

Clause du besoin, filières de formation et séniorisation: quel avenir pour les jeunes médecins?

INTERVIEW DE CÉLINE DEHAVAY, CHLOÉ FRUND, AUDRAINE LE BOUDEC ET ROBIN DIOT PAR MICHAËL BALAVOINE

Rev Med Suisse 2023; 19: 193-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.812.193

La clause du besoin est de retour. Divisez le nombre de médecins d'une spécialité par son taux de couverture – opération sobrement baptisée F(1) par le Département fédéral de l'intérieur – et vous obtiendrez le nombre magique autour duquel la mesure gravite. En théorie, elle paraît logique, rationnelle et planifiée. Mais ce calcul simpliste est bien loin de la complexité des enjeux. Sa mise en application est chaotique et génère beaucoup d'incompréhensions. «Génération sacrifiée, nous sommes les pots cassés», se sont exclamés les principaux concernés lors de l'introduction de la clause du besoin, le 1^{er} octobre 2022 à Genève. Il s'agit de l'obstacle de trop dans le parcours kafkaïen qu'est la formation d'un jeune médecin. Au-delà de la clause elle-même, le projet romand *Réformer* cherche à transformer l'ensemble de ce trajet compliqué. Il est encore embryonnaire. Quoi qu'il en soit, entre filières de formation et séniorisation, le monde des médecins en formation dans les institutions est en pleine mue. Au-delà des formules-chocs qui ont fait les gros titres en automne dernier, que pensent les jeunes médecins de ces profondes mutations et du monde professionnel qu'on leur propose? Comme l'expliquent Céline Dehavay et Chloé Frund, de l'Association des médecins d'institutions de Genève (AMIG), ainsi qu'Audraïne Le Boudec et Robin Diot, de l'Association des médecins assistants et chefs de clinique du canton de Vaud (ASMAV), à la *Revue Médicale Suisse*, les jeunes demandent surtout à être écoutés et à participer aux discussions sur les changements en cours. Une interview à quatre voix qui donne quelques pistes simples pour améliorer la situation actuelle et clarifier l'avenir des jeunes générations de médecins.

Introduite le 1^{er} octobre 2022 à Genève et promise pour le printemps dans le canton de Vaud, la clause du besoin suscite une très forte réaction des médecins que vous représentez. Où en est-on aujourd'hui avec cette mesure?

Céline Dehavay (CD): Il est vrai qu'à Genève, on a entendu des mots très forts après la séance d'information que notre association a organisée en mai dernier. Il faut avouer que la manière dont les événements se sont déroulés donne l'impression d'un immense gâchis. Pendant longtemps, la Direction générale de la santé s'est voulue rassurante et nous a affirmé que tout se passerait bien. Il y avait aussi, probablement, très peu de clarté de leur côté. Les choses se sont précipitées lorsque Genève a annoncé, quelques mois avant les autres, vouloir l'introduire initialement au 1^{er} juillet 2022, alors que la Loi fédérale prévoyait un délai au 1^{er} juillet 2023. Le principal problème est l'enquête sur le nombre d'équivalents temps plein (ETP) de médecins par

spécialité, sur laquelle se base la mesure pour fixer les nombres maximaux. Elle semble vraiment avoir été bâclée. Répondre au questionnaire n'était pas obligatoire, d'où de très probables biais et d'importantes lacunes. Par ailleurs, le cas de médecins avec une double spécialité n'a pas été pris en compte. Tout comme le fait de savoir à quel volume de patients correspond un travail à temps plein, qui peut grandement varier d'un médecin à l'autre.

Vous contestez donc les données de base qui sont à l'origine de la mesure?

Chloé Frund (CF): Oui. C'est un des points les plus choquants de cette histoire. On aurait d'abord aimé plus de transparence. Mais surtout, ce qui est affolant, ce sont ces calculs qui semblent parfois sortis d'un chapeau de magicien et qui ne laissent la place à aucune exception, notamment les médecines de premier recours. Il nous semble évident que cette première ligne de soins aurait dû être épargnée. Par ailleurs, pourquoi ne pas limiter les mesures aux personnes finissant leur formation universitaire et écarter ceux qui sont déjà assistants ou chefs de clinique? Ce sont eux qui sont vraiment lésés et dont l'avenir est incertain.

Que vous n'avez pas été associés à la mise en place de cette clause apparaît aussi étonnant...

CD: Nous avons effectivement eu l'impression de ne pas avoir été consultés, dans les tractations qui ont mené à l'introduction de la clause, comme sur le projet de règlement. Les rares consultations ont été tardives et proposées suite à nos sollicitations. Ce manque de considération est quelque chose qui nous a beaucoup touchés. En fait, la précipitation qui a entouré la mise en place de la mesure semble avoir surtout répondu à un agenda politique. Cette manière de faire nous a laissé un grand sentiment de frustration.

