

# **ORGANISATION DE LA FORMATION POSTGRADUÉE MÉDICALE EN FILIÈRES DIFFÉRENCIÉES SELON DES OBJECTIFS ACADÉMIQUES, HOSPITALIERS OU DE PRATIQUE PRIVÉE : ÉTUDE PRÉLIMINAIRE**

Susy Wagnières, Jean-Daniel Tissot et Sandra Deriaz  
Direction médicale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

Adresse : Direction médicale du CHUV, Rue du Bugnon 21, CH-1011 Lausanne  
([susy.wagnieres@chuv.ch](mailto:susy.wagnieres@chuv.ch))

Mots clés : formation postgraduée, filières de formation ABCDX, médecins assistants, relève académique, relève hospitalière

## RESUME

Nous montrons ici qu'il est possible pour les chefs de service d'un hôpital universitaire d'envisager une organisation (ou orientation), en filières A, B, C et D(X), de la formation médicale en fonction d'objectifs de formations définis.

**Filière A** : Relève Académique (carrière académique)

**Filière B** : Besoins hospitaliers (carrière non académique dans un hôpital publique)

**Filière C** : Cabinets, Cliniques (carrière en pratique privée ou en clinique privée)

**Filière D** : Divers (pour les médecins qui ne se destinent pas à la spécialité du service qui les accueille).

**Orientation X** : plan de carrière non encore arrêté

Cette approche devrait permettre de planifier plus finement et de manière différenciée les plans de formation postgraduée afin de permettre aux candidats d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de leurs spécialités dans un environnement bien défini.

## RIASSUNTO

Siamo in grado di dimostrare che, per i capi servizio di un ospedale universitario, è possibile prevedere un'organizzazione (o un orientamento) in indirizzi A,B,C e D (X) della formazione medica in funzione di definiti obiettivi di formazione.

**Indirizzo A** : Avvicendamento in ambito accademico (carriera accademica)

**Indirizzo B** : Necessità ospedaliera (carriera non accademica in un ospedale pubblico)

**Indirizzo C** : Studi medici, Cliniche (carriera presso studi medici privati o in cliniche private)

**Indirizzo D** : Diversi (per i medici che non sono orientati verso le specialità del servizio presso cui sono accolti).

**Orientamento X** : piano di carriera non ancora stabilito

Questo approccio dovrebbe consentire di pianificare più dettagliatamente e in modo differenziato i piani di perfezionamento dei medici al fine di permettere ai candidati di acquisire le necessarie competenze all'esercizio delle loro specializzazioni in un ambito ben definito.

## Introduction

En Suisse, c'est la loi sur les professions médicales (LPMéd) qui régit la formation ainsi que l'exercice des professions. La confédération mandate l'Institut Suisse pour la Formation Médicale postgraduée et continue (ISMF) comme instance centrale compétente en la matière, pour tous les médecins, les institutions et les pouvoirs publics. Des tâches législatives telles que la promulgation de la réglementation pour la formation postgraduée et continue font partie de ses attributions. L'ISFM édicte un programme détaillé de

formation tant postgraduée que continue pour chaque spécialité en collaboration avec les sociétés de disciplines médicales.

Les médecins diplômés peuvent ainsi organiser leur formation postgraduée à la carte. Il n'y a pas de concours pour l'obtention des postes de formation. La liste des exigences définies par l'ISFM doit être complétée et finalement le médecin peut passer un examen fédéral et ainsi obtenir un titre de spécialiste. La durée de la formation postgraduée est en général fixée à 5 ou 6 ans pour obtenir le titre de médecin spécialiste, mais il n'est pas rare de voir des médecins ayant passé plus de 9 ans dans différents services hospitaliers et qui n'ont toujours pas obtenu de titre (âge moyen pour l'obtention d'un titre de spécialiste est de 37 ans [1]).

