion plus avant.

On entend par pertinence pour la profession l'importance que revêtent les titres de spécialiste et les contenus qu'ils recouvrent pour l'exercice de la profession ou encore leur intérêt dans le contexte du système de santé et de prise en charge, en d'autre terme leur intérêt pour le patient. Pour faire le point sur la pertinence de certains titres de formation postgrade en médecine, il faudrait une enquête de suivi qui interviendrait par exemple au bout de cinq ans, à l'occasion des *year-5 competencies*. Ce serait l'occasion de vérifier si le profil professionnel allant de pair avec le titre de spécialiste est encore en mesure de répondre aux besoins des patients.

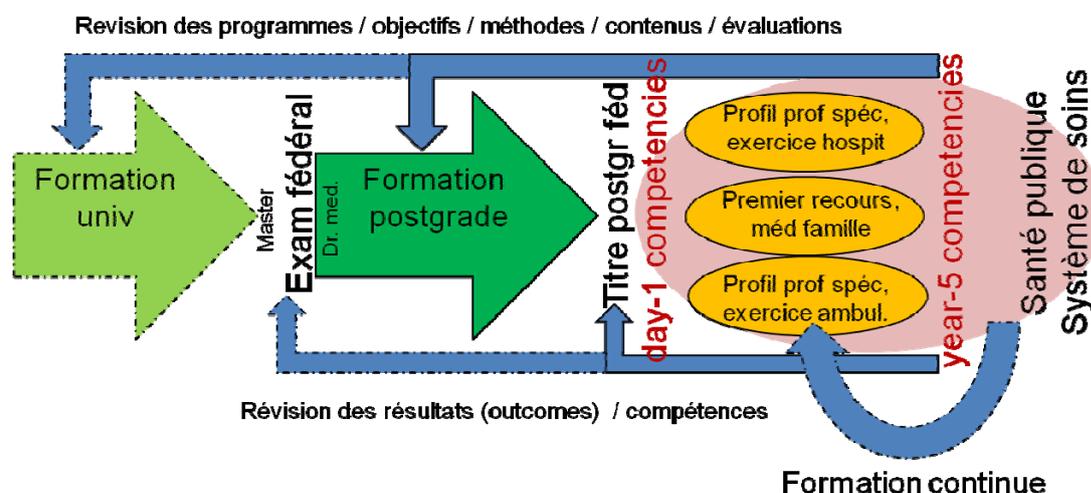


Illustration 3: Boucle de régulation du développement et de la promotion de la qualité

Mesure IV : L'ISFM a fait sienne l'idée d'une enquête de suivi. Elle est en train de mettre au point, en collaboration avec l'EPF, un instrument destiné à sonder les médecins trois ans après l'achèvement de leur formation postgrade sur la pertinence et la qualité de leur formation, et entend, le cas échéant, prendre les mesures qui s'ensuivent.

¹⁹ <http://www.fmh.ch/fr/formation-isfm.html>

6.1.4 Considération quantitative : y a-t-il trop de titres de spécialiste ?

Pour donner une vue d'ensemble - au 1^{er} janvier 2012, la Suisse comptait, en plus du titre de médecin-praticien, 44 titres postgrades fédéraux de spécialiste, 32 titres de formation approfondie et 31 certificats de formation complémentaire, qui coexistent avec un nombre indéterminé d'autres titres de formation postgrade CAS, DAS et MAS dispensés par les universités. A première vue, cela fait beaucoup. Pourtant, l'offre de formation postgraduée ne doit pas être mesurée uniquement à l'aune de la quantité.

Cette question a suscité dans le groupe thématique un vaste éventail de positions. Une majorité considérait comme inopportune la suppression de certains titres, ou la réduction de leur nombre. Elle considérait cependant qu'il fallait faire preuve de réserve s'agissant de créer de nouveaux titres. La Réglementation pour la formation postgraduée (RFP)²⁰ de la FMH énumère à l'art. 14 les critères pour la création de titres de spécialiste. La discipline doit pouvoir être définie et se distinguer d'autres domaines spécifiques. La création du titre doit s'inscrire dans la définition d'un besoin prouvé sur la base de la morbidité, d'une demande de soins médicaux dans le domaine en question et de l'intérêt public ; et le nombre d'établissements de formation doit permettre de décerner chaque année le nombre de titres correspondant au besoin de soins médicaux. Les spécialisations dans des matières interdisciplinaires sont sanctionnées par des certificats de formation complémentaire ; les compléments de formation dans une spécialité prennent la forme d'une formation approfondie. Lors de son assemblée des délégués 2012, l'ISFM a adopté une définition plus extensive de la notion de formation approfondie. Dorénavant, celle-ci peut également être obtenue dans le cadre de la formation en vue de l'obtention d'un titre de spécialiste (jusqu'ici cette formation venait en sus). L'appel à créer un label « médecin de famille » a surgi dans le cadre du débat sur l'initiative « Oui à la médecine de famille », afin de désigner spécifiquement la médecine de famille à l'intérieur de la discipline de « médecine interne générale ». Cela permettrait par exemple de créer un titre de formation approfondie en « médecine de famille » à l'intérieur du titre de spécialiste en médecine interne générale. Ce titre pourrait être conféré aux candidats qui, dans leur cursus (sans allonger la durée de leur formation postgrade), ont choisi leurs établissements de formation postgrade en fonction de la capacité de ceux-ci de transmettre une compétence optimale en matière de médecine de famille. Ces formations approfondies sont également possibles dans d'autres disciplines et évitent d'avoir à créer un titre de spécialiste distinct pour chaque compétence spécifique à l'intérieur d'une discipline donnée.

La discussion concernant l'abondance de titres de spécialiste était centrée sur la tendance croissante à une hyperspécialisation qui n'est pas dans l'intérêt du patient. Quelque soit la discipline de spécialité, et pas seulement en médecine de premier recours, c'est-à-dire également en chirurgie, en radiologie, en cardiologie ou en ORL, il faut des « généralistes » capables de poser un diagnostic sans solliciter l'avis de cinq médecins spécialistes relevant de la même spécialité. Une partie du groupe voit dans l'hyperspécialisation un problème autrement plus redoutable que l'abondance des titres de spécialiste, et qui a également une incidence sur les coûts.

Lorsqu'il est question de créer un nouveau titre, il faut également être conscient des divers *hidden agendas* (intentions cachées) que cette démarche peut recouvrir. Un titre ou un diplôme affecte également le positionnement sur le marché de la santé et, partant, la rémunération des prestations à la charge de l'assurance-maladie obligatoire par le biais de ce qu'on appelle la « valeur intrinsèque » (Tarmed).

L'administration des titres et la création de nouveaux titres fédéraux relèvent conjointement de l'ISFM/FMH et des sociétés de discipline concernées, qui sont consultées à cette occasion. C'est aux professionnels et à leurs sociétés de discipline qu'il incombe de protester lorsque le soupçon se fait jour qu'une spécialité n'a pas suffisamment voix au chapitre lorsqu'il est question de créer un nouveau titre de formation postgrade. Les membres du groupe sont d'avis que cette responsabilité ne doit pas être déléguée.

