



Résumé du rapport final du 16.6.2014

Gouvernance de la formation postgraduée médicale

Recherche bibliographique systématique et entretiens structurés avec des experts sur des expériences internationales

Résultats généraux

Les développements du manque de personnel et/ou la mauvaise répartition professionnelle et géographique prennent des formes menaçantes au sein du système de santé suisse comme partout ailleurs: dès 2008, un travail de l'Obsan avait conclu qu'en fonction du scénario futur supposé, le recours prévu aux prestations médicales ambulatoires pourrait dépasser l'offre correspondante d'ici 2030 jusqu'à 50% en médecine générale, et jusqu'à 25% au niveau des personnels de la chirurgie et dans le domaine de la psychiatrie. Même si les développements réels seront peut-être moins dramatiques, ces études et d'autres semblables montrent l'urgence et la nécessité de mesures de gouvernance de la formation postgraduée médicale et de l'exercice des professions dans ce domaine.

Sur le plan de la recherche, l'objectif du présent travail est d'évaluer les expériences des pays dans lesquels la formation postgraduée professionnelle ainsi que la répartition professionnelle et régionale des différents spécialistes médicaux est influencée ou gouvernée de manière ciblée. Le travail comprend une recherche bibliographique systématique ainsi qu'une analyse approfondie à l'aide d'entretiens structurés avec des experts dans sept pays sélectionnés, ainsi que des activités de l'UE.

Les mauvaises répartitions professionnelles et géographiques des ressources médicales et leurs conséquences sont analysées et discutées depuis près de 30 ans dans de nombreux pays. Evidemment, ces analyses et discussions ont toujours lieu également dans les contextes très différents de la fourniture des soins respective, de son cadre politique et des perceptions des acteurs. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les initiatives et mesures qui ont été prises par les différents pays durant la période citée soient elles aussi différentes. Les résultats de l'analyse bibliographique et des interviews étaient d'autant plus divergents. Néanmoins, un dénominateur ou un cadre commun fondamental peut être déduit de ces résultats, que nous décrivons avec les quatre points suivants:

- 1) La médecine et la fourniture des soins médicaux se sont trop fortement différenciées au cours de ces dernières décennies pour pouvoir continuer de confier la répartition (professionnelle et régionale) des ressources médicales uniquement à l'auto-organisation professionnelle. Nous partons du principe qu'une

gouvernance de la formation postgraduée médicale et de l'exercice de la profession médicale dans ce domaine sera nécessaire à l'avenir.

- 2) La gouvernance de la formation postgraduée médicale et de l'exercice de la profession médicale représente une intervention dans des systèmes professionnels, politiques et sociaux interdépendants et imbriqués les uns dans les autres. Par conséquent, une gouvernance réussie tient compte de toutes les professions de santé, de tous les besoins en termes de fourniture des soins et de toutes les exigences régionales. La gouvernance de la formation postgraduée médicale et de l'exercice de la profession médicale nécessite une approche systémique holistique.
- 3) Même si des prévisions exactes concernant les futurs besoins en termes de ressources médicales sont impossibles et que les données sont imprécises, la gouvernance de la formation postgraduée médicale et de l'exercice de la profession médicale dans ce domaine est basée sur des données relatives à l'offre et aux besoins actuels, ainsi que sur des prévisions différenciées pour l'avenir. Mais la complexité et la variabilité étant extrêmement importantes et les données disponibles seulement de manière limitée, les planifications des besoins doivent toujours être des décisions consensuelles et portées par tous les acteurs. Plus la planification est difficile, plus les résultats des négociations consensuels sont significatifs.
- 4) Les interventions de gouvernance réussies débutent déjà dans la formation postgraduée médicale, et mettent en même temps l'accent sur des prévisions concernant les futurs besoins professionnels et régionaux en termes de fourniture des soins. Les mesures de gouvernance de la formation postgraduée visent les futurs besoins en termes de soins.

Ces quatre points peuvent être considérés comme le cœur de l'état actuel des connaissances sur les bases de la gouvernance réussie de la formation postgraduée médicale et de l'exercice de la profession médicale dans ce domaine. En d'autres termes, ils constituent le cadre dans lequel des concepts et mesures de gouvernance devraient être développés.