Dans un contexte de pénurie médicale [2] et de bouleversement des financements hospitaliers (introduction du système de forfaits par cas ; SwissDRG) qui exclu le financement de la formation, la réorganisation de la formation postgraduée figure dans les programmes prioritaires du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Les attentes sont multiples. La formation doit répondre aux besoins de la population, répondre aux besoins de fonctionnement de l'hôpital et de ses services spécialisés voire hyperspécialisés, et finalement assurer une relève académique, hospitalière, de médecine de premier recours.

Afin d'améliorer l'efficacité du cursus de formation postgraduée, notamment en mettant en adéquation la durée de formation avec les objectifs professionnels, nous proposons une orientation précoce des médecins assistants selon des objectifs particuliers de formation. Dans chaque discipline, la formation selon ces orientations est spécifique et implique une formation avec des objectifs adaptés.

**Filière A :** Relève Académique (pour les médecins se destinant à une carrière principalement à orientation académique, médecins cadres universitaires voire de certains hôpitaux cantonaux)  
**Filière B :** Besoins hospitaliers (pour les médecins se destinant à un poste de médecin cadre prioritairement non académique : éventuellement CHUV, FHV, Hôpitaux cantonaux partenaires)  
**Filière C :** Cabinets, Cliniques (pour les médecins se destinant à une activité de type premier recours ou en clinique privée)  
**Filière D :** Divers (pour les médecins qui ne se destinent pas à la spécialité du service qui les accueille)

**Orientation X :** plan de carrière non encore établi (pour les médecins en début de carrière, dont les objectifs ne sont pas encore définis, devrait rester une exception, sauf si les plans de carrières sont construits plus tardivement, mais au moins deux ans avant l'obtention du titre de médecin spécialiste ISFM/FMH).

## Méthode

Au CHUV, la formation postgraduée médicale est sous la responsabilité des chefs de services qui organisent la formation dans leurs disciplines respectives en tenant compte des exigences de l'ISFM. Par ailleurs, la direction générale a créé en 2008 une structure centralisée placée sous la direction conjointe du Doyen de la Faculté de biologie et de médecine (FBM) de l'Université de Lausanne (UNIL) et du Directeur général du CHUV avec la Direction médicale. Cette structure - appelée Ecole de formation postgraduée - a pour mission d'organiser la formation non spécifique pour toutes les spécialisations, d'assurer un contrôle de la qualité de la formation dans les spécialités et d'aider à la planification de la relève pour les besoins académiques, hospitaliers et de médecine de premier recours.

Dans ce contexte, la Direction médicale a souhaité rencontrer chaque chef-fe de service. Ces entretiens avaient pour objet de connaître la vision des chef-fe-s de service quant à l'organisation de la formation postgraduée et aux conditions de travail. En outre, lors de ces visites, le nouveau concept de formation selon les filières ABCD leur a été présenté.

Après un temps de réflexion, les chef-fe-s de service ont été invités à nous faire part de la répartition actuelle des postes selon ces critères et celle qu'ils envisagent pour 2015. La demande de répartition des postes en fonction des filières ABCD(X) permet d'analyser le développement des filières ABCD(X).

Par ailleurs, lors des rencontres avec les chef-fe-s de service un questionnaire leur a été remis. Ce dernier contient des questions relatives à la démographie médicale du service, les modalités et les conditions de la formation avec une évaluation de certains critères qui, selon la littérature, facilitent une conciliation entre vie professionnelle et vie privée et attirent les médecins en formation.

Les résultats de l'analyse du questionnaire servent pour l'évaluation de la formation. Nous avons rencontré 55 chefs de service dont 5 femmes (9%). Nous avons parfois rencontré plusieurs personnes pour un même service (partage de la fonction, succession). Nous avons remis 49 questionnaires et reçu 40 en retour, soit un taux de réponse de 82% des services et représentant 82% des médecins en formation.

