

PROPOSITION METHODOLOGIQUE POUR ESTIMER LE
COUT DE LA FORMATION POST-GRADE DES MEDECINS
ASSISTANTS : APPLICATION AU CAS DE
L'ANESTHESIOLOGIE AU CHUV.

Claudia Foletti

REMERCIEMENTS

Au Docteur Jean-Jacques Chalé, qui a dirigé ce travail de mémoire

Au Professeur Donat Spahn, Chef du service d'anesthésiologie du CHUV qui m'a permis d'utiliser les données d'activité de son service

Au Docteur Nicolas Gilliard, Médecin-chef du service d'anesthésiologie du CHUV, pour son aide pratique et ses conseils

À tous les interlocuteurs qui ont participé à cette étude

À mon mari et mes enfants qui m'ont supportée patiemment durant la réalisation de ce travail

TABLE DES MATIERES

Remerciements	2
Table des matières	3
1. Introduction	5
1.1. Pourquoi s'intéresser à la formation post-grade des médecins ?.....	5
1.2 Etat des lieux.....	7
1.2.1 Confédération.....	7
1.2.2 Canton.....	8
1.2.3 Fédération des médecins suisses (FMH), Société suisse d'anesthésie et réanimation (SSAR) et Société européenne d'anesthésie ESA.	9
1.2.4 Centre de formation	10
1.2.5 En résumé	11
2. Quelques données chiffrées	12
<i>Premières constatations</i>	12
3. Méthode	14
3.1 Enquête sur le terrain : grille d'entretien.....	14
3.2 Etude de l'activité des médecins assistants du service d'anesthésiologie du chuv (centre de formation A1).....	15
4. Résultats	18
4.1. Etude qualitative.....	18
4.1.1. Accès à la formation post grade en anesthésiologie.....	18
4.1.2. Nombre de postes de médecin assistant en formation post grade d'anesthésiologie.....	19
4.1.3. Profil des médecins assistants en FPG d'anesthésiologie.....	19
4.1.4. Durée de la formation post grade en anesthésiologie	20
4.1.5. Prospective.....	21
4.2. Etude quantitative.....	23
4.2.1 Description de la population d'étude	23
4.2.2. Eléments constitutifs du coût de la formation	25
4.2.3. Une question de point de vue	27
4.2.4. Prestations médicales supplémentaires, non considérées dans les calculs ci-dessus.	29
5. Discussion – propositions	32
5.1. Etude qualitative.....	32
5.1.1. Accès à la formation post-grade en anesthésiologie.....	32
5.1.2. Nombre de médecins en formation d'anesthésiologie.....	32
5.1.3. Profil des médecins en formation d'anesthésiologie	33
5.1.4. Durée de la formation post grade en anesthésiologie	34
5.1.5. Prospective.....	34

5.2. <i>Etude quantitative, discussion des résultats</i>	36
5.2.1. <i>Activité et population étudiées</i>	36
5.2.2. <i>Calcul du coût de la formation post grade</i>	36
6. Conclusion	38
7. Tableaux	40
8. Glossaire	45

1. INTRODUCTION

1.1. POURQUOI S'INTERESSER A LA FORMATION POST-GRADE DES MEDECINS ?

La formation post-grade (FPG) des médecins, couronnée par un titre de spécialiste FMH, est confrontée à plusieurs problèmes liés à la crise du système de santé qui agite les pays occidentaux : qui paie cette formation ? (L'Etat, les Facultés de médecine, les patients, les assurances ?), existe-t-il une garantie sur la qualité de cette formation ? (exigences, contrôles), quelle est la réglementation en vigueur et comment est-elle appliquée ? existe-t-il une planification au sein des spécialités ?

Certains problèmes spécifiques à la Suisse compliquent encore la situation : application de la Loi sur le Travail aux médecins en formation, limitant leur temps de travail à 50 heures hebdomadaires ; ouverture des frontières aux médecins de l'union européenne ; impossibilité de s'établir en pratique privée jusqu'en 2008 (prolongation du moratoire sur l'accès à la pratique médicale à charge de l'assurance maladie obligatoire ou clause du besoin) ; exigence d'une garantie de qualité inscrite dans la Loi sur l'Assurance Maladie et, à l'horizon, le spectre de la levée de l'obligation de contracter.

Nous avons choisi de nous intéresser à la formation de spécialiste en anesthésiologie ; s'agissant d'une spécialité très technique, l'anesthésiologie requiert une formation complète au-delà de la formation médicale de base : formation théorique (connaissance des techniques et des substances utilisées), formation pratique (maîtrise des gestes techniques), formation de la personnalité (travail d'équipe, fiabilité, anticipation, résistance au stress). Les multiples aspects de cette spécialité en font un exemple complet de ce que doit contenir une formation post grade qui réponde aux exigences de qualité appliquées aujourd'hui à la médecine. Par ce travail nous voulons confronter les exigences légales et réglementaires de forme, de contenu et de durée de la FPG aux conditions de mise en œuvre de cette formation dans le canton de Vaud et au CHUV en particulier.

L'activité habituelle des médecins assistants dans un centre de formation est constituée de trois volets étroitement intriqués : la formation (théorique et pratique sous supervision), l'exécution de prestations médicales de façon autonome et éventuellement une activité de recherche. Actuellement, il n'existe pas de chiffres précis concernant le coût de la FPG en Suisse ; on admet généralement que la différence entre le coût des prestations fournies par des spécialistes et le coût effectif de ces prestations fournies par les médecins assistants en FPG devrait couvrir le coût de la FPG^{1 2}.

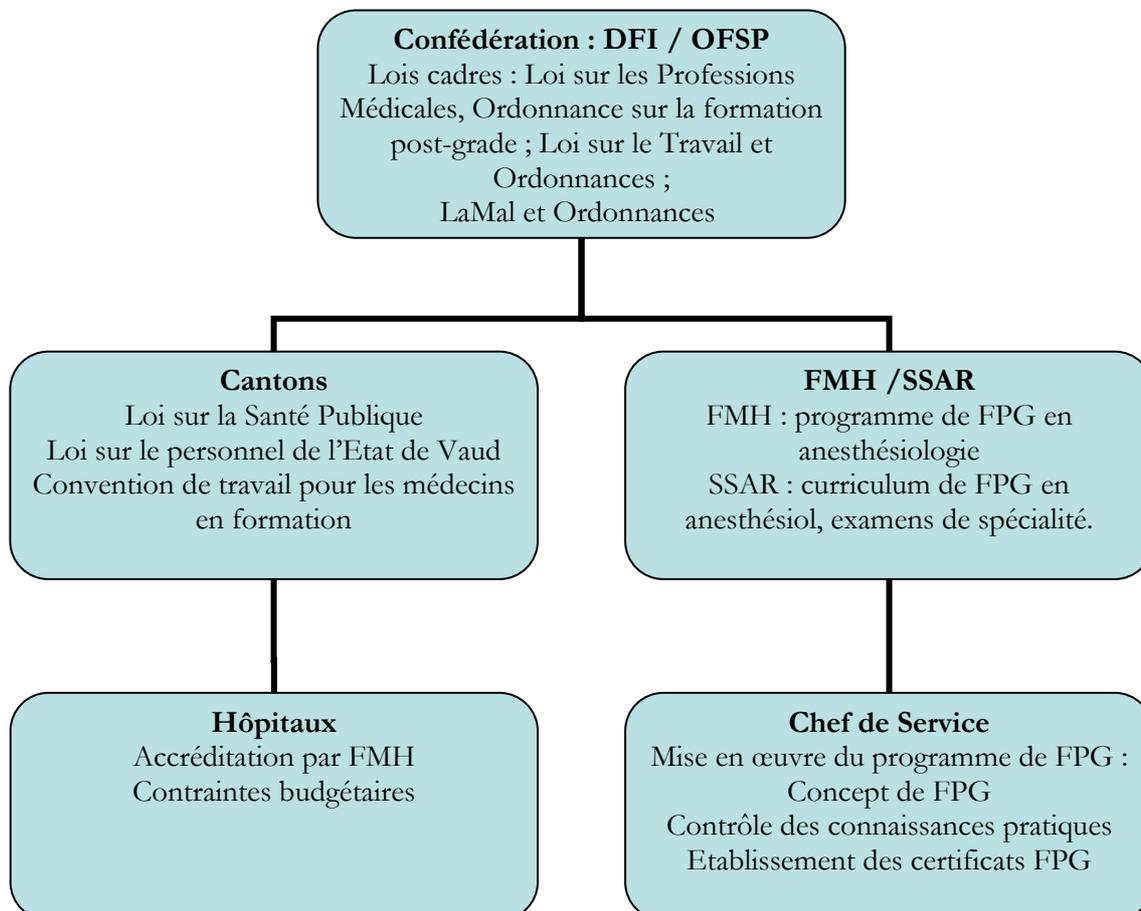
De plus, face à l'explosion des coûts hospitaliers et sachant que la loi sur l'assurance maladie³ exclut le financement de la formation post grade des médecins, nous essaierons de vérifier ce qui est communément admis (sans avoir jamais été prouvé) à savoir que le coût de la FPG est couvert par la participation du médecin assistant aux activités de l'institution qui l'emploie. Nous procéderons à une évaluation rétrospective en utilisant des données existantes du service d'anesthésiologie du CHUV à Lausanne en appliquant une forme simplifiée du calcul des coûts développé par Franzini⁴. Plusieurs équipes américaines (Franzini, Blewett⁵) ont développé des méthodes de calcul permettant d'estimer le coût de la FPG des médecins et dans quelle mesure les prestations médicales fournies par ces médecins en formation couvrent les coûts générés. La méthode de Franzini nous paraît intéressante : on y calcule le coût de remplacement c'est-à-dire le coût supplémentaire des prestations fournies sans supervision par les médecins en formation s'il étaient remplacés par des spécialistes ; ce coût de remplacement couvre les frais de formation dans l'unité de cardiologie de la Houston Medical School de l'Université du Texas. En adaptant cette

méthode aux données administratives du service d'anesthésiologie du CHUV, nous estimerons le coût de la FPG dans ce service et si le « coût de remplacement » des prestations fournies par les médecins assistants couvre leurs frais de formation.

