

## **Gouvernance de la formation postgrade des médecins en Suisse**

### **Résumé du rapport final**

Sur mandat de

l'Office fédéral de la santé publique, unité de direction Politique de la santé, division Professions de la santé  
M<sup>me</sup> Maria Hodel, co-responsable de la section Registre des professions de la santé

D<sup>r</sup> Philipp Dubach, Kilian Künzi, Thomas Oesch, D<sup>r</sup> Laure Dutoit, Livia Bannwart

Berne, le 25 août 2014

## Résumé

### Introduction

La **gouvernance de la formation postgrade des médecins** donne lieu à d'intenses discussions dans de nombreux pays. Certains craignent qu'en l'absence de mesures adéquates, la médecine de premier recours soit sous-représentée au sein du corps médical par rapport aux autres spécialités. En outre, il existe un risque de pénurie de médecins dans certaines zones rurales ou périphériques.

C'est dans ce contexte que la plate-forme « Avenir de la formation médicale », gérée par l'OFSP, a commandé deux rapports. Le premier étudie les dispositifs mis en place dans différents pays pour gouverner la formation postgrade des médecins (Berchtold et al. 2014). Le second – c'est-à-dire le présent rapport – décrit la **situation actuelle en Suisse**. Son principal but est d'analyser les instruments implicites et explicites de gouvernance qui permettent d'expliquer le poids respectif des différentes spécialités au sein du corps médical et la répartition géographique des médecins. Par ailleurs, il vise aussi à rassembler les principales données sur la démographie médicale en Suisse et à déterminer si la répartition des médecins entre les spécialités ou entre les régions est problématique ou pourrait le devenir.

Ces objectifs se déclinent en **trois volets** :

- **Premièrement**, le rapport retrace, en s'appuyant sur des données statistiques, l'évolution des parts respectives des différentes spécialités et de la distribution géographique des médecins au cours des 10 à 20 dernières années.

- **Deuxièmement**, il examine les raisons qui guident les jeunes médecins dans le choix de leur spécialité ou de leur lieu d'installation.

- **Troisièmement**, il présente les instruments disponibles en Suisse pour orienter la répartition entre les spécialités ou entre les régions.

**Au niveau méthodologique**, le rapport se fonde sur une évaluation des données individuelles du registre des professions médicales et de la statistique médicale de la FMH, sur une revue de la littérature et une analyse de documents et sur 19 entretiens semi-directifs menés avec des représentants d'institutions qui participent ou seraient susceptibles de participer au gouvernance de la formation postgrade des médecins en Suisse.

### Répartition entre les spécialités et entre les régions

#### *Évolution du nombre de médecins*

Sur la base de la statistique médicale de la FMH, le nombre des médecins en exercice a augmenté de

plus d'un cinquième entre 2003 et 2013, pour s'établir à 33 200. En 2013, cet effectif se répartissait entre 17 600 médecins travaillant dans le secteur ambulatoire et 15 600 dans le secteur hospitalier. Comme une partie des médecins-assistants ne sont membres d'aucune organisation de médecins, le nombre réel des médecins hospitaliers est certainement plus élevé. Selon la statistique des hôpitaux, qui se fonde sur des données administratives des établissements hospitaliers, environ 21 900 médecins travaillaient dans les hôpitaux suisses en 2012.

#### *Évolution des parts respectives des spécialités*

Compte tenu des sources disponibles, il est difficile de décrire comment la composition de l'**ensemble du corps médical** a évolué au cours des 10 à 20 dernières années. En revanche, on peut distinguer des tendances à long terme au niveau des **titres postgrades fédéraux délivrés**, qui découlent, d'une part, de l'influence des progrès médico-techniques et, d'autre part, du besoin des jeunes générations de médecins à bénéficier d'horaires de travail plus contrôlés et plus prévisibles (« *controllable lifestyle* »). Les spécialités qui ont connu une croissance supérieure à la moyenne depuis 1990 sont, entre autres, la neurochirurgie, la néphrologie, l'oncologie médicale, la radiologie, l'anesthésiologie, la neurologie et la psychiatrie.