Pour l'analyse des résultats, nous avons choisi de regrouper les spécialités en 8 catégories. Six ont été définies dans le registre des codes créanciers par Santé suisse en 2004 et généralement utilisées dans les rapports de l'observatoire de la santé en Suisse (OBSAN). Nous avons ensuite adapté les groupes en lien avec l'activité hospitalière et avons dû rajouter deux groupes comprenant les spécialités propres à une activité hospitalière et celles propres à une activité hospitalière universitaire.

Catégories	Utilisées dans le domaine ambulatoire	Adaptation pour l'activité hospitalière
1. Médecine de base	Médecine générale, médecine interne sans mention de sous-spécialité, médecins praticiens FMH et cabinets de groupe.	+ Gériatrie
2. Pédiatrie		+ Néonatalogie, unité multidisciplinaire de santé des adolescents
3. Gynécologie	Gynécologie et obstétrique	
4. Médecine spécialisée avec activité chirurgicale	Chirurgie, chirurgie pédiatrique, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, urologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ophtalmologie	+ Service de transplantation
5. Médecine spécialisée sans activité chirurgicale	Allergologie et immunologie clinique, angiologie, cardiologie, dermatologie et vénéréologie, rhumatologie et médecine physique et réadaptation, endocrinologie / diabétologie, hématologie, gastro-entérologie, infectiologie, médecine tropicale et médecine des voyages, néphrologie, neurologie, oncologie médicale et pneumologie	+ Microbiologie, pathologie, radiodiagnostic et radiologie, médecine nucléaire, radio-oncologie
6. Psychiatrie	Psychiatrie et psychothérapie (adulte et enfants)	+ Psychiatrie de liaison
7. Services spécifiques hospitaliers		+ Services des urgences, soins intensifs, anesthésiologie
8. Services spécifiques universitaires		+ Pharmacologie et toxicologie médicale, génétique médicale, médecine légale, neuropsychologie et neuroréhabilitation, médecine

Finalement pour une analyse globale, nous avons regroupé les catégories 1, 2, 3, et 6 pour la médecine dite de premier recours et les catégories 4, 5, 7 et 8 pour la médecine dite spécialisée.

Afin de déterminer le nombre de médecins, nous avons utilisé pour le CHUV, les données démographiques institutionnelles complétées pour les 4 instituts affiliés (Centre pluridisciplinaire d'oncologie (CePo), la Policlinique médicale universitaire (PMU), l'Hôpital Ophtalmique Jules-Gonin et l'Institut universitaire romand de santé au travail (IURST)) avec les données récoltées via le questionnaire.

## Résultats

### EN 2010, ON COMPTE AU CHUV

**1'432** médecins; les médecins agréés n'étant pas pris en compte

**684** médecins assistant-e-s (54% de femmes)

**411** chef-fe-s de clinique/adjoint-e-s (48% de femmes)

**337** médecins cadres (21 % de femmes)

**42** programmes de formation postgraduée sont proposés au CHUV (sur les 45 définis par l'ISFM)

**Commentaire** : il faut relever que les réponses des chefs de service quant au nombre de médecins dans leur service via le questionnaire, diffèrent parfois considérablement des données fournies par la direction des ressources humaines (ci-après DRH). Effectivement, ces dernières correspondent aux attributions budgétaires selon les services. Il est ainsi possible qu'un médecin, bien que sous la responsabilité d'un chef de service, soit rémunéré par un autre service ou sur le fonds du département. Pour la statistique globale, nous avons choisi de retenir les chiffres de la DRH comme référence.