²⁰ http://www.fmh.ch/files/pdf8/wbo_f.pdf

S'agissant des formations approfondies et des certificats de formation complémentaire, et à plus forte raison des titres fédéraux de formation postgrade, la comparaison avec la situation dans les pays de l'UE et d'ailleurs s'impose afin de permettre aux médecins suisses d'être concurrentiels à l'étranger et de faciliter les échanges sur le plan international. Par ailleurs, les jeunes médecins suisses doivent avoir la possibilité d'attester par un titre des compétences spécialisées définies de la même façon dans le monde entier pour pouvoir travailler à l'étranger ou y approfondir leur formation postgrade dans le domaine correspondant.

Il y a des titres étrangers pour lesquels il n'existe pas d'équivalent en Suisse et qui ne doivent pas être reconnus (p. ex., gériatrie, chirurgie oro-maxillo-faciale), d'autres doivent être reconnus bien qu'ils ne recouvrent pas les mêmes contenus que le titre fédéral (p. ex., chirurgie thoracique et vasculaire, chirurgie pédiatrique). L'ISFM reçoit tous les jours plusieurs demandes venant de l'étranger ou portant sur l'étranger, ce qui montre que la Suisse n'a pas intérêt à mener une politique d'isolement.

6.2 Pilotage de la formation postgrade

Un pilotage s'impose à chaque fois qu'un système n'est pas capable de s'autoréguler et cesse de fonctionner. Jusqu'ici, l'usage en Suisse voulait que l'Etat se contente de définir un cadre juridique en prescrivant aux diverses instances responsables les objectifs stratégiques et les grandes orientations d'une mission qu'il leur revient de mettre en œuvre de façon autonome.

6.2.1 Pilotage au niveau de la formation postgrade (rapport entre nombre de spécialistes et de médecins de premier recours)

Avant d'aborder la question, il faut commencer par définir ce qu'on entend par médecin de premier recours. Actuellement, sont considérés comme médecins de premier recours les professionnels titulaires d'un titre de médecine interne générale, médecin praticien ou pédiatre. Les milieux concernés discutent actuellement de l'opportunité d'élargir cette catégorie à la gynécologie et à la psychiatrie.

Dès lors d'un médecin est titulaire d'un titre (supplémentaire) d'une autre spécialité, il n'apparaît plus dans les statistiques dans la rubrique de la médecine de premier recours, même si 99 % de ses prestations relèvent de celle-ci. Cela vaut notamment pour les nombreux spécialistes titulaires de deux titres en médecine interne (p. ex., médecine interne générale et néphrologie), mais aussi dans d'autres domaines de spécialisation. C'est pourquoi l'affirmation d'une pénurie de médecins de premier recours ne fait pas l'unanimité. En revanche, tout le monde est d'accord pour dire que les médecins de premier recours sont inégalement répartis et qu'il en manque surtout à la campagne et dans les régions périphériques. Etant donné l'évolution démographique et la progression des maladies chroniques, il existe un besoin accru de professionnels de la santé capables d'assurer une prise en charge médicale, et notamment de médecins de premier recours.

L'évolution des profils professionnels affecte également la formation postgrade du médecin de famille. Les discussions qui ont entouré la création du titre fédéral de spécialiste en médecine interne générale (cursus commun aux médecins hospitaliers et aux médecins de famille) ont fait que la formation postgrade des médecins de famille prend désormais davantage en compte leur champ d'activité futur.

Le Masterplan « Médecine de famille et médecine de base »²¹ vise également à renforcer le rôle qui revient au médecin de famille dans la médecine de premier recours en prenant des mesures concernant la formation universitaire et la formation postgrade, la recherche, le financement et la prise en charge médicale. Il s'agit notamment de renforcer l'attractivité de la filière en garantissant l'offre de places de formation postgrade avec la coordination requise (rotation entre les divers domaines d'activité des futurs médecins de famille), sachant que nombre de jeunes médecins qui se destinaient initialement à la médecine de premier recours « se perdent en route » et se laissent séduire par des offres attrayantes dans d'autres disciplines. Par ailleurs, la possibilité pour le futur médecin de famille d'effectuer son assistantat en cabinet privé doit être ancrée dans la loi, afin que cette modalité de la formation postgrade soit reconnue comme importante et appropriée.

²¹ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/11772/13262/index.html?lang=fr>

Sur le plan de la formation universitaire, la médecine de famille doit recevoir un ancrage structurel dans les universités (par le biais de la création de chaires de professeur ordinaire). La recherche en médecine de famille doit être encouragée comme étant une dimension importante de la recherche sur la prise en charge médicale.

Les membres du groupe thématique sont d'accord pour penser que le pilotage du rapport numérique entre médecins spécialistes et médecins de premier recours ne passe pas en premier lieu par la formation. Si l'on veut que la jeune génération redécouvre davantage d'attraits au profil professionnel du médecin de famille, il est nécessaire d'agir à plusieurs niveaux. Parmi les améliorations jugées nécessaires figurent une présence renforcée de la médecine de famille dans la formation universitaire, davantage de considération pour cette discipline, des offres de cursus complets de formation postgrade au plan régional²², l'amélioration des perspectives une fois achevée la formation postgrade, davantage de considération pour la profession, la création, ou l'incitation à créer des cabinets de groupe, l'introduction de nouveaux modèles de soins et une amélioration de la situation des médecins de premier recours dans le système de tarification.

En revanche, le groupe est résolument hostile à des modèles de pilotage tels que ceux pratiqués en France ou au Canada, où le choix d'une discipline de spécialisation dépend des notes obtenues aux examens de fin d'études. Il est d'avis que ce mécanisme revient à discriminer la médecine de premier recours, puisque les jeunes médecins qui n'ont pas obtenu des notes suffisantes pour s'engager dans une spécialisation n'ont souvent d'autre choix que de devenir généralistes faute de mieux. Il en résulte une sorte de sélection négative qui, de l'avis du groupe, est inconciliable avec le profil professionnel du médecin de famille et avec la responsabilité qui s'y rattache.

La médecine de premier recours expose fortement ceux qui l'exercent à l'influence, voire à la dépendance par rapport à d'autres spécialités (comme la radiologie, la dermatologie, la gynécologie). C'est pourquoi le groupe pense que si pilotage il doit y avoir, il faudrait le faire porter sur les cinq à six spécialités principales intervenant dans la prestation des soins de premier recours.

Recommandation IV: Il s'agit d'examiner si un pilotage de la transition entre la formation universitaire et la formation postgrade est judicieux au vu des besoins dans le domaine de la santé publique et quelles devraient en être les modalités (compte tenu des interdépendances entre spécialités).