Le choix de l'anesthésiologie comme objet de cette étude est également motivé par l'existence d'une base de données enregistrant systématiquement les prestations effectuées, leur durée, les acteurs (chirurgien, anesthésiste, personnel paramédical), les diagnostics, les caractéristiques du patient. L'utilisation d'une base de données existante permet une étude rétrospective rapide mais dont les résultats demanderaient toutefois à être validés par une étude prospective. Nous nous sommes limités ici à interroger la base de données enregistrant l'activité du service d'anesthésiologie du CHUV.

1.2 ETAT DES LIEUX

En matière de régulation de la FPG en anesthésiologie, on peut représenter schématiquement les compétences respectives de la manière suivante :



1.2.1 Confédération

La FPG des médecins anesthésistes, comme toute l'organisation de la santé en Suisse, dépend du Département Fédéral de l'Intérieur (DFI), et en particulier de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). DFI et OFSP délèguent les compétences organisationnelles et administratives en ce qui concerne la formation post grade des médecins à la Fédération des Médecins Suisses (FMH) et aux 47 sociétés de spécialistes, dont la Société Suisse d'anesthésie et réanimation (SSAR) dans le cas qui nous intéresse.

Au niveau fédéral s'appliquent notamment la Loi sur l'Exercice des Professions Médicales⁶ l'Ordonnance sur la formation post grade⁷, la Loi sur l'Assurance Maladie et ses Ordonnances⁸ et, depuis le premier janvier 2005, la Loi sur le Travail⁹ concrétisée au niveau cantonal par la Convention fixant les conditions de travail et de formation des médecins assistants et chefs de

clinique dans les hôpitaux d'intérêt public du canton de Vaud.

La **Loi Fédérale sur l'Exercice des Professions Médicales** fixe le cadre général de la formation post-grade, notamment les conditions d'accès à la FPG (porteur du diplôme de médecin), la durée de FPG (minimum 2 ans, maximum 6 ans, voire 10 ans pour des spécialités particulièrement exigeantes) qui peut être prolongée proportionnellement en cas de travail à temps partiel ; elle définit également les conditions de validation des stages en vue de l'obtention d'un titre de spécialiste. Un titre post-grade fédéral n'est délivré qu'au terme d'une formation dans le cadre d'un programme accrédité ; la loi définit les critères d'accréditation (valable 7 ans) d'un programme de FPG. Le coût de la formation est au moins partiellement compensé par la participation du candidat aux activités de l'institution qui l'emploie. Les titres post-grades en médecine confèrent le droit d'exercer la médecine à titre indépendant dans toute la Suisse. Les titulaires d'un titre post grade fédéral sont tenus de suivre une formation continue. Cette loi institue un comité de FPG, elle en définit les tâches ; elle délègue la compétence de l'organisation de la FPG aux organisations compétentes (Fédération des Médecins Suisses et sociétés de spécialistes). Toute modification des programmes de FPG doit être soumise au DFI.

L'Ordonnance sur la FPG et la reconnaissance des diplômes et des titres post-grades des professions médicales et ses annexes définit les buts de la FPG : approfondir et élargir les connaissances et aptitudes pratiques acquises pendant les études, acquérir expérience et sûreté dans la discipline choisie, approfondir le respect de la vie humaine, acquérir l'autonomie dans les situations d'urgence, maintenir et promouvoir la santé, prévenir les troubles de la santé, approfondir les connaissances du système de santé (économie), collaborer entre confrères, faciliter l'accès à la formation continue. Le Comité directeur tient un registre des porteurs des diplômes fédéraux ou étrangers reconnus ; les organisations responsables de la FPG tiennent un registre des porteurs de titres post-grades fédéraux ou étrangers reconnus. Les annexes de l'Ordonnance fixent la durée de FPG pour chaque spécialité.

Les accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes, entrés en vigueur en 2002, ont favorisé l'application de la **Loi sur le Travail** aux médecins assistant en formation post grade (1^{er} janvier 2004 dans le canton de Vaud, 1^{er} janvier 2005 pour toute la Suisse) et ont entraîné la révision des programmes de spécialisation dans le but d'unifier les exigences et d'assurer l'équivalence des diplômes au niveau européen.

1.2.2 Canton

Le canton est responsable de l'application de la LAMal et de l'ordonnance OAMal ; il organise les services de santé et la planification sanitaire au travers de la loi sur la Santé Publique; en application de la Loi du Travail, il règle les conditions de travail des médecins en formation post-grade par la Convention fixant les conditions de travail et de formation des médecins assistants et chefs de clinique dans les hôpitaux d'intérêt public du canton de Vaud ainsi que la loi sur le personnel de l'Etat de Vaud.

En particulier, la **loi sur la Santé Publique** (LSP) stipule que le Conseil d'Etat réglemente l'exercice des professions de la santé ainsi que les conditions d'accès à ces professions, il délivre les autorisations de pratiquer à titre dépendant et indépendant, précise que la fonction de médecin assistant correspond à une place de formation post-grade et de durée limitée (*contradiction avec la convention de travail ?*). Au chapitre de la formation aux professions de la santé, la LSP dit que l'Etat peut, en complément à l'Université, participer à la formation professionnelle.

La convention fixant les conditions de travail et de formation des médecins assistants et chefs de clinique dans les hôpitaux d'intérêt public du canton de Vaud¹⁰ précise que les médecins assistants ont un double activité, à savoir qu'ils secondent les médecins dont ils relèvent dans les soins cliniques, la recherche et l'enseignement d'une part et qu'ils effectuent une formation

post grade ou continue d'autre part ; cette double activité fait l'objet d'un plan de travail et d'un plan de formation négociés à l'engagement du médecin assistant, évalués une fois par an ou au moins à chaque changement de service (art 6). Les médecins assistants ont droit à une FPG dont les conditions doivent correspondre aux exigences définies par la Fédération des médecins suisses (FMH) et les différentes sociétés de spécialités médicales. Le temps de formation théorique et pratique fait partie du temps de travail. La durée hebdomadaire de la formation théorique doit correspondre au minimum à 3 heures hebdomadaires en moyenne annuelle. La formation pratique doit être intégrée dans l'activité clinique (art 7). Les médecins assistants sont engagés par contrats de durée indéterminée, résiliables à la fin de la durée de formation prévue (art 10). La durée du travail hebdomadaire ne peut en principe pas excéder 50 heures y compris la formation post grade et continue obligatoires, les pauses légales, le travail de nuit et du dimanche, le temps dévolu à des travaux de recherche exigés par le service (art 11). Les médecins assistants ont droit à 2 jours entiers de congé par semaine de travail dont au moins deux dimanches par mois (art 14). Les médecins assistants ont droit à 5 semaines de vacances par année civile (art 28).

Dans le cadre de la planification sanitaire cantonale et par le biais de l'allocation des budgets, le canton reconnaît la présence des médecins assistants en formation au sein des hôpitaux publics.

La loi sur le personnel de l'Etat de Vaud précise que l'Etat et les collaborateurs partagent la responsabilité du maintien d'une formation suffisante. L'autorité d'engagement peut imposer une formation nécessaire au maintien du niveau des prestations ; elle peut mettre temps et moyens à disposition. Le personnel de l'Etat de Vaud a droit, sur son temps de travail, à 3 jours par année de formation destinés au perfectionnement professionnel. Cette loi souligne encore que le collaborateur doit s'engager à fournir des prestations de qualité, avec efficacité et conscience professionnelle dans un esprit d'entraide et de collaboration¹¹.

1.2.3 Fédération des médecins suisses (FMH), Société suisse d'anesthésie et réanimation (SSAR) et Société européenne d'anesthésie ESA.

La FMH et 43 sociétés de spécialistes accréditées organisent et contrôlent la formation post grade.

La FMH, mandatée par l'OFSP est l'organisation professionnelle responsable de créer ou supprimer des titres de formation, de se prononcer sur les demandes et octrois de titres, de rédiger le règlement cadre de la formation post grade, d'obtenir une évaluation annuelle périodique des centres, de rédiger le règlement cadre des examens écrits et oraux des examens de spécialiste. Elle délègue ensuite à la SSAR de qualifier plus précisément le programme de formation post grade du spécialiste en anesthésiologie¹².

Dans son **programme de formation post grade de spécialiste en anesthésiologie**¹³, la **FMH** définit les lignes générales, le contenu de la formation post grade et sa durée (6 ans : 5 ans d'anesthésiologie dont 6 à 12 mois de médecine intensive ; 12 mois en médecine interne, chirurgie, pédiatrie, gynécologie obstétrique, médecine intensive ou pharmacologie clinique). Elle règle également le but, le contenu et les modalités de l'examen de spécialité : la réussite de l'examen de spécialiste constitue la preuve que le candidat maîtrise les connaissances nécessaires à la pratique de l'anesthésie chez les patients de toutes classes d'âge et de risques, pratique incluant la médecine d'urgence, les soins intensifs et le traitement de la douleur¹⁴. La FMH fixe les exigences auxquelles les centres de formation doivent correspondre pour être reconnus dans une des 4 catégories officiellement accréditées pour la formation de spécialistes (A1 : 10 EPT cadres médicaux, > 10000 actes /an, reconnu pour 4 ans de formation ; A2 : 5 EPT cadres médicaux, 6000 à 10000 actes /an, reconnu pour 3 ans de formation ; B : 3 EPT cadres médicaux, 3000 à 6000 actes/an, reconnu pour 2 ans de formation ; C : 2 EPT cadres médicaux, < 3000 actes, reconnu pour 1 année de formation); elle délègue à la SSAR la compétence d'évaluer les centres de formation en vue de leur reconnaissance. La FMH délivre le titre de spécialiste. Chaque année de FPG est validée par la

FMH sur la base d'un certificat délivré par le centre de formation après évaluation du candidat.

