

# Formation postgraduée en médecine interne: que veulent les médecins en formation?

Drs LIONEL CARREL<sup>a\*</sup>, QUENTIN CHATELAIN<sup>a\*</sup>, STÉPHANE MOURAUX<sup>a</sup> et GATETE KAREGE<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2017; 13: 1532-7

**Le programme de formation postgraduée en médecine interne générale, qui permet l'obtention du titre de spécialiste est établi par l'Institut suisse de formation médicale (ISFM), organe de la FMH (Fédération des médecins suisses) en collaboration avec la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG). Celui-ci fixe notamment les étapes nécessaires de la formation et définit les outils permettant d'en évaluer la qualité. Toutefois, les objectifs spécifiques décrits ne sont pas toujours aisément atteignables, en particulier dans les services hospitaliers, pour des raisons notamment organisationnelles. Ceci ressort clairement des évaluations effectuées en cours de formation par les médecins assistants, et c'est pourquoi une implication plus active des médecins en formation dans l'organisation de la formation postgraduée en médecine interne paraît indispensable pour le maintien et l'amélioration de sa qualité.**

## Post-graduate education in internal medicine: what do residents want?

*The post-graduate education course in general internal medicine – which leads to the accreditation as a specialist – is established by l'Institut Suisse de Formation Médicale (ISFM), one of the organs of the FMH (Federation Medicorum Helveticorum) in collaboration with the Swiss Society of General Internal Medicine (SSGIM). This program sets inter alia the necessary learning steps and defines which tools are efficient in monitoring the teaching program. The specific goals defined in the course are not, however, easily reached, specifically in the internal medicine services of hospitals that are subject to organisational constraints. This is strongly highlighted in the assessments made by residents during these training years. It, therefore, seems necessary to implicate the residents more actively in the definition of the goals of their training to maintain and continuously improve the quality of their post-graduate education.*

## INTRODUCTION

La médecine interne générale est une spécialité prenant en charge des malades avec des pathologies variées, souvent complexes et intriquées entre elles, et nécessitant ainsi un savoir théorique et des compétences pratiques vastes. Cette spécialisation doit permettre de former des médecins polyvalents, pouvant exercer dans un cabinet de médecine interne

générale ou dans un centre hospitalier. De plus, elle est souvent la base nécessaire à une formation pour un autre titre de spécialiste, notamment dans les disciplines apparentées à la médecine interne. Les médecins nouvellement diplômés débutent leur formation postgraduée avec un riche bagage théorique, individualisant les pathologies, et basé sur une description « typique » souvent décalée par rapport à la réalité clinique. C'est la formation postgraduée qui permet de contextualiser ces connaissances et d'acquérir les compétences nécessaires à une prise en charge indépendante des patients complexes, rencontrés en pratique clinique. C'est pourquoi, la garantie d'une formation postgraduée théorique et pratique de qualité est essentielle pour assurer le développement de l'autonomie du futur spécialiste, lui permettant ainsi une prise en charge optimale de ses malades.<sup>1</sup> L'implication des médecins en formation dans l'établissement des programmes de formation nous paraît essentielle pour garantir une bonne concordance entre les attentes de ceux-ci et les objectifs de formation. Ainsi, la qualité de la formation doit être défendue de manière prioritaire, afin de permettre à chacun d'exercer son métier de spécialiste dans les meilleures conditions. Les auteurs de cet article, qui sont au début de leur formation en médecine interne, dans un service dit « périphérique », veulent apporter un regard personnel sur leurs exigences, leur perception de l'organisation et sur la qualité du programme proposé, et suggérer quelques pistes permettant de contribuer à son optimisation.