L'ISFM prendra en main le dossier du pilotage après le débat de fond qui doit avoir lieu à l'occasion de la Journée de Réflexion (ISFM/Collège des Doyens) lors de la réunion du Comité en mars 2013. A moyen terme, l'étude du dossier pourrait être confié à un groupe thématique de la plate-forme « Avenir de la formation médicale », sous la direction conjointe de l'ISFM et de l'OFSP avec la participation de la CDS (et le cas échéant d'autres partenaires). Les études ou enquêtes à effectuer pourraient être financées par l'OFSP.

6.2.2 Implication des hôpitaux privés dans la formation postgrade

Les membres du groupe thématique se prononcent en principe en faveur d'une implication des cliniques privées dans la formation postgrade, à condition qu'elles remplissent les mêmes critères de qualité que les établissements publics et qu'elles soient classées dans les catégories correspondantes.

La Confédération et les cantons souhaitent que la formation postgrade des médecins soit garantie même après l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier. A cette fin, ils ont adopté, dans le cadre du Dialogue Politique nationale de la santé (PNS), un modèle pragmatique, simple et basé sur des forfaits (« PEP »). Celui-ci oblige tous les hôpitaux et cliniques inscrits sur la liste hospitalière²³ à former un nombre de médecins-assistants en rapport avec leurs possibilités. Le nombre exact de

²² Cursus romand de médecine générale http://www.uemg.ch/cursus/CRMG_DocumentDeBase8.pdf

²³ Chaque canton tient une liste hospitalière des établissements reconnus sur son territoire et autorisés à fournir leurs prestations à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

places de formation devra être fixé avec les cantons dans le cadre de conventions de prestations. Selon le « modèle PEP », les cantons soutiennent la formation postgrade en versant une contribution forfaitaire par étudiant et par an. Ce versement est lié au respect de critères de qualité spécifiques. Comme condition de base, une institution doit disposer d'un ou de plusieurs établissements de formation postgrade reconnus figurant sur la liste établie par l'ISFM / la FMH. Il est alors assuré que les exigences de la discipline médicale concernée sont remplies et que la qualité de la formation postgrade dispensée y est régulièrement contrôlée. Le versement de la contribution est ainsi lié au respect de critères de qualité fixés au préalable. Ces critères sont définis dans la réglementation pour la formation postgraduée (RFP) et dans les programmes correspondants de l'Institut suisse de formation postgraduée et continue (ISFM), qui vérifie le respect de ces critères. Les contributions sont réduites au cas où un établissement de formation postgrade ne serait reconnu que provisoirement par la Commission pour les établissements de formation postgraduée (CEFP), car il ne remplit pas tous les critères et normes prévus (p. ex., l'existence d'au moins un coordinateur de la formation postgrade, la tenue d'un logbook, etc.).

Le modèle « PEP » s'applique à toutes les institutions figurant sur la liste hospitalière, y compris les hôpitaux privés. Ceux-ci sont donc tenus de remplir les mêmes critères de qualité que les établissements publics, s'ils entendent postuler pour des contributions de soutien à la formation postgrade. Ce modèle évite de voir des établissements non conformes (p. ex., des établissements privés non reconnus comme établissements de formation) se glisser parmi ceux qui bénéficient de l'aide publique.

Recommandation V : Une réglementation du financement de la formation postgrade médicale s'impose. Les membres du groupe recommandent de mettre en œuvre dans toute la Suisse le modèle de financement « PEP » (pragmatique, simple et basé sur des forfaits).

6.2.3 Pilotage de l'offre de places de formation postgrade en fonction du besoin des hôpitaux et non des besoins en soins

Actuellement, l'offre de places d'apprentissage est essentiellement déterminée par les besoins des hôpitaux et non par les besoins en soins : c'est ce qui semble être le cas dans la plupart des disciplines. Il n'existe pas d'obligation de se coordonner ; cependant, les sociétés de discipline, l'ISFM et les établissements hospitaliers se concertent ou se consultent concernant le nombre de places de formation postgrade à offrir par spécialité. Dans les disciplines telles que l'anesthésie ou les soins intensifs, où la formation se déroule essentiellement en milieu hospitalier, ce sont les hôpitaux qui dictent le nombre de places de formation postgrade, ainsi du reste que le besoin en spécialistes. Même si dans d'autres disciplines également, l'offre de places de formation postgrade est calquée sur les besoins des hôpitaux, cette situation ne paraît pas toujours injustifiée aux yeux du groupe, puisque les hôpitaux, en tant que systèmes de prestation de soins, sont tributaires d'une main d'œuvre qui leur permette de fonctionner.

Ce besoin est encore renforcé par le fait que de plus en plus, les hôpitaux se voient déléguer des tâches relevant de la médecine de premier recours. De plus en plus d'exams et d'analyses sont effectués à l'hôpital. Nombre d'établissements enregistrant une affluence accrue dans leurs services d'urgence ont dû accroître d'autant leur dotation en personnel. Cette tendance tient à l'évolution des besoins de la population : nos concitoyens sont ainsi de plus en plus nombreux à ne plus avoir de médecin de famille, et lorsqu'ils ont une question d'ordre médical ou un quelconque problème de santé, ils s'adressent directement à l'hôpital. D'un autre côté, ce développement s'explique également par le fait que le médecin de premier recours n'est plus, comme il l'était dans le passé, atteignable le soir ou en fin de semaine.

Il existe également une certaine corrélation entre la demande de médecins-assistants et le nombre d'hôpitaux. En 2010, la Suisse comptait un total de 174 000 employés pour 300 hôpitaux, ceux-ci pouvant compter entre deux et 2 000 lits²⁴. Selon les statistiques de l'OCDE, 75 % des hôpitaux

²⁴http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H_Politik/Fakten_Zahlen_Daten/Pr%C3%A4sentation_Spittallandschaft_Schweiz_2012_de.pdf Etat 2010

comptent moins de 150 lits [14], tout en devant assurer le service 24 heures sur 24, ce qui conditionne le nombre de médecins requis. Pour, par exemple, assurer le fonctionnement d'un service d'obstétrique 24 heures sur 24, un hôpital doit compter environ cinq anesthésistes, sages-femmes et infirmières à plein temps, ainsi que l'équipement technique correspondant. Si l'on envisage de piloter l'offre de places de formation postgrade, il faut également faire entrer dans l'équation et dans la discussion la situation du « paysage hospitalier », à plus forte raison à un moment où celle-ci fait débat, qu'il s'agisse du financement de la formation postgrade des médecins ou des DRG.

Le nouveau titre postgrade fédéral en médecine interne générale devrait changer la donne pour les futurs médecins de premier recours qui, actuellement, doivent encore effectuer une bonne partie de leur formation postgrade en milieu hospitalier, alors même que cette formation ne correspond pas toujours à leur futur champ d'activité. La nouvelle formation proposée depuis 2011 ne prévoit pas seulement un programme pour les internes des hôpitaux, mais également un programme pour médecins de famille faisant la part belle à la formation en soins ambulatoires, dont au moins une année d'assistantat en cabinet privé.