La **SSAR**, définit le cadre général de la formation post grade dans son **curriculum de la formation post grade en anesthésiologie**. Elle exige de chaque centre de formation reconnu qu'il élabore un **concept de formation post grade** propre à l'institution définissant précisément (en termes de chronologie et de contenu) le déroulement de la FPG compte tenu du règlement de la FMH et du curriculum de la SSAR. Le médecin bénéficiaire d'un poste de FPG sera évalué régulièrement (annuellement) ou au moins à l'échéance de chaque période contractuelle de formation ; il enregistrera dans un livret de formation les actes accomplis et les techniques qu'il maîtrise (document requis pour l'inscription à l'examen de spécialité). Le responsable du centre de formation délivre alors un protocole d'évaluation et un certificat de FPG pour la FMH. La SSAR organise les examens de spécialité. Lors de l'entrée en vigueur des accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes, en 2002, la SSAR a révisé le programme de FPG afin d'en assurer la compatibilité avec les exigences européennes. La SSAR a adopté la première partie de l'examen de spécialité de la Société Européenne d'Anesthésiologie (ESA) comme première partie, écrite, de l'examen de spécialité suisse.

La qualité de la FPG des médecins anesthésistes est évaluée formellement par l'établissement des certificats annuels de formation, établis par le responsable du centre de formation, le livret de formation, qui recense les gestes et techniques effectués par le candidat, et par l'examen de spécialité ; sur la base de ces documents, la FMH délivre le titre de spécialiste en anesthésiologie.

La qualité des centres de formation est évaluée par la procédure d'accréditation qui se déroule en deux temps : dans un premier temps, le centre de formation procède à une auto évaluation de ses activités selon le questionnaire et les standards élaborés par l'OAQ (organe d'accréditation et d'assurance qualité des hautes écoles suisses). Dans un deuxième temps, la commission tripartite (2 représentants de la SSAR, 1 représentant de la FMH, 1 représentant de l'ASMAC) désignée par le comité de la SSAR procède à une visite d'inspection. Les visites de la commission d'évaluation ont pour but d'assurer la sécurité et de promouvoir la qualité de la formation post grade ; elles ont lieu lors de l'entrée en vigueur d'un programme de formation, en cas de changement du responsable d'un centre, à la demande d'un responsable, lorsque la FMH signale des lacunes dans la qualité de la formation des candidats et périodiquement tous les 7 ans. Sur la base d'un questionnaire standard, du concept de formation de l'établissement, de la demande de réévaluation ou de reconnaissance, la commission visite l'ensemble de l'établissement de formation, rencontre et s'entretient avec le responsable de l'établissement, les médecins cadres et les chefs de clinique ainsi que les médecins assistants. L'évaluation porte notamment sur la structure de l'établissement, l'application du concept de FPG, les moyens didactiques mis à disposition (NTIC, bibliothèque), la culture d'apprentissage et d'évaluation, la gestion des erreurs et le classement de l'établissement selon les catégories du programme de formation. La FMH perçoit 5000.- CHF de frais par visite d'établissement.

1.2.4 Centre de formation

Chaque centre de formation, en fonction de son niveau d'accréditation (A1, A2, B ou C) est tenu d'élaborer un concept de FPG sur la base des exigences posées par la FMH et la SSAR. Ce concept définit les différentes étapes de la formation post grade compte tenu de l'organisation et des spécificités de chaque centre. Une évaluation du candidat est prévue lors de chaque changement de secteur ou au moins une fois par année.

Le service d'anesthésiologie du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), reconnu comme centre de formation A1, organise la FPG de la façon suivante : un volet théorique constitué de cours et colloques (en moyenne 3,5 heures par semaine) et un volet pratique constitué par

l'activité clinique auprès des patients. On distingue 3 niveaux de base et un niveau de « perfectionnement » :

- Niveau 1 : première année de formation en anesthésiologie ou année de formation dans le cadre d'une autre spécialisation. Initiation aux techniques de base sous supervision constante pendant les 3 premiers mois ; un examen permet de contrôler l'acquisition des notions fondamentales et habilite l'assistant à participer au tournus de garde. Pendant toute la première année, le candidat travaille sous supervision directe d'un chef de clinique ou d'un médecin cadre.
- Niveau 2 : durée 2 ans ; concerne les médecins retenus pour la spécialisation ; élargissement des connaissances par tournus dans les différents secteurs d'activité (soins intensifs, maternité, chirurgie cardio-vasculaire, hôpital orthopédique, unité d'antalgie, médecine extra hospitalière). S'il est invité à développer son autonomie, le médecin assistant bénéficie d'une supervision directe ou intermittente, notamment pour l'apprentissage de nouvelles techniques.
- Niveau 3, assistant aîné : durée 2 ans. Durant cette période l'assistant accède à l'anesthésie pédiatrique et au centre d'endoscopie ; il approfondit ses connaissances dans tous les domaines de la spécialité en traitant des cas de complexité croissante. Les candidats passent généralement l'examen professionnel après 3 ou 4 ans de formation.
- Chef de clinique : après l'obtention du titre de spécialiste, le médecin assistant peut être promu chef de clinique ; il participe dès lors à la formation des médecins assistants tout en poursuivant sa propre formation (spécialisation dans un domaine particulier, prise en charge de cas difficiles, recherche)¹⁵.

Le concept de formation détaille les connaissances théoriques et les aptitudes pratiques et de personnalité que le candidat doit maîtriser à chaque étape.

1.2.5 En résumé

La formation post grade des médecins anesthésistes est réglementée et contrôlée dans le détail. Les exigences sont de haut niveau et un système d'inspection (OAQ) mandaté par la FMH vérifie que les centres de formation accrédités sont en mesure de répondre à ces exigences. Toutefois, le nombre de lois et de règlements (dont un certain nombre sont actuellement en révision : Loi sur les professions médicales, Loi sur l'assurance maladie) et les différentes délégations de compétences d'un niveau à l'autre confèrent à l'ensemble lourdeur et inertie.

La FMH a publié un organigramme des organes compétents et des voies administratives dans la formation post grade qui reflète bien la complexité de la situation¹⁶.

2. QUELQUES DONNEES CHIFFREES

La statistique médicale de la FMH, édition 2004¹⁷, le registre FMH des médecins par spécialités¹⁸ ainsi que l'enquête de satisfaction effectuée par la FMH auprès des médecins assistants en FPG¹⁹ nous donnent quelques indications chiffrées concernant la population des médecins anesthésistes en Suisse et dans le Canton de Vaud.

MEDECINS ANESTHESISTES FMH EN SUISSE ET DANS LE CANTON DE VAUD			
	<u>FMH (%H/ %F)</u>	<u>FMH VAUD (%H/ %F)</u>	<u>ASMAC (%H/ %F)</u>
MEDECINS	21'310 (77 / 23)	2'948 (65 / 35)	9'808 (54 / 46)
MEDECINS ANESTHESISTES	1'069 (64 / 36)	106	
ANESTHESISTES EN PRIVE	387 (75 / 25)	56	
TITRES FMH EN ANESTHESIOLOGIE DELIVRES EN 2004			55 (67 / 33)
DELAI MOYEN AVANT OBTENTION DU TITRE FMH	10.1 ANS	10.8 ANS	

EVALUATION DE LA FPG EN ANESTHESIOLOGIE PAR LES MEDECINS ASSISTANTS	
ENQUETE 2004 AUPRES DE 5'011 MEDECINS ASSISTANTS EN FPG	
DESIRENT SE FORMER EN ANESTHESIOLOGIE EN SUISSE	322 (6,4 %)
DUREE MOYENNE DU TRAVAIL HEBDOMADAIRE	53,8 HEURES (53,25 – 54,35)
DUREE MOYENNE DE FORMATION THEORIQUE HEBDOMADAIRE	1,9 HEURES (1,75 -2,04).

PREMIERES CONSTATATIONS

S'il faut relever une forte féminisation de la profession médicale en général, la proportion d'hommes et de femmes en anesthésiologie reste remarquablement constante de 1970 à nos jours dans le canton de Vaud (voir tableau 1).

Bien que la durée de formation post grade en anesthésiologie soit fixée à 6 ans, on constate que le délai moyen entre l'obtention du diplôme de médecin et l'obtention du titre de spécialiste FMH en anesthésiologie est supérieur à 10 ans. On ignore actuellement si ce délai est dû à un choix tardif de la spécialité, une carence en contenu formateur des années d'assistantat ou à un (ou plusieurs) échec à l'examen de spécialité. Le moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux, empêchant

l'accès à la pratique de la médecine à titre indépendant, contribue certainement à un allongement de l'activité des médecins assistants dans les hôpitaux de formation. Il faut souligner que l'on observe le même phénomène, à savoir un prolongement du temps de formation, dans les autres disciplines médicales telles que la chirurgie, la rhumatologie, la cardiologie ou la psychiatrie qui exigent toutes 6 ans de FPG (voir tableaux 1 et 2).

La FMH octroie environ 50 titres de spécialiste FMH en anesthésiologie chaque année. Si l'on admet que chaque anesthésiste exercera sa spécialité pendant une durée moyenne de 30 ans et qu'une partie de ces anesthésistes pratiquera à temps partiel, on peut dire que le nombre de médecins anesthésistes actuellement formés en Suisse permet largement d'assurer le maintien du nombre de médecins anesthésistes FMH pratiquant actuellement en Suisse (environ 1'300 anesthésistes en 2005).