#### *Représentation des femmes et parts respectives des spécialités*

La plus grande représentation des femmes dans la médecine a aussi un impact sur la répartition entre les spécialités, même s'il y a lieu de souligner que les **préférences de chaque sexe en la matière** peuvent être sujettes à des variations. La croissance supérieure à la moyenne relevée pour les titres postgrades de pédiatrie est la conséquence directe de l'augmentation du nombre de femmes. À l'inverse, les femmes choisissent moins certaines spécialités qu'elles ne le faisaient il y a 15 à 20 ans, notamment la psychiatrie et l'anesthésiologie. Enfin, elles se dirigent maintenant plus vers la chirurgie, même si elles y restent sous-représentées.

Dans l'ensemble, la **part des femmes parmi les médecins en activité** est passée de 32 % en 2003 à 39 % en 2013. Alors que leur proportion est restée stable dans le secteur stationnaire (environ 43 %), elle a augmenté en ambulatoire, passant de 23 % à 35 %. En chiffres absolus, pendant que le nombre d'hommes s'est maintenu aux alentours de 11 400 en ambulatoire, les effectifs de femmes y ont pour leur part quasiment doublé, marquant une hausse de 3500 à 6100. L'augmentation du nombre de médecins doit toutefois être considérée avec une certaine prudence en termes de couverture médicale,

et ce pour la raison suivante : à cause de leur engagement en moyenne plus important dans la vie familiale, les femmes travaillent plus souvent à temps partiel que leurs collègues masculins. Il faut cependant souligner que les hommes expriment plus souvent qu'avant le souhait de réduire leur taux d'activité. La croissance du temps travaillé dans le secteur ambulatoire est donc a priori moins forte que la hausse du nombre de médecins, qui s'élève à 18 %.

#### *Immigration et parts respectives des spécialités*

Au cours des dernières années, le nombre de médecins étrangers qui se sont établis en Suisse a connu une augmentation plus forte que celle des effectifs ayant terminé leur formation universitaire et postgrade en Suisse. Ce phénomène touche tant les hôpitaux que le secteur ambulatoire : pour la seule période 2008-2013, la proportion de médecins « suisses » dans les établissements hospitaliers est passée de 73 % à 62 %, tandis qu'elle a diminué de 87 % à 77 % chez les médecins établis en cabinet.

Cela confirme dans l'ensemble un **renforcement de la dépendance de la Suisse** vis-à-vis de l'étranger en matière de couverture médicale. Lors des entretiens avec les experts, les représentants de certaines spécialités ont en outre mis en évidence le **risque d'un sureffectif** de médecins. À ce titre, il faut distinguer deux groupes de médecins étrangers :

- les personnes qui ont étudié la médecine à l'étranger avant de suivre leur formation postgrade en Suisse ;
- les médecins qui sont arrivés en Suisse après avoir achevé leur cursus.

Le second groupe revêt une importance particulière quant à la question d'un éventuel sureffectif de médecins. En effet, les différentes spécialités chirurgicales y sont surreprésentées et ces médecins exercent rarement dans les domaines relevant de la médecine de premier recours. L'ampleur exacte de l'arrivée en Suisse de médecins ayant terminé leur cursus reste toutefois empreinte d'incertitude. Depuis la levée du gel des admissions, on a assisté à une forte hausse des reconnaissances de titres étrangers. Cependant, la statistique médicale de la FMH offre un panorama un peu différent : si le nombre de médecins appartenant à cette catégorie connaît une hausse, celle-ci y apparaît plus modeste. Selon cette statistique, les disciplines dans lesquelles les effectifs de médecins établis titulaires d'un titre postgrade étranger a au moins doublé entre 2010 et 2013 sont la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique, l'urologie, l'oto-rhino-laryngologie, la cardiologie, la gastroentérologie et la psychiatrie.

#### *Analyse de la couverture médicale*

Il n'est pas possible de se prononcer de manière définitive sur l'existence – ou sur l'apparition à court terme – d'une sous-couverture ou, au contraire, d'une couverture trop importante dans certaines disciplines ou certaines régions. Il est communément admis que les principaux défis concernent la médecine de premier recours et la faible densité de médecins dans les zones rurales ou périphériques. Les entretiens avec les experts montrent en outre que la pédiatrie et la psychiatrie risquent de manquer de médecins et que les hôpitaux rencontrent des problèmes de recrutement dans certaines spécialités.