La situation est critique dans des disciplines répondant à de gros besoins dans le domaine de la médecine de premier recours, alors que les hôpitaux ou les directions des cliniques concernées ne sont pas prêts à offrir des places de formation postgrade dans ces disciplines, ou du moins pas en nombre suffisant. Les considérations en cause peuvent être d'ordre financier ; quel peut être l'intérêt pour une clinique de former la concurrence de demain alors qu'elle n'a pas sur le moment besoin de médecins-assistants ? Dans des domaines comme la radiologie, cette politique peut être de nature, non seulement à provoquer une pénurie de spécialistes, mais encore à affecter massivement la pratique d'autres spécialités. En médecine de premier recours par exemple, la collaboration avec un radiologiste est incontournable.

L'opportunité d'un pilotage de la formation postgrade est en définitive une question politique, et nécessite une ligne politique claire. Si l'on opte pour le pilotage, l'Etat est nécessairement amené à intervenir dans les structures hospitalières et de formation postgrade. Des facteurs tels que les prestations fournies par les hôpitaux, l'offre et la qualité de la couverture médicale, la structuration de l'offre de formation postgrade, la coordination (nationale/régionale/cantonale) et le financement, l'interaction avec les facultés de médecine ou universités doivent être pris en considération.

6.3 Diplômes

L'annexe 6 fournit une vue d'ensemble des titres actuels de formation universitaire et postgrade.

De façon générale, quel que soit le diplôme ou le titre, la question est de savoir s'ils sont comparables et par conséquent si l'un peut être pris en compte en vue d'acquiescer l'autre. Les titres et diplômes universitaires sont acquis sur la base de crédits ECTS équivalant à des prestations (*European Credit Transfer System*) accordés sur la base de l'évaluation d'acquis. Il vaut la peine de réfléchir à l'opportunité de s'inspirer de ce système ou de cette modalité d'évaluation également pour les titres de formation postgrade fédéraux et de droit privé.

6.3.1 Rapport entre CAS / DAS / MAS et titres fédéraux de formation postgrade et imputation des modules

Les *Certificate of Advanced Studies* (CAS), les *Diploma of Advanced Studies* (DAS) et les *Master of Advanced Studies* (MAS) sont des titres de formation postgrade décernés par les universités et les HES. Malheureusement l'offre est aussi peu transparente qu'elle est foisonnante. Cela tient notamment au fait que les hautes écoles, en tant qu'institutions accréditées, sont libres d'offrir des filières de formation postgrade, et que certains cursus de formation – pour autant qu'ils ne portent pas la mention « reconnu par la Confédération » – n'ont pas besoin d'être accrédités séparément. Il ne faut notamment pas confondre les titres de formation postgrade MAS avec les diplômes de master couronnant des études d'une durée de cinq à six ans effectuées dans une haute école.

Les CAS, DAS et MAS ayant trait à la médecine ne font en principe pas concurrence aux titres fédéraux de formation postgrade, dans la mesure où ils n'habilitent pas à un exercice de la profession

à titre indépendant et à la facturation de prestations médicales spécialisées. Ces titres sont le plus souvent brigüés par des médecins étrangers. Ils revêtent néanmoins une certaine importance, puisque la formation ou certains modules peuvent être pris en compte pour l'obtention des titres de formation postgrade, certificats de formation complémentaire et titres de formations approfondies. C'est pourquoi une clarification de la situation ainsi qu'une réglementation, le cas échéant par le biais de conditions-cadres ancrées au niveau légal, seraient les bienvenues. En outre, il serait précieux et nécessaire que des échanges et une concertation aient lieu entre l'ISFM, les sociétés de discipline médicale et les facultés proposant des CAS/DAS/MAS.

6.3.2 Discrimination des médecins suisses

Les médecins suisses sont-ils discriminés ? Pour en juger, tout dépend du point de vue et de l'appréciation de différents facteurs. Le fait est que dans les autres pays européens, les étudiants terminent plus tôt leurs études secondaires et sont donc admis plus tôt aux études (de médecine). C'est ainsi qu'ils sont plus jeunes au moment d'obtenir leur diplôme de fin d'études universitaires et d'acquérir des qualifications. Dans la comparaison internationale, la relève suisse dans les professions médicale universitaires est plus âgée que la moyenne. Qui plus est, les conditions requises pour l'obtention du titre de Dr. med. ou MD, qui font office de dénomination professionnelle, sont moins exigeantes à l'étranger ; dans certains pays, le titre est même conféré automatiquement à la fin des études. La position commune des universités suisses²⁵ réglementant la thèse de doctorat en médecine prévoit que celle-ci ne peut être présentée qu'au terme d'au moins une année de recherche après avoir terminé le *Master of Medicine*, ce qui a pour conséquence concrète d'allonger la durée de la formation.

On relève, concernant la durée de la formation postgrade, que celle-ci est parfois plus courte à l'étranger notamment dans le domaine de la médecine de premier recours. De nombreux pays n'exigent du reste pas de rotation entre les services pendant la formation postgrade. Sachant qu'au titre des accords bilatéraux, la Suisse est tenue d'accorder l'équivalence des titres et des diplômes aux médecins ayant suivi leur formation postgrade à l'étranger, quand bien même ces titres et diplômes et les durées prescrites pour leur obtention n'ont besoin de répondre qu'à des critères *a minima*, on est en droit de penser que les médecins suisses subissent une certaine discrimination. Mais on peut aussi voir les choses sous un autre jour. La formation universitaire et postgrade en médecine dispensée en Suisse se situe à un très haut niveau de qualité et permet à la Suisse d'atteindre également un très haut niveau dans la qualité des soins ; il ne s'agit donc en aucun cas de réviser ce niveau d'exigence à la baisse (risque d'un nivellement par le bas au lieu d'une promotion de l'excellence).

Un système proposé pour améliorer la situation au niveau de la formation postgrade consisterait à créer en Suisse des titres reconnus par des institutions indépendantes qui ne seraient pas délivrés automatiquement aux médecins étrangers, mais octroyés sur la base d'une prestation uniquement. A titre de système comparable, on peut citer la réglementation britannique du titre FRCS (*Fellow of the Royal College of Surgeons*). Ce titre ne peut être obtenu que lorsque les règles britanniques correspondantes sont respectées. Il en va de même de titres décernés par l'*European Board*, tels que le FEBS (*Fellow of the European Board of Surgeons*). C'est une solution permettant de faire barrage à la dévalorisation du titre de médecin spécialiste, conçu au départ comme un gage de qualité.