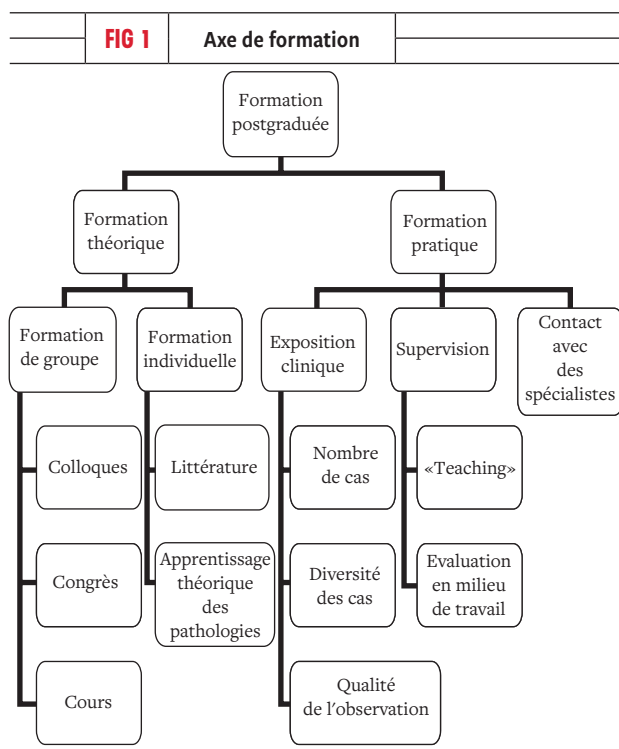
## ORGANISATION DE LA FORMATION POSTGRADUÉE

Traditionnellement, la formation postgraduée était valorisée essentiellement en fonction du nombre d'années de pratique clinique, l'exposition aux situations cliniques étant jugée suffisante pour assurer une qualité de formation. L'évolution s'est faite vers une évaluation plus centrée sur l'atteinte d'objectifs de compétences spécifiques, et la qualité de l'exposition clinique plus que sur la quantité. Une multitude de facteurs ont une influence sur la qualité de la formation: si le contenu du programme général de formation, avec les instruments de contrôle qu'il prévoit, est essentiel, l'application pratique dans les établissements de formation est probablement le facteur le plus significatif pour les médecins en formation.

En plus des caractéristiques professionnelles communes à toutes les filières, la formation postgraduée doit permettre d'acquérir des connaissances théoriques (savoir) et des

<sup>a</sup> Service de médecine interne, Hôpital de Nyon, GHOL, 1260 Nyon  
lionel.carrel@ghol.ch

\* Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.



compétences pratiques («savoir-faire» ou «savoir-pourquoi-faire») permettant au spécialiste de travailler de manière indépendante (figure 1). La formation théorique est acquise essentiellement par le travail individuel du médecin en formation, et se base sur la lecture individuelle, guidée et stimulée par les situations cliniques rencontrées, l'enseignement clinique, et les activités de formation structurées comme les colloques, les cours ou les congrès. L'atteinte des objectifs de formation pratique est également dépendante de manière prépondérante du travail individuel, mais l'enseignement pratique clinique, au lit du malade (bien que cela devienne de plus en plus rarement l'endroit où cet enseignement est dispensé) et la supervision par les formateurs, y compris les spécialistes impliqués dans la formation, jouent évidemment un rôle essentiel dans ce processus. L'exposition à une multitude de situations cliniques variées est alors primordiale pour permettre cet enseignement.

### PROGRAMME DE FORMATION POSTGRADUÉE EN MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE

En Suisse, le programme de formation postgraduée proposé depuis novembre 2016 par la SSMIG et l'ISFM<sup>2</sup> fixe la structure et les objectifs de formations théorique et pratique, et décrit les outils permettant l'atteinte de ces objectifs sur la durée minimale de la formation, fixée à 5 ans.

Au-delà du fait de permettre aux médecins en formation d'être «exposés» à des malades présentant des problématiques variées, les services reconnus pour la formation en médecine interne doivent mettre en place des visites cliniques – comprenant de l'enseignement – avec un médecin formateur au moins deux fois par semaine, et des périodes d'activités dans les services d'urgences et de soins intensifs.

La mise en place des outils d'évaluation sur le lieu de travail (*mini-clinical examinations*, appelés mini-CEX, et les observations directes de compétences techniques, ou DOPS (*direct observation of practical skills*)) est également obligatoire, tout comme l'organisation d'un nombre minimal de formations structurées internes (sous forme de colloques), y compris un journal-club hebdomadaire, et la possibilité de participer à trois jours de formation externe chaque année. Il faut relever que l'organisation des services et des tournus rend le déploiement de ces outils et la participation à ces activités de formation parfois difficiles. D'autres exigences, comme par exemple la possibilité de pratiquer des ergométries, sont également difficiles à satisfaire par une grande partie des services, pour des raisons organisationnelles.