### Evaluation de la formation

Le questionnaire comprenait trois parties :

1. Evaluation de la formation
2. Evaluation des conditions de formation postgraduée médicale permettant une conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle
3. Evaluation de l'orientation en 4 filières

Le questionnaire contenait 32 questions en lien avec la formation, notamment des questions sur l'offre de formation, le parcours du médecin en formation, ainsi que sur l'évaluation tant du médecin en formation que de la formation. Nous présentons ici les réponses à celles qui nous semblent les plus pertinentes :

#### Parcours du médecin en formation :

Il existe une Commission d'engagement dans le service : 74% oui / 26% non

Les critères d'engagement sont décrits : 33% oui / 58 % non / 9% sans réponse

Un plan de carrière pour chaque médecin en formation existe : 62% oui / 38% non

---

#### Offre de formation :

Un réseau de formation dans la spécialité existe : 68 % oui / 26% non / 7% sans réponse

Les médecins peuvent évaluer leur formation : 93% oui / 7% non

### Evaluation du médecin en formation :

Les objectifs individuels de formation sont évalués : 88% oui / 12% non

L'évaluation du médecin en formation est périodique : 90% oui / 7% non / 2% sans réponse

**Commentaire :** le processus de recrutement constitue un élément clé. Ces résultats illustrent la nécessité d'avoir une procédure ainsi que des critères d'engagement décrits permettant au candidat de savoir quel profil est attendu et d'éviter toute discrimination. Actuellement, il n'existe pas de plan de carrière pour chaque médecin ce qui peut engendrer des malentendus. Un système de parrainage n'est pas la règle dans les services, pourtant il peut apporter une aide concrète au plan de carrière pour les médecins en formation.

### Orientation selon les 4 filières

Le questionnaire contient 4 questions en lien avec l'organisation en filières A, B, C, D.

	Oui (%)	Non (%)	Sans réponse
Existe-t-il des critères pour chaque filière	40	60	
Existe-t-il des critères pour la relève académique	77	21	2
Existe-t-il des critères pour la relève hospitalo-universitaire	70	26	4
Existe-t-il des critères pour la relève en médecine de premier recours	42	51	7

**Commentaire :** ces résultats illustrent, dans le contexte d'une mise en place d'un concept de formation selon les critères ABCD, la nécessité de formuler ces critères d'orientation de façon objective. Il doit y avoir des critères communs selon les filières et spécifiques selon la spécialité. Ils devront être accessibles aux médecins en formation, afin que ces derniers connaissent les exigences, et ainsi puissent être à même d'anticiper leur orientation et éviter toute discrimination. De plus, des objectifs de formation devront être formulés selon ces filières et régulièrement évalués.

Par la suite, les chef-fe-s de service ont été invités à nous faire part de la répartition actuelle réaliste de tous les postes du service selon les filières ABCD(X) et celle qu'ils envisagent pour 2015. Trente trois chefs de service ont répondu, y compris 3 affiliés (Hôpital ophtalmique, la PMU et l'IURST). Cela équivaut à un taux de réponse de 67% des services représentant 71% des médecins en formation.

Pour la répartition des postes selon les filières, on observe les variations suivantes entre 2010 et 2015 :

2010 Filière	A	B	C	D	%	2015 Filière	A	B	C	D	%
<b>MA (405.5)</b>	39.5	96.5	202	67.5	46.3	<b>MA (447.5)</b>	65.5	96	223.5	62.5	45.6
<b>CDC (272.9)</b>	65.5	108.8	93.6	5	31.1	<b>CDC (272.5)</b>	77.5	101	92	2	27.7
<b>MC (198.2)</b>	143.2	47	7	1	22.6	<b>MC (262)</b>	192.5	60.5	6	3	26.7
<b>Total (876.6)</b>	248.2	252.3	302.6	73.5		<b>Total (982)</b>	335.5	257.5	321.5	67.5	

%	28.3	28.8	34.5	8.4		%	34.2	26.2	32.7	6.9
---	------	------	------	-----	--	---	------	------	------	-----

En règle générale, les services souhaitent augmenter leurs effectifs. Seuls 7 ne le souhaitent pas. Souvent une meilleure répartition entre les niveaux (MA, CDC et MC) est souhaitée, en faveur d'une augmentation des postes de médecins cadres.