7 Conclusion

Quoique composé de membres représentant des intérêts en partie divergents, le groupe thématique est parvenu à s'entendre sur un ordre de priorité des thèmes actuellement débattus et à mener un débat ouvert sur la nécessité, l'opportunité et les possibilités d'optimisation dans l'harmonisation de la formation universitaire et postgrade. Il a une appréciation fondamentalement positive du niveau de la formation universitaire et postgrade en Suisse comparée à l'étranger. Il considère cependant que des mesures s'imposent sur certains points. Il y avait notamment unanimité sur le fait que la Suisse doit former davantage de médecins, et que c'est à cet égard que des mesures s'imposent en priorité,

²⁵ Position commune des universités suisses sur le doctorat <http://www.crus.ch/dms.php?id=6510>

indépendamment de l'évolution des structures fournissant les soins médicaux. Les membres du groupe thématique reconnaissent l'intérêt de la réflexion menée dans le Rapport du Conseil fédéral en réponse à la motion de la Conseillère nationale Jacqueline Fehr « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours » [8] du 2 octobre 2008 sur la nécessité de pouvoir produire davantage de diplômés.

D'autres améliorations sont également possibles. Cependant elles présupposent la formulation d'une vision commune de l'avenir en matière de formation et de soins. Pour arriver à une stratégie commune en matière de formation des médecins à tous les niveaux apte à répondre aux besoins, il faudrait idéalement que les orientations prises et la planification en matière de formation médicale et de santé publique soient décidées conjointement, de façon concertée. Il faut en somme une politique de la formation en matière de santé qui se fonde sur les besoins et sur les scénarii en matière de prise en charge médicale pour en faire dériver les orientations quantitatives et qualitatives pour la formation universitaire et la formation postgrade.

Les premiers médecins à avoir effectué leurs études en médecine depuis la mise en œuvre de la réforme de Bologne sont maintenant en passe d'aborder leur formation postgrade. Ce sera l'occasion de faire le point pour savoir si les nouveaux cursus ont été à même de les y préparer. C'est alors seulement qu'il sera possible de juger la nouvelle structure. Ces dernières années, les facultés ont procédé à un certain nombre de réformes. Il ne paraît pas opportun d'envisager une réforme plus vaste et un changement fondamental alors le nouveau système commence à peine à fonctionner. Cela n'empêche pas la Commission interfacultaire médicale suisse (CIMS) de s'atteler d'ores et déjà à une réflexion en vue de la révision du SCLO.

Il est satisfaisant de constater que certaines mesures ont été aussitôt mises en œuvre, telles que l'initiative prise par l'ISFM / FMH pour améliorer l'initiation des médecins-assistants, ou la reprise de l'idée d'effectuer un sondage auprès des médecins trois ans après la fin de leur formation postgrade à des fins d'évaluation de cette formation.

Pour émettre une appréciation judicieuse des réformes intervenues dans les différentes étapes de la formation, il est nécessaire d'avoir une vue d'ensemble de la formation, et de pouvoir juger celle-ci à l'aune de l'exercice concret de la profession. Le groupe de travail a essayé d'en préparer le chemin et de s'atteler à de premières analyses et évaluations.

8 Bibliographie

1. Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd). 2006.
2. Buergi H, Rindlisbacher B, Bader Ch, Bloch R, Bosman F, Gasser C et al. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools .2008. Joint Conference of Swiss Medical Faculties.
3. Loi fédérale sur l'encouragement des hautes écoles et la coordination dans le domaine suisse des hautes écoles. (loi sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles, LEHE) 30.9.2011.
4. Hänsgen KD, Spicher B. AMS Test d'aptitudes pour les études de médecine: Questions fréquemment posées à propos de l'AMS et du Numéris clausus. 2010. Centre pour le développement de tests et le diagnostic auprès du Département de Psychologie de l'université de Fribourg, Suisse.
5. CUS. Communiqué de presse : Test d'aptitudes 2012 pour les études de médecine. URL: http://www.cus.ch/wFranzoesisch/pressemeldungen/index.php?script=/wFranzoesisch/pressemeldungen/wScripts/pressemeldung_anzeigen.php&pressemeldungid=1460564563, mis à jour le 13.3.2012
6. Reiter HI, Eva KW, Rosenfeld J, Norman GR. Multiple mini-interviews predict clerkship and licensing examination performance. *Med Educ* 2007; 41(4): 378-384.
7. Frank JR. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework - Better Standards. Better Physicians. Better Care. 2005. Ottawa, The Royal college of Physicians and Surgeons of Canada.
8. Office fédéral de la santé publique. Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours. 23.11.2011. Berne, Confédération suisse.
9. Cohen-Schotanus J, Schoenrock-Adema J, Bouwkamp-Timmer T, van Scheltinga GRT, Kuks JBM. One-year transitional programme increases knowledge to level sufficient for entry into the fourth year of the medical curriculum. *Medical Teacher* 2008; 30(1): 62-66.
10. Oandasan I, Reeves SC. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care* 2005; 19(S1): 21-38.
11. Dialogue de la Politique nationale de la santé. Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours. 2012.
12. Baker PG. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO. 2011.
13. CRUS. Rapport sur le doctorat 2008 – Vue d'ensemble du doctorat en Suisse. 2008.
14. Examens de l'OCDE des systèmes de santé - Suisse. 2011.

Annexe 1 : Mandat du groupe thématique « Harmonisation des formations universitaire et postgrade des médecins »

Annexe 2 : Ordre de priorité des thèmes concernant la formation universitaire (allemand)

Annexe 3 : Ordre de priorité des thèmes concernant la formation postgrade (allemand)

Annexe 4 : Le modèle genevois en matière de *tracking*

Annexe 5 : Modèle d'un *tracking* non contraignant dans les études de médecine (exemple de la faculté de médecine de Zurich)

Annexe 6 : Vue d'ensemble des diplômes et des titres



Mandat du groupe thématique « Harmonisation des formations universitaire et postgrade des médecins »

La plate-forme « Avenir de la formation médicale » a confié le mandat suivant au **groupe thématique « Harmonisation des formations universitaire et postgrade »**:

Echange ouvert sur l'harmonisation entre formations universitaire, postgrade et continue des médecins et présentation de la situation actuelle conformément au document de fond. Ensuite, débat sur les approches possibles pour résoudre les problèmes de coordination et élaboration de propositions concrètes (valables) à l'intention de la plate-forme « Avenir de la formation médicale ». L'objectif est de rendre possible une formation médicale efficiente et de grande qualité, dont toutes les étapes de formation seraient cohérentes.

Les propositions élaborées par le groupe thématique feront ensuite l'objet de débats au sein de la plate-forme. Les organisations partenaires participantes restent seules compétentes pour décider de leur mise en œuvre. Quoi qu'il en soit, il devrait en subsister pour l'avenir une compréhension partagée des problèmes ainsi qu'une plus grande clarté des représentations, communes ou divergentes.

Contexte/Problématique

La LPMéd vise à promouvoir la qualité de la formation universitaire, des formations professionnelles postgrade et continue, ainsi que de l'exercice de la profession. Les tâches, exigences et règles qui en découlent relèvent de la responsabilité de divers partenaires. Une gestion plus consciente des interfaces pourrait permettre d'améliorer l'harmonisation actuelle entre les étapes de formation et d'harmoniser les projets de réforme.