La loi sur le Travail, appliquée depuis le 1^{er} janvier 2005 aux médecins en formation dans toute la Suisse, limite à 50 heures la durée de travail hebdomadaire y compris 3 heures de formation théorique ainsi que le service de garde. La limitation de la durée de travail de 60 heures à 50 heures hebdomadaires a entraîné la création de nombreux postes de médecin assistant. Les résultats de l'enquête FMH sur la formation post grade des médecins assistants révèlent une durée moyenne du travail hebdomadaire de 53,8 heures (53,25-54,35) en 2004 ; l'application stricte de la loi nécessitera soit l'engagement de 10% d'effectifs supplémentaires soit la réorganisation de l'activité permettant de libérer 10% de temps de travail. Toutefois, cette réduction du temps de travail a également diminué le temps à disposition pour la formation pratique (nombre de cas traités).

L'article 49 al. 1 de la LAMal et l'article 7 b de l'Ordonnance sur le calcul des coûts (OCP) qui s'y réfère précisent que l'assurance maladie ne rembourse pas les frais de formation et de recherche. La loi fédérale sur les professions médicales²⁰ stipule que la formation post grade peut être payée au moins partiellement par la participation de l'assistant à l'activité de l'institution qui l'engage. On considère généralement que la formation post grade du médecin assistant est payée par les heures supplémentaires ne donnant pas droit à une rémunération c'est-à-dire la différence entre les 50 heures hebdomadaires maximales et les 42 h 30 des employés de l'Etat. On constate que l'application de la Loi du Travail risque de remettre cette équation en question pour deux raisons : premièrement, les hôpitaux ont dû créer des postes de médecins assistants pour faire face aux besoins des institutions avec un horaire de travail réduit (60 heures hebdomadaires au maximum avant le 1.1.2005), deuxièmement, l'augmentation du temps de formation théorique et l'intégration de celle-ci dans l'horaire hebdomadaire de travail diminue d'autant la possibilité pour un assistant de fournir un travail productif autonome (travail productif autonome : prestations médicales spécialisées fournies par un médecin assistant non supervisé recevant un salaire inférieur à celui du spécialiste ; cette différence de rétribution devrait permettre de financer la formation post grade). Dès lors, considérant l'augmentation du nombre de médecins assistants en FPG et la diminution de leur temps de travail « productif », on peut se demander si ce dernier est encore en mesure de compenser les coûts de la FPG.

3. METHODE

3.1 ENQUETE SUR LE TERRAIN : GRILLE D'ENTRETIEN

Entretien avec les responsables de la réglementation, de l'organisation, du contrôle et de la planification de la formation post graduée en anesthésiologie, en Suisse et dans le canton de Vaud :

- Dr Elisabeth Van Gessel, médecin cadre dans le service d'anesthésiologie des HUG à Genève et responsable de la FPG auprès de la SSAR jusqu'au 31.7.2005

- Prof. Donat Spahn, Chef du service d'anesthésiologie du CHUV à Lausanne et responsable des examens de spécialité auprès de la SSAR

- Dr Daniel Schumacher, représentant de la SSAR auprès de la SVM

- Dr Eric Albrecht, médecin assistant en formation d'anesthésiologie, membre du comité et ancien président de l'ASMAV (association suisse des médecins assistants et chefs de clinique, section vaudoise)

- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud

- Stéphane Desarzens, responsable du personnel médical au bureau de gestion du personnel du CHUV.

Les questions ci-dessous ont servi de fil conducteur lors d'entretiens autour des problèmes liés à l'organisation de la FPG en anesthésiologie. Seul le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud a répondu par écrit.

1. Existe-t-il une régulation de l'accès à la FPG en anesthésiologie ?

On délivre chaque année environ 50 titres de spécialiste en anesthésiologie ; en calculant une durée moyenne d'activité de 30 ans, il suffirait de 36 nouveaux anesthésistes chaque année pour maintenir le nombre actuel.

Combien de nouveaux candidats à la spécialisation sont-ils admis chaque année ?

Quels sont les critères d'accès à la spécialité ? À quel moment s'appliquent-ils (0, 3, 12 mois) ?

Combien de refus à 3 mois ?

1 an ?

6 ans ?

2. Quels sont les indicateurs utilisés pour fixer le nombre de personnes admises en spécialisation ?

Quelle est l'influence de la démographie au sens large ?

de la démographie parmi les anesthésiologiste ?

La spécialité se règle-t-elle par le jeu de l'offre et de la demande ?

3. Que sait-on des médecins assistants en FPG d'anesthésiologie ?

Combien se spécialisent en anesthésiologie ?

Combien se spécialisent dans un autre domaine ?

Le contenu de leur FPG est-il différent (première année)?

Combien d'années de FPG ont-ils déjà effectuées ?

4. Définition du nombre de postes de FPG.

Quels sont les critères dominants pour la définition du nombre de postes de médecin assistant en FPG dans un centre de formation ? S'agit-il de couvrir les besoins opérationnels du service avec des médecins assistants que l'on s'engage à former ? ou bien définit-on le nombre de places de FPG en fonction de la disponibilité didactique d'une équipe qui assure l'aspect opérationnel d'un service ?

5. Durée de la FPG.

Le règlement FMH prévoit une durée de 6 ans. Après combien d'années de FPG les candidats se présentent-ils à l'examen de spécialité ? obtiennent-ils le titre de spécialiste ?

6. Politique de formation : prospective

Que sait-on de l'évolution des besoins en matière d'anesthésistes ?

Quels effets faut-il encore attendre de l'application de la loi du travail aux médecins assistants ?

Quels seront les effets du regroupement des centres hospitaliers (planification cantonale et inter cantonale pour les grands centres spécialisés) par rapport à la formation, par rapport aux débouchés professionnels ?

Quelles sont les retombées du moratoire sur l'accès à la pratique médicale à charge des caisses maladie ?

Faut-il craindre une éventuelle levée de l'obligation de contracter pour une spécialité telle que l'anesthésiologie ?

A-t-on planifié la régénération de la profession (remplacement des spécialistes qui partent à la retraite) ?

3.2 ETUDE DE L'ACTIVITE DES MEDECINS ASSISTANTS DU SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE DU CHUV (CENTRE DE FORMATION A1)

Il faut souligner qu'il s'agit ici d'une étude rétrospective sur des données enregistrées de routine dans 4 bases de données distinctes mais structurées de manière semblable. Il n'a, de ce fait, pas été possible de valider ces données au-delà de l'élimination des données incomplètes ou aberrantes. De plus, l'activité clinique des médecins assistants en formation post grade d'anesthésiologie n'est pas limitée au travail en salle d'opération ; il s'agit donc d'une estimation non exhaustive qui se justifie toutefois par le nombre important d'heures de supervision dont bénéficient les médecins assistants lorsqu'ils travaillent en salle d'opération.

Sur la base de données d'activité enregistrées de routine (protocole d'intervention et programme des cours) nous essaierons de distinguer d'une part les activités attribuables à la formation (cours

théoriques et activité clinique sous supervision) et d'autre part les prestations médicales que les médecins assistants fournissent de manière autonome. Dans un deuxième temps nous estimerons le coût de ces activités : le coût de la FPG est calculé en multipliant le nombre d'heures d'enseignement (additionné d'un nombre équivalent d'heures de préparation) par le salaire moyen de la catégorie d'enseignant (médecin cadre, chef de clinique) et le nombre d'heure de supervision (pondéré par le nombre d'assistants supervisés simultanément par une même personne) par le salaire moyen de la catégorie du superviseur ; le coût des prestations médicales fournies de manière autonome par les médecins assistants est calculé en multipliant leur salaire horaire moyen par le nombre d'heures de travail sans supervision ; à partir de ce même nombre d'heures on calculera le coût de ces mêmes prestations si elles avaient été fournies par un médecin spécialiste en utilisant le salaire horaire moyen des chefs de clinique (ne peut être promu chef de clinique qu'un porteur du titre de spécialiste). Cette démarche ne représente qu'une estimation grossière des coûts de la formation post grade, mais elle utilise les salaires qui représentent la part la plus importante des coûts de fonctionnement hospitaliers ; elle devrait permettre de quantifier la part respective de la formation et des activités productives des assistants en fonction de leur niveau de formation.

Pour procéder à cette estimation, nous utilisons les données suivantes :

- la liste des cours donnés dans le service
- des extraits de l'activité telle qu'elle est enregistrée de routine dans les différents blocs opératoires (4 fois 1 semaine réparties sur l'année académique octobre 2004 – septembre 2005)
- un questionnaire auprès des médecins assistants pour connaître la durée de leur FPG, leur ancienneté (déterminant le salaire) et leur situation par rapport aux examens de spécialité
- le salaire moyen (13 mensualités) pour les médecins cadres et chefs de clinique
- le salaire individuel (13 mensualités) des médecins assistants en fonction de l'ancienneté selon le barème de la convention vaudoise
- le salaire horaire est calculé en divisant le salaire annuel (13 mensualités) par le nombre maximal d'heures travaillées soient 2200 heures (365 jours/an – 104 jours de week-end – 25 jours de vacances – 10 jours fériés – 6 jours de formation = 220 jours travaillés par an ; semaine de 50 heures maximum sur 5 jours donc au maximum 10 heures/jour)

Estimation du coût de la formation théorique : sur la base du programme des cours et colloques proposés aux médecins assistants, on compte le nombre d'heures de cours données par les chefs de clinique et par les médecins cadres. Pour chaque heure de cours on compte une heure de préparation. Le salaire horaire des chefs de clinique et médecins cadres est déterminé sur la base du salaire annuel (13 mensualités) moyen divisé par 2200 (220 jours à 10 heures). Ces coûts d'enseignement sont répartis par année de formation post grade en fonction des effectifs de chaque année. Chaque assistant peut bénéficier, sur demande et présentation des factures, d'une subvention de 1000.- CHF par année pour financer sa FPG (participation à des cours et congrès, achat de livres).