Les données disponibles ne permettent pas de procéder à une analyse continue de la couverture médicale actuelle ou de son évolution possible. Pour ce faire, **il faudrait disposer de statistiques** qui permettraient de croiser les informations sur le développement de l'offre avec celles concernant la demande ou les besoins. Il existe certes différentes études ponctuelles, notamment des travaux commandés à des organisations médicales ou à des institutions de la santé. Toutefois, il n'y a pas de système de suivi et de diagnostic qui assurerait une continuité et offrirait une vue globale.

Par conséquent, **il manque les bases qui permettraient d'assurer une véritable gouvernance** de la répartition des médecins entre les spécialités et entre les régions et les créer nécessiterait une volonté de dialogue et un fort engagement des acteurs de la politique de santé. De tels efforts seraient très souhaitables. Comme il n'est pas possible de définir de manière complètement objective des seuils à partir desquels la couverture est insuffisante ou excessive, il serait primordial de travailler de manière participative et consensuelle. Développer cette base statistique pourrait fortement aider à objectiver les débats, à identifier des champs d'action concrets et à définir des mesures efficaces.

#### **Motivations présidant au choix de la spécialité et du lieu d'installation**

##### *Choix de la spécialité*

Une bonne moitié des futurs médecins **choisissent leur spécialité** pendant leurs études, même si ce choix n'est pas forcément définitif. Si l'on considère la quatrième année de la formation postgrade, la grande majorité des médecins ont alors décidé de préparer un titre postgrade particulier.

**Durant la formation universitaire**, les experts estiment que les expériences concrètes réalisées pendant les stages et l'année à option sont déterminantes pour l'établissement de préférences quant à la future spécialité. Cette position rejoint le point de

vue exprimé par les étudiants de sixième année dans des enquêtes. Les autres facteurs importants mentionnés par les étudiants sont la polyvalence du domaine, les contacts avec les patients et la facilité à concilier vies professionnelle et familiale.

**Pendant la formation postgrade**, les expériences pratiques dans les lieux de formation jouent un rôle essentiel. Selon les experts, la question de la conciliation entre travail et vie privée gagne en importance à cette période. Les femmes y accordent généralement plus d'importance que les hommes, même si, dans l'ensemble, on assiste à un profond changement des mentalités à ce sujet au sein des jeunes générations de médecins.

L'**attractivité économique** donne lieu à différentes analyses. Dans les questionnaires, les étudiants en médecine lui accordent un faible poids, tandis que les experts interrogés estiment pour leur part que ce facteur revêt une certaine importance pendant la formation postgrade sans être toutefois déterminant. La médecine de famille et la psychiatrie constituent des cas particuliers : il semblerait que les faibles perspectives économiques qu'elles offrent en comparaison avec les autres spécialités atténuent leur attractivité. Les études économiques établissent un lien assez étroit entre les perspectives de revenu et le choix de la spécialité. Néanmoins, elles montrent aussi que les conditions de travail et, en particulier, la charge de travail estimée jouent un rôle comparable sinon plus important.

#### *Établissement en cabinet et choix du lieu d'installation*

Il existe peu d'informations pour la Suisse concernant la **décision de s'établir en cabinet** et le choix du lieu d'installation. Plusieurs recherches montrent que, pendant la formation postgrade, il y a toujours environ un quart des médecins qui aspirent à une carrière en cabinet et un quart à une carrière en hôpital, tandis qu'une petite proportion souhaite poursuivre sur la voie académique. Pour les autres étudiants, les projets professionnels varient ; vers la fin de la formation postgrade, ils sont aussi nombreux à choisir de pratiquer en cabinet qu'à l'hôpital. Certains experts font état d'une diminution marquée de l'intérêt à exercer en cabinet. Le souhait de s'établir dans un **cabinet de groupe ou un centre de soins** est quant à lui largement documenté, seule une petite minorité des jeunes médecins envisageant de s'installer dans un cabinet individuel.