1^{re} priorité : admission aux études et bachelor

- Des questions relatives à de futures réformes se posent au sujet de toutes les étapes de formation. Par exemple, il faut déterminer les critères qui devraient sous-tendre la sélection pour l'admission aux études, ou à quoi ressemblera le profil professionnel de la médecine humaine à l'avenir.
- Au niveau du bachelor, il est nécessaire de clarifier dans quelle mesure un diplôme de bachelor atteste d'une qualification professionnelle, ou, autrement dit, quelles possibilités professionnelles un tel titre devrait offrir. La possibilité de créer des passerelles avec d'autres filières d'étude, universitaires ou non, doit également être examinée. De plus, il faut évaluer si une filière de formation unique peut réellement répondre à la diversité du domaine médical.

2^e priorité : cohérence et structure de la formation postgrade

- Au niveau de la formation postgrade, il faut examiner comment le rapport entre le nombre et l'orientation des titres de médecin spécialiste et de formation approfondie doit évoluer au vu des progrès technologiques et des contraintes démographiques, et quel degré de spécialisation il serait judicieux de prévoir pour chaque étape. De plus, il faut déterminer quels contenus pourraient être adoptés dans les programmes des filières de formation postgrade sur la base du catalogue des objectifs de formation remanié, et si seules des modifications sur le plan du contenu sont nécessaires ou si des adaptations structurelles s'imposent également. Sur le fond, il faut déterminer comment, selon quels critères et par qui la formation postgrade devrait, le cas échéant, être contrôlée, notamment en ce qui concerne le rapport entre médecins de premier recours et spécialistes.

3^e priorité : diplômes universitaires

- Il est nécessaire de déterminer l'importance d'un *Master of Science (MS) in Medicine* par rapport au diplôme fédéral et aux diplômes de formation tertiaire tels que les différents doctorats (MD, PhD).
- Il faut également clarifier la position du *Master of Advanced Studies (MAS)* par rapport aux titres de formation postgrade fédéraux.

Adopté le 16 décembre 2010 par la plate-forme « Avenir de la formation médicale ».

Themen der Zulassung und Ausbildung – MITTELWERTE

**Dringlichkeit/
Priorisierung**
1 = nicht dringend
5 = sehr dringend

**Wichtigkeit/
Validierung**
1 = nicht wichtig
5 = sehr wichtig

SUMME

Rang

Zulassung zum Studium

<i>Kriterien zur Festlegung der Kapazität der Universitäten</i>	4.77	4.77	9.54	1
Konsequenzen der unterschiedlichen Aufnahmebedingungen Romandie/Deutschschweiz	2.77	3.15	5.92	14
<i>Spielraum der Fakultäten bezüglich Aufnahmekapazität unter gleichbleibenden Qualitätskriterien</i>	3.77	3.92	7.69	3
<i>Quantitative Steuerung (Zuständigkeit)</i>	4.23	4.54	8.77	2

NC/Eignungstest

NC/Eignungstest als Selektionsmittel für die Zulassung zum Medizinstudium in der Deutschschweiz	2.77	3.31	6.08	11
Berücksichtigung der Kompetenzanforderung für die zukünftige Berufsausübung im NC/Eignungstest	2.69	3.38	6.08	12
<i>Gewinnung von Personen, welchen den NC/Eignungstest nicht bestehen, für andere Gesundheitsberufe</i>	3.08	3.08	6.17	10
Eignungstest und Genderbias	2.08	2.15	4.23	22
Eignungstest und Romandie-/Deutschschweizer-Bias (reine Übersetzung der deutschschweizer Fragen)	2.46	2.46	4.92	20

Ausbildung bis zur Bachelor-Stufe (Bachelor of Medicine)

Bachelorabschluss als ein Punkt der Entscheidungsfindung für den Berufsweg	2.46	2.77	5.23	19
Bachelor als Moment der bewussten Studienwahl	2.23	2.31	4.54	21
<i>Möglichkeit von Passerellen in und von anderen Studiengängen inner- und ausserhalb der Universität</i>	3.23	3.31	6.54	9
Mobilitätsförderung durch Bachelorstufe (Ziel der Bolognaform)	2.62	3.08	5.69	15
Relevanz Bachelorabschluss (Berufsbefähigung? Berufliche Möglichkeiten?)	2.54	2.92	5.46	17
Angemessenheit eines einzigen Bachelor-Studiengangs im Hinblick auf die Vielfältigkeit der Medizin (Zugang zu verschiedenen Masterstudiengängen Humanmedizin, z.B. Medizininformatik, psychosoziale Medizin, Präventionsmedizin)	2.92	3.08	6.00	13
<i>Gemeinsamer Anteil Bachelor für mehrere Gesundheitsberufe</i>	3.31	3.54	6.85	7
<i>Diskrepanz zwischen im Studium erworbener Fähigkeiten und Anforderungen im 1. Assistenzjahr (Vorbereitung auf den Spitalalltag)</i>	3.54	3.69	7.23	4

Masterstufe (Master of Medicine)

Relevanz des Master of Medicine	2.62	2.92	5.54	16
<i>Profil der Masterstufe: berufsbefähigend oder „wissenschaftsbefähigend“</i>	3.54	3.62	7.15	5
<i>Stellenwert eines Masterabschlusses im Verhältnis zum eidg. Weiterbildungstitel sowie zu tertiären Bildungsabschlüssen und Doktoraten (MD, PhD, MAS, CAS, DAS)</i>	3.38	3.46	6.85	6
<i>Zweck der Masterarbeit bzw. Doktorarbeit</i>	3.15	3.46	6.62	8
Berufs-/weiterbildungsbegleitende Absolvierung des Medizinstudiums (z.B. oro-maxillo-faziale Chirurgie)	2.69	2.69	5.38	18

Themen Weiterbildung – MITTELWERTE

**Dringlichkeit/
Priorisierung**
1 = nicht dringend
5 = sehr dringend

**Wichtigkeit/
Validierung**
1 = nicht wichtig
5 = sehr wichtig

Summe

RANG

Übergang universitäre Ausbildung – Weiterbildung

Ausreichende praktische Vorbereitung während der universitären Ausbildung auf den verantwortungsvollen und selbständigen Umgang mit Patienten (studentisches Logbuch, day-one competencies)	3.83	4.50	8.33	1
Coaching der Übergangsphase Studium-Assistenzzeit sollte Aufgabe der Spitäler sein. Bisher keine einheitlichen Konzepte (z.B. Grundmodul für alle Assistenzärzt/-innen)	3.33	3.83	7.17	8
Förderung der bewussten und möglichst frühen Wahl der Weiterbildungsrichtung (z.B. Tracks bereits im Masterstudium, unterschiedliche Tracks für GV oder Spezialisten)	2.75	3.33	6.08	13