Comment la mobilisation continue-t-elle pour les personnes en cours de formation, qui sont particulièrement touchées?

CD: Nous agissons dans deux directions. Un premier objectif est de réunir la commission quadripartite,^a qui joue un rôle consultatif pour lever les restrictions pour les médecines de premier recours. La procédure va pouvoir commencer. Il a fallu attendre le retour d'un recours de l'AMGe qui a essayé d'obtenir un délai suspensif de la mesure complète. Notre deuxième axe de mobilisation concerne les recours individuels.

La situation est-elle différente dans le canton de Vaud?

Audraïne Le Boudec (ALB): Oui. Nous sommes dans l'expectative. Il n'y a que peu d'informations, ce qui génère beaucoup d'incertitudes et de craintes sans que nous puissions y répondre pour l'instant. À titre individuel, j'ai été très marquée par l'inquiétude qu'entraîne cette clause du besoin chez les étudiantes

^a Un représentant des Hôpitaux universitaires de Genève, un représentant des cliniques privées, un représentant de l'Association des médecins du canton de Genève (AMGe), un représentant de l'AMIG.

et étudiants. Leurs questions montrent bien qu'il s'agit d'une préoccupation dont les conséquences risquent d'aller bien au-delà des médecins en formation dans les institutions.

Concrètement, vous ne pouvez donc pas faire grand-chose?

Robin Diot (RD): Nous en sommes à essayer de trouver un moyen pour nous introduire dans la discussion... Nous avons interpellé la conseillère d'État en charge de la santé et le médecin cantonal à ce sujet. Selon la loi, il est prévu que les parties concernées soient consultées. Si les autorités estiment que les médecins en formation ne font pas partie des personnes à mettre autour de la table, je pense qu'il y a vraiment un problème. Pour l'instant, il semble que la médecine de premier recours sera épargnée. C'est une bonne chose, mais il est indispensable que nous participions aux discussions pour éviter les mêmes problèmes qu'à Genève. Il y a actuellement une forme de flottement autour de cette participation. Ce que je crains, c'est qu'il y ait d'autres préoccupations qui passent avant la clause du besoin, comme l'engorgement des urgences et les problèmes de pénurie autour du personnel hospitalier. On risque de se retrouver dans une situation problématique au printemps avec, pour conséquence, un processus décidé dans la précipitation et donc potentiellement bâclé.

Il y a quelque chose de paradoxal avec cette mesure. D'un côté, on introduit la clause du besoin et, de l'autre, on ne cesse de dire qu'il y a pénurie. Comment expliquer ce double discours?

CD: On ne peut que constater les faits. L'argument des autorités est de dire qu'il y a trop de médecins, y compris pour la première ligne de soins. Dans la pratique, on observe plutôt le contraire. Il est souvent difficile de trouver un médecin traitant pour nos patients. Et lorsqu'il y en a un, il est souvent compliqué d'avoir des rendez-vous dans des délais raisonnables. Il y a donc un écart entre ce discours autour de la pléthore de médecins d'un côté et le manque de disponibilités de l'autre, vécu par bon nombre de patients. En revanche, il est vrai qu'il existe un problème de ratio entre spécialistes et généralistes en ville. La littérature indique que, pour faire une bonne médecine, pour assurer une prise en charge holistique, de la coordination et une forme de «gate keeping» sur les coûts, il faudrait un tiers de spécialistes et deux tiers de généralistes. La proportion actuelle est inverse, en tout cas à Genève. C'est un axe sur lequel il faudrait travailler.

Une des solutions pour éviter une mise en place autoritaire de quotas serait-elle de développer les formations sous forme de filières, comme le propose le projet Réformer?

RD: C'est en tout cas une possibilité. Le projet de ces filières de formation est de mettre en adéquation les besoins de santé publique avec les demandes de formation. Il existe déjà de nombreux réseaux de formation en Suisse romande, par exemple en anesthésie, en gynécologie, en orthopédie et en pédiatrie. En gros, il s'agit d'uniformiser et de rationaliser la formation avec des plans structurés et cohérents. À la fin du programme de formation, il y a, sinon une garantie, du moins une forte probabilité de débouchés dans la spécialité. En commençant par introduire la clause du besoin alors que le projet *Réformer* est embryonnaire, le politique a procédé à l'envers. Parce qu'évidemment, si après dix ans de formation et éventuellement l'investissement dans un fellowship à l'étranger, on vous dit qu'il n'y a plus de place pour vous, vous risquez de ne pas être tout à fait satisfait.

Ces filières seraient donc une bonne chose?