Concernant le **lieu d'installation**, des études allemandes attribuent à la qualité du cadre de vie familiale l'influence la plus forte, suivie par le poids des gardes et les tâches administratives. En outre, avoir

grandi à la campagne augmente fortement la probabilité d'envisager de s'installer dans une zone rurale. Le rôle joué par les perspectives de revenu est une fois encore apprécié de différentes manières : l'importance de ce facteur varie de moyen à fort selon les études.

#### **Instruments de gouvernance**

Lors de l'inventaire des instruments susceptibles d'orienter la répartition entre les spécialités ou entre les régions, une distinction est opérée entre moyens explicites et implicites. Les **instruments de gouvernance explicites** visent directement à influencer les parts respectives des spécialités au sein du corps médical ou la répartition géographique des médecins. Pour les **instruments de gouvernance implicites**, ces effets ne sont qu'une conséquence indirecte ou involontaire. Comme exemples de mécanismes implicites, on peut citer le fait que les jeunes adultes ayant une affinité pour la médecine de famille puissent être désavantagés lors des examens qui restreignent l'accès aux études de médecine ou l'évolution du nombre de places de formation postgrade dans les différentes spécialités due à des décisions ponctuelles de médecins-chefs ou de directions d'hôpital.

#### *Instruments explicites existants*

La plupart des instruments de gouvernance attestés sont de nature implicite. Les instruments explicites quant à eux poursuivent avant tout un objectif : **renforcer la médecine de famille ou de premier recours**. Au niveau de la formation postgrade – le principal axe de la présente étude –, ce sont surtout deux mesures qui ont été mises en œuvre en ce sens : la création d'un titre postgrade en médecine interne générale (au sein du cursus médecin de famille) et l'instauration de l'assistantat au cabinet.

Parallèlement, des décisions visant le même objectif ont été prises dans d'autres domaines : au niveau de la formation universitaire, il faut citer la création des instituts pour la médecine de famille, la possibilité de faire un stage dans le cabinet d'un médecin de famille, une plus forte présence de la médecine de famille dans la formation et la refonte du catalogue des objectifs d'apprentissage. Au-delà de la formation, des incitations financières en faveur de la médecine de premier recours ont été introduites avec la révision du Tarmed et des tarifs de laboratoire. En outre, le gel des admissions permet aux cantons – du moins théoriquement – de mettre en place des mécanismes visant à renforcer la place de la médecine de premier recours dans la répartition entre les spécialités.

Un phénomène suscite moins de discussions que le précédent thème : **le risque de sureffectifs dans**

**certaines spécialités.** Ce sujet est surtout évoqué par certaines organisations de médecins, parfois aussi par les cantons, même si ces derniers ont davantage à l'esprit la variation du nombre total de médecins du secteur ambulatoire que l'évolution des parts des différentes spécialités. À ce titre, les organisations envisagent de mieux contrôler l'accès aux formations postgrades et de limiter cet accès en appliquant des critères de qualité. Concernant l'installation en cabinet, le gel des admissions compte une fois de plus parmi les potentielles mesures de régulation.

S'il existe des mesures directes permettant d'**orienter la répartition géographique des médecins**, aucune ne relève de la formation universitaire ou postgrade. Les moyens d'action au niveau fédéral restent à ce titre extrêmement limités, car les politiques des cantons et des communes, voire les initiatives des organisations cantonales de médecins, sont toujours déterminantes sur ce plan. Il s'agit avant tout d'instaurer des structures incitatives visant à rendre plus attractives les conditions de travail et les perspectives économiques des médecins exerçant dans les zones rurales ou périphériques.

#### *Pistes pour renforcer la gouvernance*

Les instruments de gouvernance identifiés dans le domaine de la formation postgrade portent sur l'enseignement de compétences ainsi que sur le partage d'expérience et la transmission d'informations. Les interventions de ce type s'insèrent mal dans une politique de gouvernance, qui devrait avoir un effet à court ou à moyen terme.