Inhaltliche Abstimmung Lernziele Aus- und Weiterbildung

Welche(s) Organ(e) sichert mittelfristig die Verbindung von der Universität zur Weiterbildung, wer stellt sicher, dass keine Wissenslücken zw. Aus- und Weiterbildung bestehen (Abstimmung der Formulierung der Lernziele im Aus- und Weiterbildungsbereich)	2.83	3.25	6.08	14
Welche Inhalte können aufgrund der überarbeiteten Lernzielkataloge in die Curricula der Weiterbildungs- resp. Ausbildungsgänge verschoben werden und bedingen diese lediglich inhaltliche oder auch strukturelle Anpassungen?	2.73	3.09	5.82	15
Gemeinsame Module für alle Fachrichtungen in der Weiterbildung	2.58	2.83	5.42	17

Quantitative und zeitliche Merkmale im Verhältnis zum Ausland und zum inländischen Bedarf

Dauer der Weiterbildung (MedBG sieht max. 6 Jahre vor, in interventionellen Fächern kaum möglich). Wie ist es im Ausland geregelt?	3.58	3.67	7.25	7
Inwiefern soll die Schweiz an eigenen Konzepten festhalten und solche weiterentwickeln und wo ist dies im Kontext mit der gegenseitigen Anerkennung von Berufsbefähigungen in der EU nicht mehr sinnvoll	3.33	3.50	6.83	10
Berufsrelevanz und Erteilungskompetenz von Facharzttiteln, Schwerpunkt titeln und Fähigkeitsausweisen	3.55	3.73	7.27	6
Quantitative Frage der verschiedenen Weiterbildungstitel (Gibt es zu viele?)	3.18	3.18	6.36	11

Strukturelle Steuerung der Weiterbildung

Wie, nach welchen Kriterien und von wem könnte allenfalls auf Stufe Weiterbildung steuernd eingegriffen werden, insbesondere in Bezug auf das Verhältnis zwischen Grundversorger/-innen und Spezialist/-innen	3.67	4.17	7.83	3
Inwieweit sollen/müssen sich die Privatspitäler in der Weiterbildung engagieren	3.80	3.70	7.50	5
Steuerung der WB-Stellen aktuell eher durch den Bedarf der Spitäler an Assistenzärzten und nicht Bedarf des Gesundheitswesens an Spezialisten	4.00	4.08	8.08	2

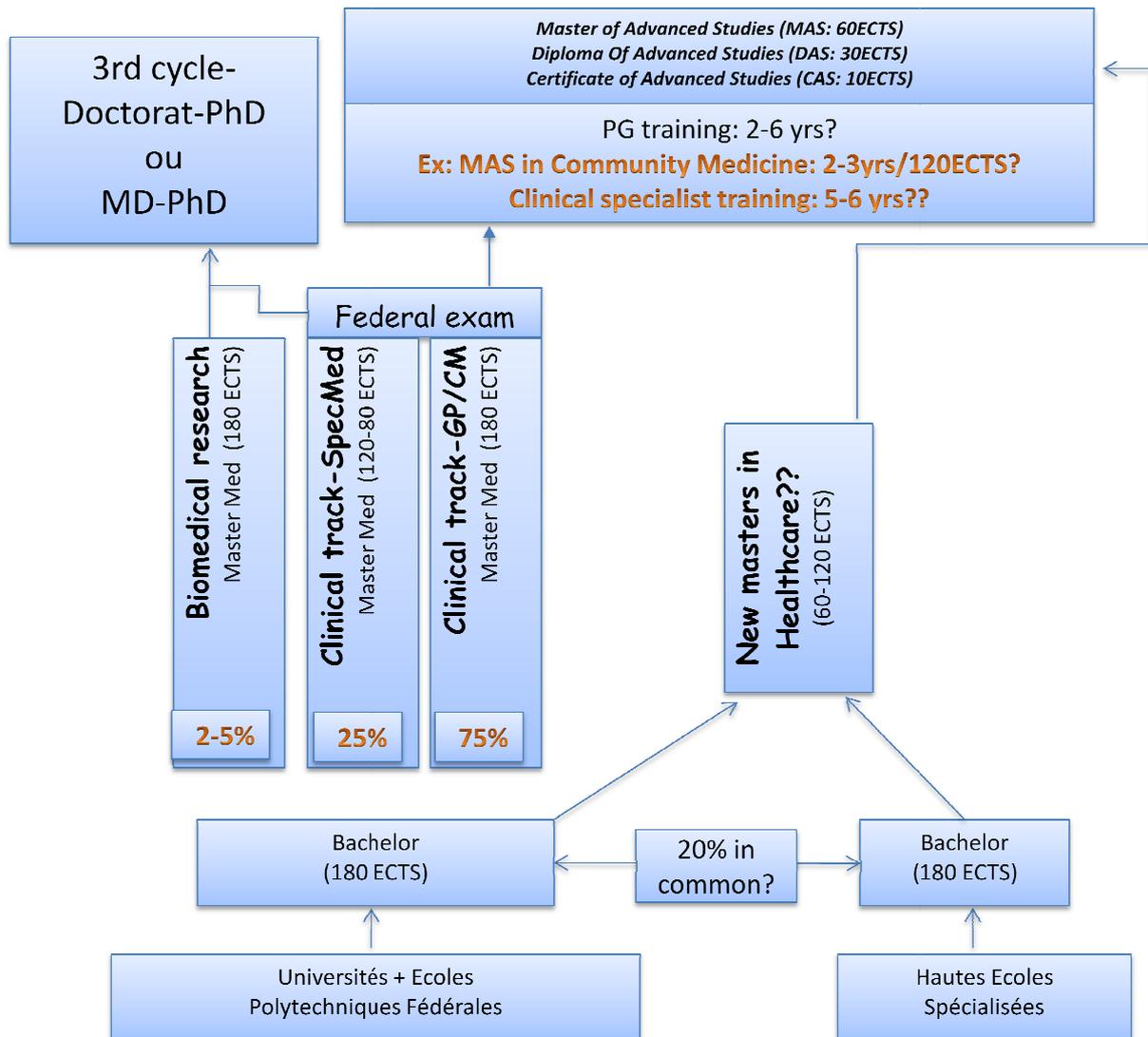
Übergang Weiterbildung - Berufsausübung bzw. Schnittstelle Leistungserbringung gemäss KVG und Berufsausübung gemäss MedBG für Spezialisten und Grundversorger

Obligatorium für eine bestimmte Dauer in der Patientenversorgung nach Abschluss des Studiums	2.75	3.42	6.17	12
Grundversorgung wird heute oft auch durch Spezialisten ausgeführt. Obligatorischer Nachweis "grundversorgerischer" Kompetenzen?	2.67	3.00	5.67	16
Facharztreihe wirklich Berufsbefähigung zur selbstständigen Arbeit	2.25	3.17	5.42	18