ALB: Oui, dans le sens où la qualité de la formation est quelque chose qui nous préoccupe beaucoup. Si ces filières sont bien coordonnées et organisées, elles éviteront probablement une forme d'errance des médecins en formation. Beaucoup d'entre eux sont obligés d'effectuer des années cliniques qui s'avèrent inutiles en termes de carrière.

Ces programmes structurés et coordonnés ne mettent-ils pas un autre type de pression sur les apprenants?

RD: C'est une de nos craintes. Dans ces formations continues, nous sommes en relation directe avec des superviseurs qui doivent nous évaluer. La démarche est moins objective qu'un QCM. Il peut y avoir des problèmes objectifs de compétences professionnelles, bien entendu. Mais des problèmes de relations interpersonnelles peuvent aussi naître dans le travail quotidien. Le risque existe, avec ces formations structurées, que si un jeune en formation commet une erreur à un moment, ou déplaît à un superviseur, il soit pénalisé pour l'ensemble de sa carrière dans la spécialité. On aimerait que des mécanismes soient mis en place pour essayer d'objectiver au maximum les évaluations. Ce n'est pas entièrement possible, mais c'est toutefois la seule manière d'assurer une mise en place de filières bienveillantes où, en particulier, l'apprenant puisse s'exprimer sans crainte, tout en gardant des moyens transparents et honnêtes d'évaluation pour préserver un niveau de formation élevé qui réponde aux exigences de qualité de chaque spécialité.

Devoir planifier sa carrière de manière rigide peut aussi s'avérer problématique pour un jeune en formation?

CD: Oui. D'un point de vue individuel, il faut pouvoir garder la possibilité de changer de voie. Nous sommes nombreux à avoir fait une année de chirurgie ou d'une autre spécialité, à avoir tâtonné avant de nous lancer définitivement dans une carrière. Ce n'est jamais vraiment perdu, mais l'Institut de formation médicale continue (ISFM) ne valide pas tout. Une filière d'orientation est prévue dans le programme *Réformer*. Je pense qu'elle est primordiale pour assurer une adéquation entre les souhaits initiaux des jeunes en formation et la réalité concrète du terrain.

Un autre sujet qui vous touche particulièrement est les nouveaux statuts de «sénior» dans les institutions. Est-ce une réponse satisfaisante au problème immédiat de la clause du besoin?

RD: Je ne sais pas si cette volonté est uniquement liée à la clause du besoin. Ce qui est certain, c'est que les différents niveaux de supervision sont extrêmement importants dans la formation. J'ai appris mon métier en tant qu'assistant, lorsque j'étais en première ligne. Comme c'est la règle, je me suis ensuite référé au chef de clinique, voire au médecin cadre. Ce n'est pas efficient en termes de coûts: trois médecins sont mobilisés. Par contre, en étant confronté au monde réel, tout en étant accompagné, on apprend beaucoup. On prend conscience de nos limites et, dans ces moments, nous sommes supervisés. De cette façon, on augmente nos compétences en permanence. Aujourd'hui, je crains que cette volonté de séniorisation réponde surtout à des objectifs managériaux. On crée de nouveaux statuts pour respecter la loi et le temps de travail hebdomadaire. Dans le canton de Vaud, un statut de médecin hospitalier a vu le jour. Il ne s'agit ni de chefs de clinique ni de médecins cadre. Ils ne sont plus protégés par la convention collective de

travail des médecins assistants et chefs de cliniques, ne peuvent pas bénéficier pleinement du statut de médecin cadre auquel ils ne sont qu'assimilés et sont souvent plus sollicités pour certaines tâches, notamment pour la garde. Le risque, c'est que ces médecins reprennent certaines activités cliniques des médecins en formation pour réduire le nombre de médecins impliqués dans certains processus et respecter le temps de travail hebdomadaire. Mais cela pourrait entraîner une diminution de l'exposition clinique des médecins en formation. Or celle-ci est déjà souvent trop faible, en raison du temps de travail dévolu à l'administratif. Il faut donc être extrêmement vigilants avec cette volonté de séniorisation. Elle pourrait bien péjorer la formation, avec des conséquences qui ne se verront que dans dix ou quinze ans. L'axe de travail à envisager sur cette question serait probablement plutôt dans le sens de la délégation de tâches non médicales à d'autres corporations.

Enfin, il n'est pas sûr que les institutions restent séduisantes pour les jeunes...

ALB: Autour de moi, j'observe en tout cas que les projets d'installation sont devenus la norme, alors que ce n'était peut-être pas l'objectif de nombreux jeunes médecins au début de leur formation. Les conditions de travail ne sont pas les mêmes en institution et en ville. Ne serait-ce qu'au niveau des temps partiels, très importants pour notre génération, qui souhaite avoir à côté de l'activité clinique d'autres engagements professionnels ou familiaux. Il existe un progrès dans les institutions, mais qui reste fortement lié au chef, à l'hôpital lui-même et à la spécialité.