Estimation du coût de formation pratique : sur la base des données enregistrées de routine par le système d'information des différents blocs opératoires, on distingue l'activité autonome (non supervisée) de l'activité sous supervision pour chaque médecin assistant en fonction de l'année de FPG. Le surcoût lié à la supervision est calculé en multipliant le temps de supervision par le salaire horaire moyen des chefs de clinique ou des médecins cadres si le médecin assistant est responsable de l'intervention (il est en 1^{ère} position) ; si le médecin assistant est en 2^{ème} position le surcoût lié à la supervision est calculé en multipliant le temps de supervision par le salaire horaire moyen des médecins assistants.

L'activité autonome des médecins assistants est valorisée selon leur salaire horaire en fonction de leur ancienneté (13 mensualités/2200 heures) : c'est le coût effectif des prestations fournies par les médecins assistants. Cette même activité autonome est ensuite valorisée selon le

salaires horaires moyens des chefs de clinique (salaires des spécialistes) : c'est le coût de remplacement des prestations fournies par les assistants si elles étaient effectuées par des spécialistes. On admet généralement que la différence entre le coût de remplacement et le coût effectif couvre les coûts de formation théorique et pratique ; par notre estimation nous essaierons de vérifier cette affirmation.

4. RESULTATS

4.1. ETUDE QUALITATIVE

4.1.1. Accès à la formation post grade en anesthésiologie

La régulation de l'accès à la formation post grade en anesthésiologie se fait d'une part en fonction de la législation en vigueur (le candidat doit être porteur d'un diplôme fédéral de médecin ou d'un titre jugé équivalent) et d'autre part selon la loi de l'offre et de la demande, en fonction de la disponibilité des places de formation.

Les centres de formation peuvent accorder leur préférence aux candidats ayant effectué une année préliminaire en médecine interne et/ou en chirurgie (CHU Genève) ou en fonction de critères de personnalité tels que la capacité à travailler en équipe, la fiabilité (Prof Spahn). Dans le concept de formation élaboré par chaque centre de formation, il est prévu de tester les connaissances et aptitudes minimales de sécurité au terme de la période d'essai de 3 mois ; la réussite de ce test autorisera le candidat à assurer le service de garde (Dr Van Gessel, Prof Spahn) ; de même, ce n'est qu'au terme de la première année de spécialisation que le candidat se voit confirmer la proposition d'accomplir le cycle de formation complet (Dr. Van Gessel, Dr. Albrecht). Une commission romande d'engagement regroupant les principaux centres de formation (Genève, Lausanne, Fribourg, Sion, Neuchâtel ainsi que la plupart des hôpitaux de zone) essaie d'optimiser le parcours de formation des candidats dans les différentes catégories d'hôpitaux requises/reconnues (3 ans en hôpitaux A dont au moins 1 année en catégorie A1 ; maximum 2 ans en catégorie B et 1 an en catégorie C). En dehors de cette commission, il n'y a pas de planification stricte de la formation en fonction du nombre de candidats, du nombre de places de formation ou de l'année de formation. Le Prof. Spahn souligne qu'il est difficile voire impossible de faire coïncider disponibilité des postes et disponibilité des candidats qualifiés pour un poste donné car cette qualification est en constante évolution durant la FPG.

L'obtention du titre de spécialiste en anesthésiologie advient au terme des 6 années de formation requises et après réussite des examens écrits et oraux. Depuis l'entrée en vigueur des accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes, la SSAR a dû assouplir ses exigences pour garantir l'euro compatibilité du diplôme suisse ; en particulier, le nombre de tentatives à l'examen de spécialité, autrefois limité à 3, est actuellement illimité. Tous les spécialistes interrogés soulignent que les exigences suisses sont plus élevées que les exigences européennes, notamment en ce qui concerne le nombre de gestes requis pour l'obtention du titre, la durée de la formation ainsi que pour l'organisation de la partie orale de l'examen de spécialité. On observe un taux moyen de réussite de 60 % à l'examen écrit parmi les candidats européens. En 2004, en Suisse, 63 candidats se sont présentés à la 2^{ème} partie (orale) de l'examen de spécialité ; 60 ont réussi l'examen²¹. Le Prof Spahn espère augmenter ces pourcentages parmi ses assistants en faisant de la réussite des examens de spécialité une condition nécessaire au réengagement au terme des 6 années de formation ; dans le service d'anesthésiologie du CHUV, les médecins assistants se présentent à l'examen de spécialité après une moyenne de trois ans de formation en anesthésiologie ; en octobre 2005, sur 9 candidats lausannois à l'examen écrit un seul a échoué.

4.1.2. Nombre de postes de médecin assistant en formation post grade d'anesthésiologie

D'une manière générale, au cours des 5 dernières années, M. Desarzens note une augmentation régulière du nombre de postes de médecin assistant et chef de clinique. En particulier, depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle convention qui limite la durée du travail hebdomadaire à 50 heures, les services ont dû engager des médecins supplémentaires ; dans un premier temps les ressources nécessaires ont été obtenues par réallocation des postes puis, pour 2005 et 2006, l'Etat a accordé des crédits supplémentaires afin d'organiser le travail conformément à la nouvelle législation. Entre 2003 et 2004, 160 médecins assistants supplémentaires ont ainsi été engagés dans les hôpitaux vaudois, soit une augmentation de 20 % selon le Département de la Santé Publique du canton de Vaud²². On note également une augmentation de médecins « hors contingent » (de moins de 1% en 2000 à 5 % en 2005), qui ne sont pas rémunérés par l'Etat mais par des fonds privés, des bourses du Fond National ou des bourses étrangères. De plus, à cause du moratoire sur l'accès à la pratique médicale à charge des assurances sociales, les arrivées de nouveaux médecins sont plus nombreuses que les départs. Cette augmentation des effectifs médicaux est également à mettre sur le compte de l'augmentation régulière de l'activité dans le domaine particulier de l'anesthésiologie (+ 5 % par an). L'augmentation d'activité en anesthésiologie est liée à l'utilisation de nouvelles technologies (ex : thérapie de la douleur), à l'élargissement du champ d'application des technologies traditionnelles (ex : péridurale « de routine » pour l'accouchement) et au vieillissement de la population recourant plus fréquemment à la chirurgie (Dr van Gessel, Prof Spahn, article Ch. Mamie²³).

Dans la plupart des hôpitaux, le nombre de postes de médecin assistant est déterminé sur la base du volume d'activité et des nécessités liées à l'organisation du travail conformément à la loi. Dans les grands centres hospitaliers publics, la contrainte la plus évidente est l'obligation d'assurer un service de garde jour et nuit, 365 jours par année : par exemple le service de garde en anesthésiologie au CHUV occupe 4 médecins assistants chaque jour de semaine, 5 le dimanche ; ils sont encadrés par 2 chefs de clinique et 1 médecin cadre par 24 heures. Le médecin assistant est donc considéré comme une force de travail ; il doit être formé avant d'être autonome et « rentable », tout particulièrement en anesthésiologie, spécialité technique et pourvue d'une forte composante de risque. On considère que durant la première année de formation en anesthésiologie, le médecin assistant est en phase d'apprentissage à 100 % (Dr van Gessel, Prof Spahn) et qu'à partir de la 2^{ème} année de formation son aptitude à travailler de manière autonome et à prendre en charge des cas de plus en plus difficiles augmente régulièrement. Tout comme la chirurgie, l'anesthésiologie est une spécialité où la qualité d'une prise en charge est directement corrélée à l'expérience accumulée par le médecin (d'un point de vue quantitatif et qualitatif) ; il en découle que, pour un chef de service (tout particulièrement dans les hôpitaux plus petits : catégorie B ou C pour la formation) il est plus intéressant d'engager un médecin assistant qui a déjà une certaine expérience car il est plus productif (Prof Spahn).

À terme, la nouvelle Convention réglant le travail des médecins assistants peut, indirectement, limiter l'accès à la formation post grade ; en effet cette convention prévoit l'engagement des médecins par contrats de durée indéterminée et la promotion au rang de chef de clinique des médecins ayant obtenu le titre de spécialiste ; on observe une augmentation du nombre de médecins travaillant au CHUV (Desarzens) et, par le jeu de la réallocation des postes au sein du budget du service d'anesthésiologie, un déplacement des effectifs vers les plus anciens et en particulier vers la catégorie des chefs de clinique (Prof Spahn), au détriment des médecins débutants. Ce mécanisme pourrait créer un « bouchon » dans la filière de formation post grade.

4.1.3. Profil des médecins assistants en FPG d'anesthésiologie

La grande majorité des médecins assistants travaillant en anesthésiologie (95 %) désire se spécialiser dans cette branche de la médecine ; le 5 % restant complète une formation de soins

intensifs ou de médecine d'urgence. Le choix de cette spécialité est généralement mûrement réfléchi, qu'il s'agisse d'un premier choix, souvent sur la base d'un stage pré gradué ou, plus rarement, d'une 2^{ème} formation après l'obtention d'un premier titre dans une autre spécialité ; de plus la possibilité de travailler à temps partiel, déjà très prisée par les femmes, est en train de séduire une part croissante des hommes (Dr Albrecht).

Si la majorité des médecins assistants en anesthésiologie sont d'origine suisse ou du moins diplômés en Suisse, on note une augmentation des ressortissants de l'Union Européenne (surtout allemands, français et italiens) depuis l'entrée en vigueur des accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes. Aux HU de Genève il y a jusqu'à 30 % de médecins étrangers en FPG d'anesthésiologie, qui travaillent en Suisse pendant 1 à 3 ans puis, pour la plupart, retournent dans leur pays (Dr van Gessel). Selon S. Desarzens, 50 % des médecins étrangers qui se forment en Suisse continueront à travailler dans les institutions suisses ; le besoin en médecins dû à l'entrée en vigueur de la nouvelle convention a pu être couvert plus facilement en partie grâce aux médecins de l'Union Européenne.