L'évaluation de la formation est un autre élément important du programme, et chaque médecin en formation doit pouvoir bénéficier d'un entretien d'entrée lui permettant de faire le point sur les objectifs acquis et de déterminer ceux spécifiques de la période de formation, et doit être ponctué par la signature d'un contrat de formation. Sur cette base, une évaluation régulière de la progression est également obligatoire, au minimum une fois par année. A partir de cette évaluation, un certificat de formation est établi par le responsable de la formation postgraduée, attestant de l'atteinte des objectifs de formation; il est nécessaire pour la demande de validation du titre de spécialiste.

Par ailleurs, chaque service formateur est évalué annuellement par les médecins en formation par un questionnaire adressé par l'ISFM, qui vise à détecter les éventuels problèmes altérant la qualité de la formation et à adapter le programme général ou local en fonction de ces évaluations. C'est également un outil précieux pour les médecins en formation, dans la mesure où il leur permet de comparer les différents centres et ainsi de faire leur choix de postulation en fonction de leurs priorités ([www.registre-isfm.ch/default.aspx](http://www.registre-isfm.ch/default.aspx)).

### IMPLÉMENTATION PRATIQUE DU PROGRAMME DE FORMATION POSTGRADUÉE ET RÔLES DES FORMATEURS

Dans la pratique clinique, les conditions permettant d'acquérir des connaissances (savoir) et des compétences (savoir-faire) englobent prioritairement une exposition clinique régulière et dense à des pathologies diverses et variées, présentant des degrés de sévérité différents, et couvrant l'éventail d'activités de la médecine interne allant de la prise en charge ambulatoire à une hospitalisation en milieu de soins intensifs. Cette exposition doit évidemment être associée à un encadrement et une supervision adéquats, permettant au médecin en formation d'acquérir non seulement des connaissances et une expérience clinique étendue, mais surtout de développer son autonomie et son esprit critique. L'exposition clinique est très dépendante du type d'hôpital (régional, cantonal, universitaire), de la taille et de la classification du service de médecine interne, mais également de l'organisation des rotations et tournus dans les différents secteurs d'activité du service. En ce sens, l'accès à différentes spécialités de médecine interne, à la médecine intensive, ou aux urgences intra et extrahospitalières est une nette plus-value pour la qualité de formation.

## Formation théorique

L'acquisition des connaissances théoriques – le savoir – est basée essentiellement sur le travail individuel, mais les activités de formation structurées dispensées en groupe, sous forme de colloques ou de cours, ou lors de congrès, sont indispensables. Elles permettent de stimuler et d'orienter le travail individuel. De ce fait, elles doivent être axées sur la pratique clinique et traiter en priorité des pathologies fréquentes, dans un format dont la durée idéale est de 45 à 60 minutes. Enfin, celles-ci doivent être suffisamment fréquentes pour permettre à tous les médecins en formation de participer à un nombre minimal de séances, quelle que soit l'organisation des horaires. La focalisation sur des situations cliniques fréquentes permet une meilleure contextualisation des connaissances et une application immédiate dans la pratique quotidienne. L'interactivité, plutôt que l'écoute passive, est également à encourager, de même que l'inclusion de «take-home» messages synthétiques et contributifs pour l'activité clinique.

Pour sa part, la formation individuelle s'appuie avant tout sur la lecture personnelle. Le travail individuel permet de renforcer les connaissances de base nécessaires, en les densifiant et en les élargissant progressivement, en fonction des situations cliniques rencontrées et des activités de formation structurées. Consacrer régulièrement du temps pour sa formation est une discipline à acquérir, même s'il est souvent difficile d'intégrer ce temps avec notre activité professionnelle. Les outils à disposition sont les textbooks, les journaux médicaux (trois revues de médecine interne générale et une du domaine de la «médecine de famille» sont exigées par l'ISFM),<sup>2</sup> les bases de données de connaissance (*Up-To-Date* ou *Dynamed*), et les moyens technologiques récents comme les modules e-learning ou les MOOC (*massive open online course*). La sélection et la mise à disposition par les formateurs d'articles ou de documents de qualité, comme des colloques ou des résumés de conférence, permettent d'élargir encore les ressources disponibles. Selon le niveau de formation et les objectifs de la lecture, le choix des outils peut être variable, mais il doit être ciblé et se porter sur le canal de formation le plus approprié, même s'il n'est pas le plus simple ou le plus séduisant de prime abord.