À cela s'ajoute une charge administrative de plus en plus lourde...

CD: Il est vrai que la part de travail administratif est devenue vraiment trop importante. Une bonne documentation du dossier médical est certes un élément primordial dans la prise en charge du patient, mais nous n'avons pas fait médecine pour rester devant un ordinateur 90 % du temps. Si on ajoute à cela les horaires irréguliers et les week-ends, au bout de dix ou quinze ans, voire moins, plus personne ne veut faire ça.

RD: Nous avons de plus en plus l'impression que les médecins doivent adapter leurs pratiques aux demandes administratives ou des assurances au détriment de la clinique, avec des processus qui bloquent l'anticipation et qui sont de plus en plus chronophages et répétitifs.

Le mal-être tient-il seulement aux conditions de travail?

CF: Non. Il y a aussi le fait que, dans les institutions, on ne tient souvent pas compte des intérêts professionnels des personnes, notamment dans les sous-spécialités. L'essentiel du travail consiste à faire tourner le système et faire des gardes. Très peu de temps est laissé aux internes et aux chefs de clinique pour cultiver leurs centres d'intérêt et compétences spécifiques. Au bout d'un moment, une lassitude apparaît, liée à ces promesses toujours remises au lendemain de pouvoir développer les compétences vers lesquelles va notre affinité. Les médecins quittent aussi l'hôpital pour exercer et développer le domaine qui leur plaît dans leur spécialité.

Le corollaire est-il aussi que vous manquez d'autonomie dans les processus de travail eux-mêmes?

ALB: Oui. La formation des médecins dure très longtemps.

C'est un métier où, dès le début, on a beaucoup de responsabilités. Dès l'assistantat, on se retrouve en première ligne de garde. Et en même temps que ces tâches importantes, nous sommes astreints à tout un travail sous une forme infantilissante. Avec le temps et l'âge, ce paradoxe entre fortes responsabilités d'un côté et faible marge de manœuvre de l'autre fatigue énormément.

CF: En fait, on est rarement écouté. Qu'on veuille proposer des améliorations sur le plan administratif ou qu'on souhaite réorganiser une partie clinique pour répondre à des problèmes rencontrés sur le terrain, il est difficile de se faire entendre. Être proactif, faire des propositions, ne change généralement pas le fait que notre avis n'est pas pris en considération.

RD: Il y a une forme de manque de reconnaissance de ce que nous faisons tout au long de la formation. C'est une vraie perte pour tout le monde, de ne pas suffisamment être à l'écoute de notre motivation à participer à l'activité hospitalière, à son développement et à sa modernisation. Il y a encore pas mal de craintes de la part des médecins en formation à s'exprimer pour améliorer les choses, de peur qu'il y ait des conséquences pour la suite de leur carrière. Au sein de nos associations, comme l'ASMAV, nous tentons activement de nous positionner comme médiateurs afin de faciliter et de fluidifier ces types de processus.

À vous entendre, ce qui semble manquer, c'est une participation des médecins en formation dans les décisions structurelles des institutions?

ALB: Exactement. Si on a choisi ce métier, ce n'est pas pour faire trente heures par semaine et n'avoir aucune contrainte. Beaucoup de médecins plus âgés pensent que notre génération se résume à ça. Ce n'est pas vrai. Nous sommes motivés et prêts à travailler. Mais comme dans de nombreux autres secteurs non médicaux, nous demandons plus d'écoute et une véritable participation pour simplement mieux effectuer notre travail.

RD: Je pense aussi que la motivation des médecins en formation pour leur travail reste forte. Mais nous demandons que ce travail ait vraiment du sens et des moyens suffisants afin de pouvoir prendre en charge correctement nos patients. Pourquoi faire autant d'heures par semaine, sinon? Le ressenti subjectif du type de tâches que nous effectuons est devenu plus important que par le passé. Nos superviseurs n'ont pas connu cette situation et peuvent s'en trouver un peu désarçonnés. Mais il existe une place pour la négociation et le dialogue afin d'améliorer le vécu et la qualité du travail de tout le monde. Nous connaissons certains services dans lesquels l'écoute et la collaboration avec les médecins en formation sont croissantes et les premiers résultats très encourageants.

CD: C'est d'ailleurs dans les services où les médecins en formation sont intégrés au travers d'enquêtes de satisfaction et de feedbacks réguliers que les choses se passent le mieux. Tout le monde est prêt à faire plus d'heures quand il le faut, pour autant qu'il y ait quelque chose en retour. Je crois qu'instaurer ce type de rapports mutuels respectueux est décisif pour redonner aux jeunes le sentiment qu'ils font l'un des plus beaux métiers du monde.