Il faut relever la part importante de chefs de clinique orientés en filière C actuellement et dans les prévisions de 2015. Selon nos données, nous ne pouvons différencier les chefs de clinique adjoints n'ayant à priori pas terminé leur formation et les chefs de clinique qui l'ont terminée car ceux-ci remplissent la même fonction. Idéalement, lorsqu'un médecin a terminé sa formation, il devrait pouvoir s'installer. Toutefois, il est usuel, et la situation s'est probablement accentuée depuis 2003 en raison de l'application de la clause du besoin, que les médecins restent à l'hôpital en attendant une opportunité d'installation dans le secteur privé. Comme ce moratoire [3] est toujours d'actualité pour les spécialités, la tendance pourrait se poursuivre. Toutefois, il est courant, indépendamment des possibilités d'installation que les médecins restent encore 2 ou 3 ans après l'obtention de leur titre de spécialiste. Ceci peut être interprété de plusieurs manières : d'une part comme un « temps de redevance » tacite, étant donné que ces médecins formés sont indispensables à l'encadrement des plus jeunes et, d'autre part, on pourrait concevoir que ces médecins ne se sentent pas encore prêts à se lancer sur le marché, au quel cas la formation doit être mise en question. Finalement pour les spécialités, le Parlement n'offre pas d'alternative. Il sera très important de s'assurer que ces personnes ont, grâce à leur formation, toutes les clés en main pour effectivement entrer sur le marché, et ainsi qu'elles n'occupent pas pour une durée prolongée des postes de chefs de clinique avant leur installation. Les personnes auraient dû être orientées pour les besoins hospitaliers (B).

TABLEAU DES REPARTITIONS ABCD, EN 2010 SELON LES 8 REGROUPEMENTS

Catégorie 1 : médecine de base (médecine interne et PMU)

Filière (2010)	A	B	C	D	TOTAL	%
MA	3	21	68	0	92	72.4
CDC	5	11	16	0	32	25.2
MC	3	0	0	0	3	2.4
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>32</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
%	8.7	25.1	66.1	0	100	

Catégorie 2 : pédiatrie

Filière (2010)	A	B	C	D	TOTAL	%
MA	3	6	42	2	53	34.7
CDC	11	12	39	0	62	40.5
MC	31	7	0	0	38	24.8
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>25</b>	<b>81</b>	<b>2</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
%	29.4	16.3	53	1.3	100	

Catégorie 3 : gynécologie

Filière (2010)	A	B	C	D	TOTAL	%
MA	3	7	13	0	23	48.9
CDC	2	8	6	0	16	34.1
MC	8	0	0	0	8	17.0
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>100</b>
%	27.7	31.9	40.4	0	100	

Catégorie 4 : médecine spécialisée avec activité chirurgicale

Filière (2010)	A	B	C	D	TOTAL	%
MA	5	15.5	23	21	64.5	46.5
CDCa/CDC	11.5	16.8	10	3	41.3	29.8
MC	23.8	9	0	0	32.8	23.7
<b>TOTAL</b>	<b>40.3</b>	<b>41.3</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>138.6</b>	<b>100</b>
%	29.1	29.8	23.8	17.3	100	

Catégorie 5 : médecine spécialiste sans activité chirurgicale:

Filière (2010)	A	B	C	D	TOTAL	%
MA	19	29	26	27	101	43.7
CDC	25	26	6.6	0	57.6	24.9
MC	51.4	15	6	0	72.4	31.3
<b>TOTAL</b>	<b>95.4</b>	<b>70</b>	<b>38.6</b>	<b>27</b>	<b>231</b>	<b>100</b>
%	41.3	30.3	16.7	11.7	100	

Catégorie 6 : psychiatrie

Filière (2010)	A	B	C	D	TOTAL	%
MA	5	9	18	1	33	38.8
CDC	5	18	15	1	39	45.9
MC	6	6	1	0	13	15.3
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>2</b>	<b>85</b>	<b>100</b>
%	18.8	38.8	40	2.4	100	