Les expériences faites jusqu'à présent dans les pays par rapport aux différents concepts et mesures de gouvernance renferment pour résumer deux enseignements: (1) d'une part, que les modèles effectifs de prévision et de gouvernance doivent prendre en compte des critères autres que ceux uniquement démographiques: côté offre, par exemple aussi les taux d'émigration et d'immigration des médecins, les nouvelles technologies, les parts des personnes travaillant dans des modèles à temps partiel et de nouvelles formes de fourniture des soins, les proportions de personnes changeant de profession et les nouvelles préférences professionnelles. Côté demande, par exemple aussi le taux de morbidité, le recours aux prestations et/ou les nouveautés en la matière ou la modification de l'accès aux formes traditionnelles de fourniture des prestations et à leurs nouvelles formes. (2) D'autre part, que la planification réussie des besoins nécessite une architecture de gouvernance différenciée, qui tend à harmoniser entre eux les exigences et intérêts très diversifiés. Il s'agit essentiellement ici d'instaurer un dialogue qui fonctionne entre les acteurs du système de santé, les financeurs et les régulateurs. Comme l'ont montré des expériences internationales, c'est essentiellement le manque de coordination entre les nombreux acteurs dans la planification des besoins médicaux qui a contribué à une correction trop lente et insuffisante de la mauvaise répartition

professionnelle et géographique. Les planifications des besoins et/ou les gouvernances ne peuvent réussir que dans le cadre d'une approche coordonnée à l'échelle nationale et dans l'ensemble du système.

Une analyse et des prévisions en termes de besoins sont à la base de toutes les interventions de gouvernance, car c'est uniquement en s'appuyant sur cette base de données qu'il est possible de faire accepter à grande échelle les qualifications et offres médicales avec lesquelles il convient de répondre à telle ou telle demande en termes de prestations médicales. Une base de données éloquentes comprend la surveillance, l'analyse et des modèles de prévision. Pour la réalisation proprement dite d'analyses des besoins, on établit, en s'appuyant sur les définitions utilisées dans l'UE, une distinction entre trois approches différentes:

- Projections en matière d'offre (*supply projection* ou *trend model*)
- Approches axées sur la demande (*demand-based*)
- Approches axées sur les besoins (*needs-based*)

Avant de choisir l'une de ces approches, il convient généralement d'établir une comparaison entre une approche la plus complète possible et une approche pragmatique. En règle générale, les projections en matière d'offre se rapportent aux ratios médecin-population et analysent quel flux de personnel est nécessaire pour satisfaire au standard actuel en matière de fourniture des soins. Les approches axées sur la demande vont un peu plus loin en incluant le recours aux prestations, tandis que les approches axées sur les besoins intègrent en sus des développements en termes de facteurs de risque, de taux de morbidité et d'incidences/prévalences de maladies. Par conséquent, les modèles axés sur les besoins promettent certes les prévisions les plus détaillées, mais les modélisations nécessaires pour les obtenir sont extrêmement complexes et exigeantes.

La véritable valeur des analyses et prévisions en termes de besoins médicaux se situe moins dans la production de chiffres exacts et très détaillés que dans la volonté de mettre en évidence les tendances actuelles et futures, ainsi que dans la mise à disposition des décideurs politiques d'informations basées sur des données permettant de déduire des interventions conformes aux planifications des besoins.

Les interventions de gouvernance de la formation postgraduée médicale et de l'exercice de la profession médicale dans ce domaine sont notamment riches en défis parce qu'elles constituent également une tentative d'intervention de l'extérieur dans des voies professionnelles de développement et de socialisation. Fondamentalement, des expériences internationales montrent que les interventions de gouvernance sont couronnées de succès lorsqu'elles tiennent compte non seulement des besoins professionnels et régionaux en termes de fourniture des soins, mais aussi de l'exigence d'autorégulation des médecins, et qu'elles se concentrent sur l'encouragement de l'attractivité et l'amélioration de l'image de disciplines à court de personnel et notamment de la médecine générale, ainsi que sur la satisfaction des besoins d'une nouvelle génération de médecins jeune et de plus en plus féminine.