L'apprentissage de la lecture est un autre aspect de la formation théorique: comprendre et décortiquer les travaux scientifiques, les études cliniques, et les articles de littérature médicale, permet de mieux savoir intégrer les nouvelles connaissances ou thérapies. Un colloque de type «Journal-Club» devrait donc être organisé chaque semaine, pour favoriser cet apprentissage.

## Supervision clinique

La supervision clinique par les formateurs est un élément central de la formation, et leur disponibilité au quotidien est un facteur-clé dans la qualité de la formation. Leur rôle dans la formation s'exerce notamment lors de la visite, devant la chambre et au lit du malade, et elle doit consister essentiellement en une interaction entre les formateurs et les médecins en formation, permettant d'aborder dans le contexte clinique, et de manière ciblée, les éléments de connaissances des patho-

logies (définition, épidémiologie, physiopathologie, pathologie) et de développer les compétences réflexives permettant la mise en place de stratégies diagnostiques et thérapeutiques (examens paracliniques et traitements): on peut alors parler de savoir-pourquoi-faire, ce qui constitue probablement l'objectif général de toute la formation. Cette activité de formation suppose une bonne relation entre les formateurs et les médecins en formation, ainsi que des compétences suffisantes, tant au niveau médical que pédagogique. La qualité de la formation n'est pas déterminée par le nombre de cas pris en charge, mais bien par la qualité de l'observation et de la prise en charge de ces cas.<sup>3</sup> En pratique, certains formateurs sont au bénéfice d'une expérience et d'un bagage qui ne sont parfois que marginalement supérieurs à celui des médecins en formation, ce qui rend cette tâche d'enseignement d'autant plus difficile.

Les outils d'évaluation en milieu de travail sont un autre élément essentiel de la formation: ils permettent au médecin en formation de juger dans un contexte clinique de l'évolution de ses connaissances et compétences, par une interaction formatrice (et non pas sommative) avec le formateur. Les mini-CEX et les DOPS sont des instruments validés permettant de préciser ce qui est acquis et ce qui pourrait être amélioré. Leur utilisation est associée à une meilleure acquisition de compétences cliniques et à une amélioration de la prise en charge des patients.<sup>4,5</sup> L'utilisation réelle de ces outils reste faible pour plusieurs raisons: d'une part, les médecins en formation peinent à voir l'intérêt de ces exercices, qui sont souvent assimilés à une perte de temps, avec une évaluation plus sanctionnelle que formative; et d'autre part, les formateurs ne sont pas toujours bien préparés à ce type d'évaluation et ne les considèrent pas comme une tâche de formation prioritaire. Enfin, le nombre minimal exigé très faible (4 par année) ne contribue pas à en généraliser la pratique.

La disponibilité des médecins spécialistes collaborant avec le service et qui s'engagent dans la formation est également un déterminant important de la qualité de la formation: ils peuvent apporter une analyse différente des situations cliniques, des connaissances et compétences complémentaires à celles des formateurs directs, permettant ainsi à la fois un élargissement et une densification du savoir et du savoir-faire, mais également susciter l'intérêt des médecins en formation pour leur spécialité, élément essentiel pour l'orientation professionnelle.