4.1.4. Durée de la formation post grade en anesthésiologie

Légalement fixée à 6 ans²⁴, la durée effective de la FPG des médecins anesthésistes est en moyenne de 10 ans²⁵. La grande majorité des médecins choisissant de se spécialiser en anesthésiologie commencent leur formation post grade par une année de médecine interne et/ou de chirurgie avant d'entrer dans un service d'anesthésiologie ; au CHUV, les médecins assistants ont effectué en moyenne plus de deux ans et demi de formation post grade avant de commencer leur spécialisation en anesthésiologie. Ceci pour trois raisons principales: une année de FPG dans une branche de base telle que la médecine interne, la chirurgie, la pédiatrie ou la gynécologie est requise pour la formation en anesthésiologie, le service d'anesthésiologie où un candidat prévoit de se former requiert cette formation préliminaire ou, l'anesthésiologie étant une spécialité numériquement moins importante que la médecine interne, le candidat n'a pas trouvé une place de formation immédiatement après son diplôme. Le Dr Albrecht souligne que les candidats en FPG d'anesthésiologie, après une ou plusieurs années dans une autre spécialité, terminent en général leur spécialisation en anesthésiologie, il s'agit d'un choix mûri. Face à un candidat indécis quant au choix de la spécialité, le Prof Spahn recommande d'épuiser les alternatives avant de se lancer en anesthésiologie. Aux HU de Genève, il est recommandé de faire une ou deux années de formation de base en médecine ou en chirurgie.

En fin de formation, un médecin qui a obtenu le titre de spécialiste ne trouve actuellement que très peu d'occasions de quitter les institutions publiques pour le secteur privé (environ 3 postes à repourvoir chaque année ; création d'un seul nouveau poste depuis 2002) ; il n'y a donc pas d'incitatif à terminer rapidement la spécialisation. S.Desarzens partage la crainte du Prof Spahn que le nombre de places de FPG pour débutants risque de diminuer ces prochaines années à cause de l'effet conjoint du moratoire (impossibilité de s'établir en pratique privée) et de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention (contrats de durée indéterminée) ce qui risque de mettre en péril la mission de centre de formation des institutions publiques.

Les exigences suisses quant à la durée de la FPG (6 ans) sont supérieures aux exigences européennes (5 ans) telles qu'elles sont formulées par la European Society of Anesthesiology. En Allemagne, la FPG en anesthésiologie dure 4 ans. Tous les anesthésistes interrogés ont exprimé une double préoccupation : premièrement, l'ouverture des frontières par l'harmonisation des programmes de formation, a déjà entraîné une baisse du niveau d'exigences pour l'obtention du titre (par exemple suppression de la limite au nombre de tentatives à l'examen de spécialité) et risque de les faire baisser encore (semaine de 48 heures comme en France, formation en 4 ans comme en Allemagne ou restriction des possibilités de formation aux seuls centres universitaires comme en Italie). Deuxièmement, l'entrée en vigueur de la convention limitant la durée hebdomadaire du travail à 50 heures au maximum (diminution de 10 heures hebdomadaires par rapport à l'ancienne réglementation) ampute la FPG de 16 % du temps de travail et, par

conséquent, de formation pratique même si la durée globale de la FPG est maintenue à 6 ans. La qualité de la FPG en anesthésiologie pourra difficilement être maintenue au niveau actuel car le nombre de gestes requis ne pourra pas être atteint si le temps de formation est diminué ; l'anesthésiste n'est pas seulement un technicien, c'est un médecin dont la FPG ne consiste pas uniquement à apprendre des gestes techniques, mais également à en évaluer les effets dans la durée en suivant ses patients jusqu'à leur sortie du bloc opératoire ; cet apprentissage est temporellement incompressible.

Le Conseil d'Etat vaudois²⁶ souligne la nécessité de réorganiser le travail des médecins assistants dans les services, notamment en les déchargeant des tâches administratives (NB ces tâches sont minimales en anesthésiologie) ; le Conseil d'Etat soutient la mise en place d'un réseau d'enseignement à distance permettant de faciliter la formation théorique des médecins assistants dans les hôpitaux régionaux du canton ; de plus, il suggère que la FMH analyse les retombées de l'application de la Loi du Travail aux médecins en formation sur la qualité de la FPG et que, le cas échéant, elle envisage d'allonger le temps de formation pour garantir une médecine de qualité. De son côté, le Dr Schumacher suggère de rationaliser le travail par une distinction plus nette entre la mission de formation et la mission de soins à la population dans les hôpitaux publics: un statut de médecin hospitalier, spécialiste pleinement formé (ce pourraient être de jeunes anesthésistes qui viennent d'obtenir leur titre et qui restent dans l'institution pour un temps déterminé), permettrait d'optimiser la fourniture des prestations sanitaires alors qu'une filière de formation mieux structurée pourrait permettre d'atteindre les objectifs de la FPG dans le temps prescrit. Le Dr van Gessel note que les exigences de la FMH et de la SSAR sont des exigences minimales, plus élevées que les exigences des pays voisins, et qui sont revues à la baisse par les mesures d'harmonisation des diplômes et des formations. Le Prof Spahn estime qu'un allongement du temps de FPG dans le but de maintenir la qualité de la formation serait contraire aux mesures d'ouverture à l'Union Européenne. On souligne qu'il n'y a pas, actuellement, d'incitatif à terminer rapidement la FPG : les salaires des médecins assistants ont été réévalués, la progression salariale est intéressante même sans être promu à la fonction de chef de clinique, il n'y a plus de limite maximale à la durée de FPG, il n'y a pas de réels débouchés en médecine privée. Toutefois, à la levée du moratoire on risque d'observer une baisse de la qualité des anesthésistes qui, pressés d'accéder au marché plus lucratif de la médecine privée, accompliront une FPG « a minima ».

4.1.5. Prospective

L'évolution des besoins dans le domaine de l'anesthésie, est difficilement prévisible à long terme. Toutefois, le Prof Spahn signale une augmentation constante de l'activité anesthésique au CHUV d'environ 5 % par année; on retrouve la même valeur dans les études effectuées en Suisse romande et en France²⁷. Le Dr van Gessel souligne qu'il s'agit non seulement d'une augmentation du nombre de gestes anesthésiques mais également d'une modification des pratiques médicales difficile à quantifier de manière prospective. Il est cependant certain que le nombre de médecins anesthésistes nécessaires pour couvrir les besoins de la population va encore augmenter ces prochaines années pour les raisons suivantes : nouvelles indications et techniques (analgésie obstétricale, thérapie de la douleur), vieillissement de la population (augmentation du recours à la chirurgie des patients âgés), féminisation de la profession et augmentation de l'activité à temps partiel, application de la Loi du Travail aux médecins en formation (limitation du temps de travail à 50 heures hebdomadaires). En médecine privée, il existe également un besoin car les médecins anesthésistes travaillent généralement plus de 50 heures hebdomadaires et assurent au moins deux piquets par semaine : la plupart des cliniques privées sont actuellement sous dotées ; le sort des cliniques privées étant dans l'incertitude à cause des réformes des assurances sociales en cours, la plupart des institutions préfèrent surseoir à l'engagement des médecins anesthésistes nécessaires, au détriment de la qualité de vie (voire de la sécurité) de ces derniers (Dr. Schumacher).

L'application de la Loi du Travail aux médecins en formation, (à travers la Convention entrée en vigueur fin 2003 dans le canton de Vaud), nécessite l'engagement de 20 % de médecins

supplémentaires dans les hôpitaux publics du canton de Vaud²⁸. Dans le service d'anesthésiologie du CHUV, 3 postes supplémentaires ont été accordés en 2005, 5 le seront en 2006 et probablement 5 autres en 2007, ce qui, pour un service comptant 32 EPT de médecins assistants et 22,7 EPT de chefs de clinique, correspond aux 20 % mentionnés par le Conseil d'Etat. Toutefois, la pleine application de la Loi et l'augmentation du volume d'activité exigeraient un total de 20 postes supplémentaires pour assurer des conditions de travail et de formation correctes (Prof Spahn). On relève qu'une partie des postes ainsi créés seront occupés par des médecins étrangers, provenant essentiellement des pays de l'UE (S. Desarzens).

Dans un premier temps, l'ASMAC (association des médecins assistants et chefs de clinique) a exigé une application rigoureuse, voire pointilleuse, de la Loi du Travail afin d'obtenir une garantie sur la qualité de la formation et une reconnaissance effective des conditions de travail. Si, dans la plupart des cas, les conditions de formation ont été précisées et les postes nécessaires ont été accordés, certains hôpitaux et certaines spécialités (surtout interventionnelles) ont demandé des dérogations assouplissant l'application de la Loi du Travail (possibilité d'augmenter le nombre d'heures de travail afin d'atteindre le nombre de gestes requis sans multiplier le nombre d'années de FPG).

À terme, l'introduction du contrat de durée indéterminée pour les chefs de clinique risque de compromettre la mission de formation des hôpitaux publics ; en effet, les salaires des médecins assistants et des chefs de clinique sont octroyés aux services sous forme de budget global, une fois nommé chef de clinique, un médecin peut « s'éterniser » dans un service car il bénéficie d'un contrat de durée indéterminée et ce mécanisme se répétant sur plusieurs volées successives de médecins arrivant au terme de leur spécialisation, la répartition du budget se fera au détriment des jeunes médecins qui désirent commencer la spécialisation (Prof Spahn, S.Desarzens). Il faudrait réintroduire une durée maximale d'engagement dans la fonction de chef de clinique, soit, à l'instar du plan de formation pour les médecins assistants, sous forme d'un plan de carrière intégré au contrat lors de la nomination, soit sous forme d'assouplissement des conditions imposées par la Loi sur le Travail. Ce problème persistera tant que les médecins arrivant au terme de leur spécialisation ne pourront pas s'établir en pratique privée. Cet aspect a été sous-estimé lors de la signature de la convention (S.Desarzens). De même, trop occupés à résoudre les problèmes d'effectifs à court terme, les responsables de la formation se préoccupent peu d'assurer un nombre suffisant de spécialistes dans un avenir à moyen ou long terme : ils font confiance à la régulation par les lois du marché : s'il y a une demande pour plus de prestations et un manque d'anesthésistes, ces derniers travailleront plus et inversement (Prof Spahn). Le Dr Schumacher note d'ailleurs que la plupart des anesthésistes en pratique privée sont plus intéressés à conserver leur emploi qu'à maximiser leur revenu.