Expériences choisies de certains pays

L'Australie est le pays qui a le plus d'expérience au monde avec la gouvernance de la formation postgraduée et de l'exercice des professions dans le système de santé. Les expériences australiennes soulignent l'importance d'un dialogue qui fonctionne entre les

différents acteurs du système de santé, du financement et de la régulation: une gouvernance réussie nécessite un cadre coordonné à l'échelle nationale et dans l'ensemble du système. Ce cadre peut veiller à ce que les particularités des choix de carrière, les préférences professionnelles de l'exercice d'une profession, les innovations techniques médicales et les préférences du côté des patients et de la société soient prises en compte et intégrées dans l'élaboration d'approches de gouvernance. Des mesures concrètes dans le cadre de la formation postgraduée médicale en Australie visaient à améliorer l'attractivité et la capacité en matière de formation postgraduée dans le domaine de la médecine de premier recours, par exemple avec des programmes de formation postgraduée structurés pour les médecins de premier recours (*GP training pipeline system*) offrant 1200 places par an. Il s'est avéré ici

- 1) qu'un nombre plus important de places de formation postgraduée à lui seul ne suffit pas,
- 2) que les curricula de formation postgraduée doivent être axés sur les exigences côté fourniture des soins (p. ex. suivi de patients malades chroniques et/ou multimorbides),
- 3) qu'il faut coordonner les concepts de formation postgraduée entre les disciplines, les associations et les universités,
- 4) que les besoins en termes de fourniture des soins dans les régions périphériques/rurales nécessitent une attention particulière,
- 5) que les initiatives en matière de gouvernance sont accompagnées et/ou évaluées par la recherche sur la fourniture des soins.

L'Angleterre suit actuellement une voie très complète avec ce qu'elle appelle le *Shape of training*, un concept qui tend à réorganiser la formation postgraduée médicale à l'échelle nationale et pour toutes les orientations professionnelles. Le concept prévoit que

- 1) les besoins des patients soient des moteurs essentiels pour la manière dont les médecins reçoivent une formation postgraduée,
- 2) la répartition technique au sein du corps médical entre généralistes et spécialistes soit adaptée de manière dynamique aux besoins,
- 3) les curricula de formation postgraduée soient moins axés sur des prescriptions quantitatives, mais davantage sur des compétences cliniques,
- 4) les compétences cliniques puissent couvrir l'ensemble du spectre des patients allant de ceux atteints de maladies aiguës jusqu'à ceux atteints de multimorbidité chronique et
- 5) qu'en cas de besoins, il soit possible d'acquérir, outre des compétences cliniques, des compétences académiques.

Conformément à ce concept, les futurs médecins suivent comme jusqu'à présent après la fin de leurs études ce que l'on appelle le *Foundation Programme*, d'une durée de deux ans et qui correspond à un internat postgradué dans des domaines stationnaires et ambulatoires. Le *Foundation Programme* suit la nouvelle structure de formation postgraduée, le *Broad based speciality training*, qui regroupe des disciplines médicales par thèmes liés au suivi des patients (p. ex. Santé psychique, Enfants en bonne santé, Femmes en bonne santé) et les réunit dans des cursus de formation postgraduée. Ceci est censé supprimer au moins en partie l'orientation disciplinaire de la profession médicale et familiariser les personnes suivant une formation postgraduée avec la pensée et l'action interdisciplinaires.

En France, la gouvernance a surtout lieu au niveau de la formation de base et/ou de la formation postgraduée précoce: après la 4^e année d'étude, tous les étudiants en médecine du pays passent sur 4 mêmes demi-journées un examen appelé ECN «Examen classant national» dans 9 dossiers cliniques. Sur la base du nombre de points obtenu à cet examen, les étudiants peuvent choisir une place en formation postgraduée dans une certaine discipline spécialisée (y c. médecine de famille) et/ou dans un certain établissement de formation postgraduée. Plus le nombre de points est élevé, plus le choix est vaste. En France, toutes les facultés de médecine doivent proposer un programme de formation postgraduée («3^e cycle») en médecine de famille. De plus, un grand nombre de cursus de médecin de famille sont extrêmement exigeants et présentent une structure méthodologique et didactique porteuse d'avenir. Cela contribue à rendre la médecine de famille en France nettement plus visible et à la positionner plus fermement que chez nous, par exemple.

Recommandations pour la Suisse

Les interventions de gouvernance de la formation postgraduée médicale et de l'exercice de la profession médicale dans ce domaine sont surtout efficaces lorsqu'elles tiennent compte de la complexité de l'entreprise, qu'elles voient la nécessité de la compréhension entre les différents acteurs, qu'elles laissent de la place au droit à l'autonomie pour le choix de la carrière médicale et l'exercice de la profession, qu'elles sont portées à grande échelle et ne servent aucun intérêt isolé. Plus les interventions de gouvernance sont isolées (comme par exemple en France), plus les effets secondaires non souhaités (et imprévus) sont importants. La gouvernance de la formation postgraduée médicale ne devrait donc pas être comprise comme un thème purement inhérent au corps médical, mais considérée dans le contexte de tous les groupes professionnels.