Catégorie 7 : services spécifiques hospitaliers

Filière (2010)	A	B	C	D	TOTAL	%
MA	1	4	6	11	22	36.7
CDC	3	13	1	1	18	30.0
MC	13	6	0	1	20	33.3
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>60</b>	<b>100</b>
%	28.3	38.3	11.7	21.7	100	

Catégorie 8 : services spécifiques universitaires

Filière (2010)	A	B	C	D	TOTAL	%
MA	0.5	5	6	5.5	17	48.6
CDC	3	4	0	0	7	20.0
MC	7	4	0	0	11	31.4
<b>TOTAL (127)</b>	<b>10.5</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>5.5</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
%	30.0	37.1	17.1	15.8	100	

Les deux tableaux ci-dessous représentent la répartition selon les filières ABCD des postes de médecins assistants et chefs de cliniques en formation en médecine de premier recours (médecine interne, pédiatrie, gynécologie et psychiatrie) et en médecine spécialisée.

Taux en 2010 selon les filières pour les postes de médecins assistants

Filière (2010)	A	B	C	D	TOTAL	%
Premier recours	14	43	141	3	201	47.3%
Médecine spécialisée	25.5	53.5	61	64.5	204.5	52.7%
<b>TOTAL</b>	<b>39.5</b>	<b>96.5</b>	<b>202</b>	<b>67.5</b>	<b>405.5</b>	
%	9.7%	23.85%	49.8%	16.7%		

Taux en 2010 selon les filières pour les postes de chefs de clinique

Filière (2010)	A	B	C	D	TOTAL	%
Premier recours	23	49	76	1	149	52.9%
Médecine spécialisée	42.5	59.8	17.6	4	123.9	47.1%
<b>TOTAL</b>	<b>65.5</b>	<b>108.8</b>	<b>93.6</b>	<b>5</b>	<b>272.9</b>	
%	24.0%	39.9%	34.3%	1.8%		

La médecine spécialisée oriente prioritairement sa relève vers les filières A et B, alors que la médecine de premier recours, au sens large du terme, oriente ses médecins vers la pratique privée (filière C) ( $p < 0.001$  ; test de Chi carré). Finalement, seule la médecine spécialisée offre des formations pour des médecins qui n'exerceront pas dans la spécialité (filière D).

## Encadrement

Le schéma ci-dessous représente l'encadrement des médecins assistants en formation par les chefs de cliniques et médecins-cadres en médecine de premier recours en comparaison avec la médecine spécialisée.

Pour le calcul des totaux nous avons utilisé les chiffres de la DRH et pour les affiliés nous avons pris les retours des questionnaires.

2010	MA	CDC	MC	MC/MA	CDC/MA	(MC+CDC)/MA
TOTAL premier recours	238	177	72	0.30	0.74	1.05
TOTAL médecine spécialisée	446	234	265	0.59	0.52	1.12
<b>TOTAL</b>	<b>684</b>	<b>411</b>	<b>337</b>	<b>0.49</b>	<b>0.60</b>	<b>1.09</b>
Catégorie 1	88	44	13	0.15	0.50	0.65
Catégorie 2	67	59	30	0.45	0.88	1.33
Catégorie 3	25	15	8	0.32	0.60	0.92
Catégorie 4	137	79	75	0.55	0.58	1.12
Catégorie 5	182	83	111	0.61	0.46	1.07
Catégorie 6	58	59	21	0.36	1.02	1.38
Catégorie 7	96	51	45	0.47	0.53	1.00
Catégorie 8	31	21	34	1.10	0.68	1.77

**Commentaire** : le nombre de médecins cadres, par rapport au nombre de médecins assistants, est nettement plus élevé en médecine spécialisée qu'en médecine de premier recours ( $p < 0.001$  ; test de Chi carré). L'encadrement des médecins assistants est essentiellement effectué par les médecins cadres surtout pour les spécialisations avec activités chirurgicales et les services spécifiques universitaires.