Universitäre Abschlüsse

CAS / DAS / MAS - MD / PhD Verhältnis zu den eidg. Weiterbildungstiteln und Anrechnung als Modul an eidg. Weiterbildungstitel	3.58	3.58	7.17	9
Problem der Inländerdiskriminierung (grösserer Aufwand für Dr. med., untersch. WB-Richtlinien, Anzahl Jahre und Stellenwechsel für Facharzt diplom in CH)	3.75	3.83	7.58	4

Le modèle genevois en matière de *tracking*



Rapport „Harmonisation des formation universitaire et postgrade des médecins“ Annexe 6 Vue d'ensemble des diplômes et des titres

	Formation universitaire		Recherche : titre universitaire	Formation postgrade professionnelle (sur une base pratique)				
	Bachelor	Master	Examen féd. D ^r	PhD	Titre de spécialiste	Formation approfondie	Attestions de formation complémentaire	
Dénomination	Bachelor en médecine	Master en médecine	Diplôme féd. de médecin ; médecin en formation postgrade	D ^r	Dr. sc. med. / PhD / Dr. sc. nat. MD-PhD	Spécialiste xy (44 disciplines)	En particulier xy	Attestation de formation complémentaire xy
Caractéristiques	1 ^{er} diplôme universitaire	2 ^e diplôme universitaire	Examen fédéral	Thèse de doctorat d'au moins une année, prérequis pour une carrière universitaire	En général, thèse de doctorat de trois ans (parfois deux ans), prérequis pour une carrière universitaire	Titre fédéral de formation postgrade + deux titres postgrades de droit privé (neuropathologie et chirurgie de la main)	Spécialisation dans un domaine (titre de spécialiste)	Formation postgrade interdisciplinaire
Différences principales	1 ^{er} cycle de formation de trois ans, portant en particulier sur les bases, les spécialités biomédicales et l'initiation clinique	2 ^e cycle de formation de trois ans, portant en particulier sur la formation clinique et incluant les aptitudes et les capacités	Prérequis pour la formation postgrade obligatoire	Durée : 1 an ; en général, à la faculté de médecine	Durée : 3 ans ; la plupart du temps, en collaboration avec d'autres facultés (<i>graduate school</i>)		Monodisciplinaire, fait partie du programme de base de formation postgrade	Interdisciplinaire, l'administration est gérée par la propre association
Administration	Faculté	Faculté	Confédération	Faculté	Facultés	ISFM	ISFM	Propre organisation de médecins
Réglementation	Prescriptions de la LPMéd, règlements des facultés et filières d'études	Prescriptions de la LPMéd, catalogue des objectifs d'apprentissage, règlements des facultés et filières d'études	Ordonnance concernant les examens	Règlement de promotion	Règlement PhD	Ordonnance sur la formation postgrade + programme de formation postgrade pour le titre de spécialiste	Ordonnance sur la formation postgrade + programme de formation postgrade pour le titre de spécialiste	Propre programme de formation postgrade reconnu par l'ISFM Ordonnance sur la formation postgrade
Activité	Etude des bases Prérequis pour le master en médecine humaine	Etude des pathologies liée à une formation pratique Prérequis pour être admis à l'examen fédéral	Médecin-assistant en formation postgrade pour devenir spécialiste	Travail sur un projet de recherche, souvent parallèlement à la profession	Travail sur un projet de recherche, à plein temps	Activité professionnelle principale ; Prérequis pour la pratique à titre d'activité économique privée, sous sa propre responsabilité professionnelle	Activité professionnelle principale	Activité complémentaire, évt en cours d'emploi
Volume / durée / équivalence de la formation postgrade en ECTS	180 ECTS (6 semestres à plein temps)	180 ECTS (6 semestres à plein temps)	Après 6 années d'études au min.	Au min. une année	En général, 3 ans et plus	Selon l'art. 18 LPMéd, entre 3 et 6 ans En pratique, entre 5 et 8 ans, voire plus	1 à 4 ans	De quelques heures à plusieurs années, en général moins d'une année
Exemples						Ophthalmologie	Gériatrie	Psychothérapie déléguée (FMPP) ; électro-encéphalographie (SSNC) ; gastroscopie (SSG) ; sonographie de la hanche selon Graf chez le nouveau-né et le nourrisson (SSUM) ; phlébologie (USSMV) ; laboratoire du praticien (CMPR) ; sonographie (SSUM) ; médecine de la plongée (SUHMS)

Rapport „Harmonisation des formation universitaire et postgrade des médecins“ Annexe 6 Vue d'ensemble des diplômes et des titres

	Formations postgrades / continues offertes par les universités		
	<i>Certificate of Advanced Studies (CAS)</i>	<i>Diploma of Advanced Studies (DAS)</i>	<i>Master of Advanced Studies (MAS)</i>
Dénomination	(auparavant cours postgrade CPG) CAS xy		(auparavant études postgrades EPG) MAS xy
Caractéristiques	Titre de formation postgrade universitaire / HES le moins élevé. Les connaissances spécifiques transmises à ce niveau permettent d'obtenir une qualification supplémentaire dans un domaine spécialisé défini.	Offre une formation approfondie dans une spécialité bien précise, afin de pouvoir obtenir une qualification supplémentaire dans la profession habituelle ou dans un nouveau domaine spécialisé.	Titre de formation postgrade universitaire / HES le plus élevé (il ne s'agit pas d'un titre universitaire). Formation postgrade complète dans le domaine spécialisé.
Différences principales	Utilisé parfois comme module pour une formation postgrade vers une attestation de formation complémentaire	Utilisé parfois comme module pour une formation postgrade vers une attestation de formation complémentaire	Parfois utilisé comme module pour une formation postgrade vers un titre de spécialiste
Administration	Faculté / université	Faculté / université	Faculté / université
Réglementation	Faculté / université	Faculté / université	Faculté / université
Activité	Médecin(-assistant) Pas reconnu en Suisse pour fournir des prestations	Médecin(-assistant) Pas reconnu en Suisse pour fournir des prestations	Médecin(-assistant) Pas reconnu en Suisse pour fournir des prestations
Volume / durée / équivalence de la formation postgrade en ECTS	De quelques mois à une année 300 heures (soit 10 ECTS)	De un à deux ans 900 heures (soit 30 ECTS), la plupart du temps avec un travail de diplôme	Deux ans ou plus 1200 à 1800 heures (soit 45 à 60 ECTS)
Exemples	CAS en gestion en psychiatrie ; CAS en gestion clinique ; CAS en cybersanté ; CAS en médecine psychosomatique et psychosociale P. ex., le cursus permet aux spécialistes d'obtenir 80 % du certificat de formation complémentaire Médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP) et Médecine manuelle (SSMM)	Médecine manuelle (SMSMM)	Master en administration des affaires, master en santé publique, master en éducation médicale MAS en soins intégrés, MAS en soin des plaies, MAS en soins palliatifs Le titre MAS fait partie de l'examen de formation approfondie