- Nous recommandons le lancement d'une discussion approfondie sur le thème qui inclue tous les acteurs essentiels. La valeur de cette discussion se situe non seulement dans la définition des bons modèles de gouvernance pour la Suisse, mais aussi dans l'implication de tous les acteurs et décideurs dans ce processus. Pour ce faire, il s'agira de déterminer si cette discussion approfondie doit avoir lieu dans des comités déjà existants et/ou dans de nouveaux comités.

La complexité et variabilité étant très importantes, la planification des besoins ne peut que se rapprocher d'une réalité dynamique. Dans ce contexte, il est important de reconnaître les limitations et de ne pas considérer la planification des besoins de manière ponctuelle, mais surtout comme un processus consensuel.

- Nous recommandons d'ancrer la planification des besoins dans la durée (comme par exemple aux Pays-Bas, avec une réorientation tous les deux ans), et de la considérer comme un résultat consensuel/de négociations entre les différentes parties prenantes. Pour accroître l'acceptation, les principes du processus devraient se baser sur des standards internationaux et ne pas constituer une voie suivie seulement par la Suisse.

Pour toute discussion autour des modèles et interventions de gouvernance, une base de données suffisante est indispensable. Elle doit permettre d'illustrer à la fois l'offre (médecins dans les différentes disciplines et régions, autres professions de santé) et les besoins (demandes en termes de prestations), et constituer la base pour des modélisations de prévisions.

- Nous recommandons ainsi de demander à une/des institution(s) d'évaluer des modèles d'analyse des besoins pour la Suisse et de les proposer aux décideurs. Cette évaluation comporterait également la mise en œuvre technique et esquisserait l'introduction en tant que base de gouvernance.

Les formations postgraduées médicales se caractérisent aujourd'hui par des objectifs d'apprentissage extrêmement spécifiques, et se basent pour la plupart sur des critères quantitatifs. Ceci offre d'un côté l'avantage d'une mesurabilité et d'un contrôle simples, mais rend d'autre part une discussion de fond plus difficile.

- Nous recommandons d'utiliser également immédiatement le sondage sur la pertinence et la qualité des curricula de formation postgraduée prévu par l'ISFM afin d'initier une discussion plus large et interdisciplinaire sur les objectifs d'apprentissage.

Un renforcement de l'attractivité, p. ex. pour une activité en cabinet de médecine générale dans des régions rurales, nécessite également un soutien financier ainsi que des conditions de travail convenables pour de jeunes hommes et femmes médecins.

- Nous recommandons l'encouragement de l'amélioration de la position des médecins de premier recours ambulatoires dans le système tarifaire Tarmed et l'initiation de modèles de soutien financier pour la mise en place de nouvelles formes de fourniture des soins ainsi que des cursus de formation postgraduée spécifiques dans les régions rurales. Etant donné que la décision de pratiquer dans des régions rurales ne nécessite pas seulement des incitations financières, des formes de travail (plus) flexibles doivent par ailleurs être encouragées: possibilités de limitations de durées grâce à des rapports de travail correspondants et encouragement conséquent de structures soucieuses des familles (p. ex. places en crèches et possibilités de double carrière).

De plus, il est possible de déduire d'expériences internationales des pistes de réflexion complémentaires susceptibles de soutenir l'attractivité et l'efficacité de la formation postgraduée médicale. Ainsi, par exemple, l'emploi de jeunes médecins dans les hôpitaux juste après la fin de leurs études de médecine entraîne, en sus des avantages offerts par ce *Learning on the job*, de meilleures courbes d'apprentissage des personnes en formation postgraduée grâce à un grand nombre d'activités éloignées de ladite formation (p. ex. travaux administratifs). C'est pourquoi, dans la pratique internationale, des approches dans lesquelles la première voire les deux premières années est/sont consacrée(s) exclusivement à la formation et où les assistantes et assistants ne sont pas prévus pour être fournisseurs de prestations (p. ex. *Foundation Programme* au Royaume-Uni), font leurs preuves. Ceci permet une meilleure harmonie entre la formation postgraduée et l'activité professionnelle d'une part et la fourniture des soins d'autre part, ainsi qu'un encouragement plus ciblé du choix de la carrière médicale.

PD Dr Peter Berchtold
Dr Christof Schmitz
Anika Reichert
Prof. Dr. Volker Amelung
college M, Berne et inav, Berlin