## AUTRES FACTEURS INFLUENÇANT LA QUALITÉ DE LA FORMATION POSTGRADUÉE

Parmi les nombreux facteurs externes influençant la qualité de la formation postgraduée, le temps disponible en fonction de l'organisation journalière est un élément-clé. Diverses observations concordent à démontrer qu'un médecin en formation consacre le plus clair de son temps à des tâches en lien avec la prise en charge des patients, mais passe au plus un quart de son temps de travail directement auprès d'eux.<sup>6-12</sup> L'observation récente réalisée au CHUV montre que le temps effectif consacré à la formation effective est de moins de 45 minutes pour les horaires de journée, et négligeable durant les horaires de nuit. Le temps dévolu à la supervision, qui peut également être

considéré comme de la formation, est de 60 minutes durant la journée, et 30 minutes durant la nuit.<sup>6</sup> Le travail administratif représente donc une grosse proportion de la journée, souvent au détriment de la formation, jugée moins prioritaire du point de vue du fonctionnement du service. Beaucoup de tâches administratives relèvent simplement d'une activité de secrétariat, ce à quoi le médecin en formation n'est pas destiné, et pourraient être déléguées à du personnel spécifiquement formé et compétent.<sup>12</sup> Toutes les mesures permettant une diminution des charges administratives doivent donc être encouragées, afin d'augmenter la présence des médecins auprès des patients et de libérer du temps dédié à la formation.<sup>6</sup> La mise à disposition de journées «académiques», déjà organisées dans certains services, libérant de manière planifiée des plages de temps dédiées à la formation individuelle, est également un moyen efficace d'augmenter le temps de formation, au prix cependant d'une organisation de service plus complexe.

Dans ce contexte, la limitation du temps de travail des médecins en formation est un sujet brûlant et débattu. Le compromis entre qualités de travail, de vie, et de formation est difficile à trouver. L'application de la loi sur le travail a probablement permis d'améliorer de nombreux aspects des vies professionnelle et personnelle des médecins en formation, mais parfois avec un certain sacrifice de la formation. En effet, une limitation trop poussée du temps de travail peut entraîner une fragmentation du travail et une perte de la continuité, diminuant effectivement l'exposition clinique et la qualité du suivi. Cette fragmentation est préoccupante, non seulement du point de vue de la qualité des soins, mais également de celui de la formation. Elle s'accompagne en effet indéniablement d'une diminution du temps dédié à la formation, ce qui devrait logiquement prolonger la durée de formation nécessaire à l'obtention d'un titre de spécialiste. Ceci n'est pas envisageable dans le contexte actuel du marché professionnel des médecins en formation. Cette problématique est bien mise en évidence par l'évolution de la limitation du temps de travail de nos collègues américains, avec ses effets positifs et négatifs mêlés.<sup>13</sup>

Enfin, un élément crucial dans le processus de formation est celui de la culture d'apprentissage du service: la diversité et la rareté des pathologies ne suffisent pas, alors que l'ambiance générale, le rôle de modèle des formateurs, ainsi que la valorisation du temps dédié à la formation, toujours dans un but de mieux servir les patients, encouragent et stimulent les médecins en formation. Ceci est indispensable pour entretenir et accroître la motivation individuelle et collective à travailler ensemble, non seulement pour «produire» le travail clinique, mais également pour se former. Un programme de formation individualisé, élaboré au début de l'engagement conjointement avec un «mentor», définissant des objectifs précis et mesurables, avec des échéances claires, est indispensable. Il doit être complété par des entretiens réguliers, si possible biannuels, permettant le contrôle des objectifs et la mise à jour du programme.

Finalement, reste le problème du financement des postes de formation: les coûts réels de la formation postgraduée n'étant pas clairement définis, un système de financement clair n'a jamais été imposé. La situation est donc très hétérogène selon les cantons et les hôpitaux. Actuellement, les montants spéci-

quement alloués à la formation ne sont que rarement réellement dissociés du salaire des médecins en formation. Ce sont donc les cantons et les caisses maladie, par l'intermédiaire de la facturation de la prise en charge des patients, qui financent ces postes. La planification du nombre de postes de formation est donc davantage guidée par l'organisation du service que par les besoins de formation, qui n'est de ce fait pas valorisée. La conférence des directeurs cantonaux a proposé un montant spécifique alloué aux services pour chaque certificat de formation postgraduée délivré.<sup>14</sup> Actuellement, une minorité des cantons ont signé cet accord et il existe encore des différences importantes d'un canton à l'autre. Mais l'application généralisée de cette mesure serait un net progrès, et permettrait l'allocation à la formation d'une somme déterminée, clairement stipulée dans le contrat d'engagement et dans celui de formation, qui assurerait ainsi un financement transparent de la formation.