Planification hospitalière. Le canton de Vaud, dans l'attribution des autorisations de pratiquer n'exerce aucune activité de planification sur la population médicale. Dans le cas spécifique de l'anesthésiologie, le Département de la santé et de l'action sociale a accordé les autorisations de pratiquer à titre indépendant afin de repourvoir les postes vacants dans les institutions privées ou publiques du canton. Depuis l'entrée en vigueur du moratoire sur l'accès à la pratique privée en 2002, une seule dérogation a été accordée pour créer un nouveau poste d'anesthésiste en pratique privée.

Le Conseil d'Etat soutient la collaboration inter hospitalière en ce qui concerne la formation théorique, notamment la création d'un réseau d'enseignement médical à distance. Au CHUV, le Prof Spahn a regroupé une partie de la formation théorique sur un mercredi après-midi par trimestre, offrant un enseignement complet sur un thème spécifique, reconnu pour la formation post grade et la formation continue ; ce regroupement facilite la participation des médecins pratiquant dans les hôpitaux régionaux et le secteur privé. Par ailleurs, la commission romande d'engagement des médecins anesthésistes permet d'optimiser la trajectoire de formation ; cette collaboration entre centres de formation pourrait s'étendre également aux méthodes qui diffèrent entre centres universitaires (technologie de pointe) et hôpitaux régionaux (plus pragmatiques, organisation plus rationnelle) par des échanges de chefs de clinique ou de médecins cadres (Dr

Schumacher).

Le moratoire sur l'accès à la pratique médicale à charge de l'assurance sociale a eu essentiellement un effet démotivant sur les anesthésistes en formation : en effet, la possibilité d'accéder à la médecine privée (plus lucrative) a été fortement limitée. Comme l'application de la Loi du Travail instaure le contrat de durée indéterminée pour les médecins assistants et chefs de clinique et revalorise leurs salaires, la plupart des jeunes spécialistes continuent à travailler dans les hôpitaux publics. Il en résulte un excès de médecins formés ou en fin de formation dans les grands centres ce qui, d'ici à une ou deux années, risque de compromettre l'accès à la formation post grade en anesthésiologie (S. Desarzens, Prof Spahn).

Le statut de médecin hospitalier, qui n'offre pas toutes les indemnités et compensations prévues par la convention vaudoise, ne suscite pas de réel intérêt auprès des jeunes spécialistes, mieux payés avec le statut de chef de clinique alors même qu'une enquête effectuée en 2001 auprès des membres de l'ASMAV ²⁹ avait révélé un intérêt certain pour la fonction de médecin hospitalier.

Une éventuelle **levée de l'obligation de contracter** n'inquiète pas particulièrement les anesthésistes. Comme le souligne le Dr Schumacher, l'anesthésiste est au service d'une institution ou d'un chirurgien, son travail fait partie d'une prestation globale qui doit être offerte dans le cadre de l'assurance sociale pour répondre aux besoins de la population. Le Prof Spahn relève que les anesthésistes détiennent un quasi monopole qui leur donnera un certain poids dans les négociations qu'une telle mesure provoquerait inmanquablement. Tous les représentants de la profession sont bien conscients que les réformes des assurances sociales, en cours et à venir, sont à suivre de près ; on déplore généralement la tendance de Santé Suisse à imposer son point de vue quant à la solution du problème des coûts de la santé alors que les assureurs devraient rester un partenaire au même titre que les professionnels de la santé, les pouvoirs publics et les patients.

4.2. ETUDE QUANTITATIVE

Nous avons étudié l'activité et la FPG des médecins assistants du service d'anesthésiologie du CHUV sur une année, du 1^{er} octobre 2004 au 30 septembre 2005.

4.2.1 Description de la population d'étude

ACTIVITE DU SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE DU CHUV EN 2004³⁰ ET REPARTITION DES MEDECINS ASSISTANTS (MA EN EPT) DANS LES DIFFERENTS SECTEURS D'ACTIVITE					
BLOC OPERATOIRE	9'812 CAS	18 MA	HOPITAL DE L'ENFANCE	2'194 CAS	1MA
CENTRE D'ENDOSCOPIE	3'039 CAS	1 MA	HORS BLOC & SOINS INT.	556 CAS	3 MA
MATERNITE	2'804 CAS	4 MA	REGA & SMUR	3'722 CAS	3 MA
HOPITAL ORTHOPEDIQUE	1'805 CAS	2 MA	FORMATION THEORIQUE	151 H.	MC & CC

L'équipe médicale de ce service compte 74 médecins (65 EPT) au premier octobre 2005.

MEDECINS DU SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE DU CHUV AU 1^{ER} OCTOBRE 2005				
FONCTION	EFFECTIF (H%/F%)	EPT	TAUX D'ACTIVITE	SALAIRE HORAIRE MOY. (2'200 H/AN)
MEDECIN CADRE	16 (81 / 19)	13	20 % - 100 %	73.10 CHF
CHEF DE CLINIQUE	26 (61 / 39)	20	50 % - 100 %	66.00 CHF
MEDECIN ASSISTANT	32 (52 / 48)	32	100 %	44.80 CHF

Les médecins assistants et chefs de clinique travaillent 220 jours par année, après déduction de 104 jours de week-end (ou de compensation pour travail du week-end), de 25 jours de vacances, de 10 jours fériés officiels et de 6 jours de formation. Le travail hebdomadaire est réparti sur 5 jours ; il peut varier de 42h30 (minimum) à 50 heures (maximum) ; les médecins travaillent donc entre 1870 (minimum) et 2200 (maximum) heures par année pour un même salaire. Par mesure de simplification nous avons calculé les salaires horaires sur 2200 heures annuelles. Nous avons considéré les salaires annuels sur 13 mensualités, sans les charges sociales (+ 15 %) et sans les honoraires privés pour les médecins cadres.

Par leur tournus de formation, les **médecins assistants** sont répartis dans différents secteurs d'activité, géographiquement et administrativement distincts (cf. tableau ci-dessus). L'activité en chirurgie cardio-vasculaire, gynécologie obstétrique, aux soins intensifs et aux urgences extra hospitalières est réservée aux assistants en 2^{ème} et 3^{ème} année de spécialisation. Seuls les assistants aînés (4^{ème} et 5^{ème} année de formation) accèdent à l'hôpital de l'enfance et à l'anesthésiologie pédiatrique du CHUV ainsi qu'au centre d'endoscopie.

D'octobre 2004 à septembre 2005, 42 médecins assistants ont occupé les 32 postes du service ; le pourcentage de femmes était de 33 % ; depuis le 1^{er} octobre 2005, 48 % des médecins assistants sont des femmes ; le tableau ci-dessous résume quelques caractéristiques de ce collectif (le tableau 3 montre la totalité des données recueillies auprès des médecins assistants).

COLLECTIF DES MEDECINS ASSISTANTS EN ANESTHESIOLOGIE AU CHUV, OCT. 2004 – SEPT. 2005						
	ANNEE DE SPECIALISATION EN ANESTHESIOLOGIE					
	1ERE	2EME	3EME	4EME	5EME	6 ^{EME} ET +
EFFECTIF	2	8	10	9	10	3
NB ANNEES DE FPG	3.5	3.75	5.1	6.8	9.7	8.33
SALAIRE HORAIRE MOYEN	39.35	39.90	43.95	49.00	52.60	52.60
EXAMEN ECRIT REUSSI	0	0	8	8	8	3
EXAMEN ORAL REUSSI	0	0	0	5	8	3
PROMOTION CHEF CLINIQUE	0	0	0	0	4	3

Nous constatons que tous les médecins assistants ont effectué 2 ans de formation post grade non spécifique avant de commencer la spécialisation alors qu'une seule année de formation post

grade en médecine interne, chirurgie, gynécologie obstétrique ou pédiatrie est requise pour l'obtention du titre. La plupart des médecins passent l'examen de spécialité en 3^{ème} et 4^{ème} année de spécialisation. La moitié des médecins qui ont obtenu leur titre de spécialiste après 5 ans de spécialisation (4/10) et la totalité de ceux qui l'ont obtenu après 6 ans (3/3) ont été promus chefs de clinique. Le salaire horaire moyen calculé pour 2200 heures annuelles progresse de 39.35 en première année de spécialisation à 52.60 CHF en 5^{ème} et 6^{ème} année.

4.2.2. Eléments constitutifs du coût de la formation

1. La formation théorique

La formation théorique est constituée de 3 colloques hebdomadaires d'une heure et un cours trimestriel de 3 heures ; cette formation est dispensée par les chefs de clinique, les médecins cadres et des orateurs invités. Pour chaque heure de formation nous avons compté une heure de préparation de la part de l'orateur. De plus, les assistants débutants bénéficient de 20 heures de cours, donnés quotidiennement durant le premier mois d'activité. Sur la base du programme des cours et des colloques de l'année 2005, nous avons obtenu les valeurs suivantes :

COUT DE LA FORMATION THEORIQUE			
	PAR CHEF DE CLINIQUE	PAR MEDECIN CADRE	TOTAL
HEURES DE FORMATION	12	139	151
HEURES DE PREPARATION	12	139	151
SALAIRE HORAIRE MOYEN	66.00	73.10	
COUT (CHF)	24 x 66 = 1'584	278 x 73.10 = 20'322.-	21'906.-

Chaque médecin assistant peut en outre bénéficier d'un forfait de formation de 1'000.- par année.