Aussi faut-il se demander **dans quelle mesure la formation postgrade telle qu'elle est organisée actuellement convient à une gouvernance plus fin**, qui aurait alors un caractère plus prescriptif. Sur la base des entretiens avec les experts, de la littérature et de l'analyse de documents, il convient de **considérer cette possibilité avec précaution**, et ce pour diverses raisons en partie liées :

- **L'offre de formation postgrade est définie par rapport aux besoins de fonctionnement.** Pour qu'une gouvernance soit possible, il faudrait définir le nombre et la nature des places de formation postgrade en fonction des besoins futurs en médecins, ce qui est quasiment impossible dans le système actuel : la formation postgrade se déroulant principalement dans les hôpitaux et étant surtout axée sur la pratique, l'offre de places se fonde d'abord sur les besoins de fonctionnement des établissements de formation. L'interrogation principale que suscite ce système est de savoir dans quelle mesure il permettra de répondre de manière adéquate aux futurs besoins médicaux du secteur ambulatoire.

- **Les médecins en formation postgrade peuvent organiser librement leur cursus.** En Suisse, les programmes postgrades présentent par comparaison une structure assez libre. Les jeunes médecins bénéficient d'une grande marge de manœuvre pour concevoir leur programme de formation. En outre, ils peuvent en principe librement choisir le moment auquel ils arrêtent le choix de leur future spécialité, raison pour laquelle il est difficile de piloter les parts respectives des différentes spécialités au niveau de la formation postgrade. Cette gouvernance doit presque forcément intervenir à un stade avancé du cursus postgrade.

- **Il n'existe pas d'instance centrale dotée de compétences de gouvernance en matière de couverture médicale.** Tant l'élaboration que la mise en œuvre de la formation postgrade sont principalement du ressort des organisations de médecins. Il ne serait pas indiqué que celles-ci assument librement la gouvernance de la formation postgrade, qui repose sur des objectifs généraux dépassant le cadre des disciplines particulières. Même si l'ISFM, en tant qu'organe central de la FMH compétent pour la formation postgrade, peut grandement influencer la définition des programmes et la reconnaissance des établissements de formation, il ne dispose pour l'heure pas de compétences explicites pour orienter la répartition entre les spécialités ou entre les régions.

- **Le critère déterminant est la qualité.** Dans la formation postgrade des médecins, la qualité est le critère déterminant pour définir des normes, octroyer des autorisations et opérer une sélection entre les candidats. Ce principe vaut tant pour l'ISFM que pour toutes les institutions impliquées dans ces formations. Lorsque les institutions prennent des mesures pour orienter la répartition entre les spécialités ou entre les régions, elles doivent les justifier par des arguments relatifs à la qualité. Or les décisions relevant d'une volonté de gouvernance et celles fondées sur des considérations qualitatives ne se recoupent pas toujours totalement. Par conséquent, les mesures de gouvernance motivées par la couverture médicale introduites au niveau de la formation postgrade ont tendance à souffrir d'un déficit de légitimité.

Compte tenu des difficultés à influencer efficacement la répartition entre les spécialités au niveau de la formation postgrade, certains experts ont proposé lors des entretiens d'**intervenir en amont, au niveau de la formation universitaire**. Cette option suscite de grandes divergences entre les experts. Concrètement, il s'agit de déterminer si le master doit déjà donner lieu à une forme de spécialisation, ce qui, d'une part, limiterait ensuite le choix entre

les programmes postgrades et, d'autre part, ouvrirait la voie à l'instauration de mesures de régulation au début du master.

Les opposants à cette option considèrent qu'il serait prématuré de prendre ces décisions à ce moment et craignent que s'installent des différences de réputation entre les spécialisations de master. Ce qui est certain, c'est que ces mesures constitueraient une gouvernance assez approximative, qui ne permettrait pas d'agir sur les parts respectives des différentes spécialités. En outre, il faudrait compter un décalage d'une dizaine d'années entre leur introduction et le moment où elles déploieraient leurs effets (soit le temps nécessaire entre le début du master et la fin de la formation postgrade).

Pour l'heure, la seule mesure de gouvernance explicite ayant une fonction manifeste de régulation est le **gel des admissions**. Ce dispositif peut en principe influencer la répartition entre les spécialités au sein du corps médical. Toutefois, le manque de bases de données et de seuils faisant consensus qui définissent où commencent et où terminent le sur- et le sous-effectif complique autant l'acceptation de cet instrument que son utilisation efficace. En l'absence d'accord sur les bases statistiques, la gouvernance même est extrêmement difficile et revêt un grand potentiel de conflit.