## CONCLUSION

La garantie d'une formation postgraduée de qualité est essentielle pour les médecins en formation, probablement tout autant que les conditions et la durée du temps de travail. De nombreux facteurs déterminent cette qualité, mais beaucoup dépendent de la culture de formation du service et de l'implication des cadres dans cette tâche. Dans ce contexte, les médecins en formation doivent être associés au processus de développement du programme de formation et de son application dans la pratique clinique. Ceci doit également être le cas pour l'évaluation de la formation, et permettrait par exemple de développer des outils plus adaptés à la réalité de la formation, plus «séduisants» pour les formateurs et les apprenants, et donc plus applicables dans chaque service. Cela nécessite une implication personnelle des médecins en formation, souvent difficile au début du cursus de formation, mais essentielle pour garantir une bonne coordination entre les attentes des différents acteurs impliqués dans ce processus complexe.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- La qualité de la formation est une préoccupation essentielle des médecins en formation, et doit être prioritaire, au même titre que la défense des conditions et du temps de travail
- La culture de formation et l'implication des cadres formateurs sont des déterminants essentiels de cette qualité
- Une implication plus intense des médecins en formation dans l'organisation et le contrôle de la formation pourrait permettre de mieux prendre en compte leurs attentes et d'adapter les programmes généraux et locaux
- Le développement de l'utilisation des outils d'évaluation en milieu de travail (comme les mini-CEX (*mini-clinical examinations*) ou DOPS (*direct observation of practical skillset*) est une priorité, permettant un contrôle plus adapté de l'acquisition des connaissances et des compétences cliniques nécessaires à une prise en charge de qualité des patients

- 1 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet Lond Engl* 2010;376:1923-58.
- 2 ISFM. Spécialiste en médecine interne générale. 2016.
- 3 \* Alpert JS. Required Reading for Anyone Involved in Postgraduate Medical Education (Part 2). *Am J Med* 2015;128:929-30.
- 4 Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA* 2009;302:1316-26.
- 5 \*Montagne S, Jucker-Hupper P, Berendonk C, et al. Trois années d'expérience avec l'Evaluation en milieu de travail (Mini-CEX et DOPS) dans la formation postgraduée médicale. *Bull Med Suisses* 2010;91:4.
- 6 \*Wenger N, Méan M, Castioni J, et al. Allocation of internal medicine resident Time in a Swiss hospital: a time and motion study of day and evening shifts. *Ann Intern Med* 2017;166:579-86.
- 7 Ammenwerth E, Spötl H-P. The time needed for clinical documentation versus direct patient care. A work-sampling analysis of physicians' activities. *Methods Inf Med* 2009;48:84-91.
- 8 Mamykina L, Vawdrey DK, Hripcsak G. How do residents spend their shift time? A time and motion study with a particular focus on the use of computers. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2016;91:827-32.
- 9 Westbrook JI, Ampt A, Kearney L, et al. All in a day's work: an observational study to quantify how and with whom doctors on hospital wards spend their time. *Med J Aust* 2008;188:506-9.
- 10 Fletcher KE, Visotcky AM, Slagle JM, et al. The composition of intern work while on call. *J Gen Intern Med* 2012;27:1432-7.
- 11 Block L, Habicht R, Wu AW, et al. In the wake of the 2003 and 2011 duty hours regulations, how do internal medicine interns spend their time? *J Gen Intern Med* 2013;28:1042-7.
- 12 O'Leary KJ, Liebovitz DM, Baker DW. How hospitalists spend their time: insights on efficiency and safety. *J Hosp Med* 2006;1:88-93.
- 13 \*\* Asch DA, Bilimoria KY, Desai SV. Resident duty hours and medical education policy – raising the evidence bar. *N Engl J Med* 2017;376:1704-6.
- 14 Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Office fédéral de la santé publique. Financement de la formation postgrade des médecins. 2012.

\* à lire

\*\* à lire absolument