## Conclusions

Il est indispensable de souligner ici qu'une planification selon les filières ABCD est complexe. Effectivement, il s'agit d'une part de planifier des postes de formation permettant à la fois de répondre aux besoins de la population, aux besoins de fonctionnement des hôpitaux et d'assurer une relève académique. D'autre part, il s'agit d'orienter les médecins dans les filières ABCD(X) pour répondre à ces mêmes besoins en tenant compte de leurs aptitudes et aspirations. Nous avons ainsi deux processus à priori distincts qui doivent se rencontrer dans un contexte de pénurie de médecins dans certaines disciplines.

On pourrait parler d'une planification idéale et d'une planification réelle se fondant sur le profil des médecins engagés. Ainsi, il s'agit en premier lieu de convenir avec ces derniers d'une orientation et ensuite d'assurer une cohérence entre leur profil et la planification idéale. Pour cela, le processus d'orientation doit être bien défini et rigoureux avec des objectifs fixés tant pour les médecins que pour la formation qui leur est donnée. L'orientation doit également être réévaluée périodiquement pour s'assurer qu'elle convient aux deux parties. De plus, il faut garantir une orientation à long terme des médecins qui aille au-delà des missions du service. Cela est particulièrement vrai pour les spécialités dites de base (pédiatrie, chirurgie générale et médecine interne générale, par exemple) étant donné que certains médecins ne font qu'une partie de leur parcours dans ces spécialités, mais ceci parfois durant de nombreuses années.

## Discussion

Il s'agit de demander à tous les chefs de service de faire une planification des postes selon les besoins évalués notamment par le collège de leur spécialité. Pour les spécialités dites générales il sera pertinent de définir leurs champs d'action.



Les chefs de service devront définir au sein de chaque spécialité d'une part quelles sont les conditions d'orientation pour chaque filière et, d'autre part ce qu'offre la formation en fonction des filières. Ces critères devront être accessibles à tous pour éviter tout malentendu. Des principes de base devraient être précisés.

Filière A : Thèse en médecine (plus biologie ou autre) et inscription à une Ecole doctorale avec préparation à la recherche et l'enseignement.

Filière B : Formation approfondie en management et éducation médicale

Filière C : Préparation précoce à l'installation en cabinet, connaissance des assurances sociales

Par ailleurs en cohérence avec ces prévisions il s'agit de définir avec le médecin assistant, idéalement avant son engagement ou sinon au plus tôt, quelle est l'orientation qui correspond le mieux aux deux parties. En cas de divergence, les ressources du Bureau Médecins de demain seront à disposition. L'orientation doit figurer clairement dans le plan de formation. Il s'agit également pour les plus grandes spécialités d'envisager un suivi par exemple au niveau du département voire de la direction médicale. Il est indiscutable que chaque orientation devra être réévaluée périodiquement en accord avec les deux parties.

Nous devons définir des indicateurs de conduite pertinents pour l'observation des résultats souhaités et mettre en place un observatoire de la démographie médicale du CHUV en étroite collaboration avec la Direction des ressources humaines et l'observatoire cantonal qui est en train d'être mis en place.

Références :

[1] E. Kraft, M. Hersperger, « Données et démographie : informatif et passionnant (4) » ; Bulletin des médecins suisses, 2009 ; 90 ; 39

[2] H. Jaccard Ruedin, F. Weaver, M. Roth, M. Widmer Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020, fact sheet OBSAN février 2009. Disponible sur le web : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=3205>

[3] Gel de l'ouverture des cabinets, Parlement suisse. Disponible sur le site web : <http://www.parlament.ch/e/mm/2009/pages/mm-sda-2009-01-16.aspx>