Le **coût annuel total de la formation théorique** peut donc être estimé de la façon suivante :

Coût heures formation théorique + (forfait formation x nombre médecins assistants) =

21'906.00 + 32000.00 = **53'906.00 CHF/année** soient 1'684.55 CHF /année et assistant

2. La formation pratique.

Pour étudier la formation pratique des médecins assistants, nous avons obtenu un échantillon des données enregistrées de routine pour toute intervention nécessitant la présence d'un anesthésiste. Cet échantillon concerne l'activité de 4 blocs opératoires géographiquement et administrativement distincts, pendant 4 semaines entre octobre 2004 et septembre 2005. Ces 4 secteurs occupent 25 médecins assistants et on y effectue la majeure partie des interventions enregistrées (plus de 17'000 cas par année).

L'échantillon que nous avons étudié porte sur :

- période: 22 au 28 novembre 2004, 21 au 27 février 2005, 23 au 29 mai 2005, 22 au 28 août 2005
- nombre de cas enregistrés : 1'392
- nombre de cas retenus : 1'390 après exclusion de 2 cas où la supervision des médecins

assistants est effectuée par un autre médecin assistant

- paramètres retenus : date de naissance du patient, spécialité de l'opérateur, libellé de l'intervention, date de l'intervention, identité de l'anesthésiste responsable (anesthésiste en 1^{ère} position) et sa fonction, identité du 2^{ème} anesthésiste et sa fonction, heure d'induction et de sortie de salle
- valeurs calculées : le temps de travail est calculé par soustraction (heure de sortie de salle – heure d'induction) ; le taux de supervision est estimé selon le nombre de médecins assistants supervisés simultanément par un même chef de clinique ou médecin cadre ; le temps de travail sous supervision est obtenu en multipliant le temps de travail par le taux de supervision ; le temps de travail autonome est obtenu par soustraction (temps de travail - temps de travail sous supervision)
- provenance : bloc opératoire principal BH 05, centre d'endoscopie BH 07, maternité et hôpital orthopédique. Ces 4 secteurs réunis occupent 78 % des médecins assistants du service et effectuent 86 % des interventions : nous estimons donc que l'échantillon étudié est représentatif de l'activité des médecins assistants dans le service d'anesthésie du CHUV.

Les tableaux 4 à 8 résument les données recueillies pour 1'390 interventions et suggèrent quelques constatations :

- un médecin assistant en formation post grade est présent lors de 746 interventions (54 %)
- lorsqu'il est présent, il est responsable de l'anesthésie (1^{ère} position) dans 85 % des cas
- un chef de clinique en 3^{ème} cycle de formation est présent lors de 403 interventions (29 %)
- on peut considérer qu'il n'y a pas de médecin en formation pour 113 interventions (8,1 %) conduites par un chef de clinique seul et 116 interventions (8,4 %) conduites par un médecin cadre seul
- le médecin assistant est présent dans 40 à 50 % des cas en orthopédie traumatologie et en endoscopie, dans 50 à 60 % des cas en neurochirurgie, en chirurgie thoracique, en chirurgie cardio-vasculaire et en chirurgie plastique, dans 60 à 70 % des cas à la maternité et en urologie, dans plus de 75 % des cas en chirurgie viscérale. En ORL, le médecin assistant n'est présent que dans 30 % des cas. Le médecin assistant n'est présent que dans 8 % des cas de chirurgie pédiatrique car il s'agit de cas complexes, les cas plus simples étant traités à l'hôpital de l'enfance.
- au centre d'endoscopie et à la maternité, le médecin assistant est systématiquement responsable de l'anesthésie. Il l'est moins souvent en orthopédie et traumatologie (87 % des cas), en chirurgie thoracique (82 %) et en chirurgie cardio-vasculaire (79 %). Entre 65 % et 75 % des cas dans les autres spécialités sauf la chirurgie pédiatrique où il est régulièrement en 2^{ème} position
- la durée de l'intervention n'est pas corrélée avec le niveau de formation ni la position du médecin assistant ; elle est toutefois fortement dépendante de la nature et de la gravité de l'intervention qui n'a pas été comparée (plus de 900 libellés pour 1'390 interventions)

Le surcoût lié à la présence de médecins assistants en formation peut être calculé de la façon suivante :

- lorsque le médecin assistant est en première position, c'est-à-dire qu'il est responsable de la conduite de l'anesthésie, le surcoût est calculé en multipliant le temps de travail sous supervision par le salaire du chef de clinique ou du médecin cadre qui le supervise
- lorsque le médecin assistant est en deuxième position, on considère qu'il est en apprentissage et que le surcoût est calculé en multipliant le temps de travail sous supervision

par le salaire du médecin assistant

3. Le gain

Lorsque le médecin assistant travaille sans supervision ou sous supervision partielle, il fournit des prestations dont nous estimons la valeur en multipliant le temps de travail autonome par le salaire du médecin assistant. Ces prestations fournies par les médecins assistants « coûtent » moins cher que les mêmes prestations fournies par un spécialiste. Nous estimons cette différence en multipliant le temps de travail autonome (sans supervision) par le salaire du chef de clinique (prestation par spécialiste) déduit du salaire du médecin assistant ; la différence représente le « gain » à déduire du coût de la formation post grade.

SURCOUT ET GAIN DE LA FORMATION POST GRADE POUR 4 SEMAINES, VALEURS GLOBALES					
POSITION DU MA	T. TRAVAIL (H)	T. SUPERVISE (H)	SURCOUT (CHF)	T. AUTONOME (H)	GAIN (CHF)
MA EN 1 ^{ER}	1'322	647	44'998.85	675	14'310.00
MA EN 2 ^{EME}	345	251	11'244.80	94	1'992.80
TOTAL	1'667	898	56'243.65	769	16'302.80

Pour obtenir une estimation annuelle du surcoût et du gain liés à la présence de médecins assistants en formation, nous multiplions ces valeurs (recueillies pour 4 semaines d'activité) par 12 :

- surcoût formation pratique : $56'243.65 \times 12 = 674'923.80$
- gain : $16302.80 \times 12 = 195'633.60$

Estimation du coût annuel global de la formation post grade des médecins assistants en anesthésie = coût formation théorique + surcoût formation pratique – gain

Donc : $53'906.00 + 674'923.80 - 195'633.60 = 533'196.20$ CHF pour 32 médecins assistants soient 16'662.40 CHF par médecin assistant et par année

Nous constatons aisément que le gain lié aux prestations fournies par les médecins assistants sans supervision est loin de couvrir le coût de la formation théorique et pratique.

4.2.3. Une question de point de vue

Pour calculer les salaires horaires des médecins, nous nous sommes basés sur un temps de travail de 50 heures hebdomadaires réparties sur 5 jours : comme les médecins travaillent 220 jours par année, le salaire horaire est calculé en divisant le salaire annuel par 2200. Nous n'avons pas vérifié le temps de travail effectif des médecins du service d'anesthésie mais, nous basant sur l'enquête de la FMH auprès des médecins assistants³¹ qui révèle une durée de travail hebdomadaire moyenne de 53,8 heures, nous avons considéré a priori que 50 heures hebdomadaires correspondent à la situation dans le service.

Toutefois, « la durée du travail hebdomadaire peut varier entre l'horaire normal du personnel de l'hôpital concerné et cinquante heures. Les heures effectuées entre les deux sont des heures supplémentaires qui ne donnent lieu ni à compensation, ni à rémunération »³². Si l'on considère que

l'horaire normal du personnel de l'hôpital est de 42 h 30 par semaine, le salaire annuel doit être divisé par 1870 heures ce qui majore les salaires horaires de 17 %. Chaque médecin travaillant effectivement 50 heures hebdomadaires fournit alors 330 heures supplémentaires « gratuites », permettant une économie virtuelle de 330 heures x salaire horaire calculé sur 1870 heures annuelles.

Ainsi, en refaisant le calcul du coût annuel global de la formation post grade nous obtenons :

- formation théorique : $(24 \times 77.70) + (278 \times 85.95) + 32000 = 57'758.90$
- formation pratique : $((647 \times 81.80) + (251 \times 52.70)) \times 12 = 793'827.60$
- gain sur prestations : $(769 \times (77.70 - 52.70)) \times 12 = 230'700.-$
- gain sur heures supplémentaires : $(330 \times 52.70) \times 32 = 556'512.-$

Dans le service d'anesthésiologie du CHUV, en raison de l'obligation légale d'effectuer un décompte hebdomadaire du temps de travail, l'activité des médecins assistants est planifiée sur une base de 45 heures hebdomadaires ce qui permet d'enregistrer les heures supplémentaires occasionnées par des interventions se prolongeant au-delà du temps prévu sans dépasser le maximum légal de 50 heures hebdomadaires. Dans ce cas, les médecins assistants n'effectuent plus que 2h30 supplémentaires par semaine ce qui réduit considérablement le gain sur les heures supplémentaires « gratuites ». Le tableau ci-dessous compare les coûts et les gains selon les 3 hypothèses considérées.

VARIATION DU COUT ESTIME DE LA FPG EN ANESTHESIOLOGIE SELON LE POINT DE VUE (CHF)			
TEMPS DE TRAVAIL CONSIDERE POUR LE CALCUL DU SALAIRE HORAIRE (HEURES / AN)	2'200	1'870	1'870
HEURES SUPPLEMENTAIRES « GRATUITES » (HEURES / AN)	-	330	110
DUREE DU TRAVAIL HEBDOMADAIRE (HEURES)	50	50	45
1. COUT DE LA FORMATION THEORIQUE (151 H. DE COURS)	53'906.00	57'758.90	57'758.90
2. COUT DE LA FORMATION PRATIQUE (898 H. SUPERVISE)	674'923.80	793'827.60	793'827.60
3. GAIN SUR LES PRESTATIONS (769 H. AUTONOME)	195'633.60	230'700.00	230'700.00
4. GAIN SUR LES HEURES SUPPLEMENTAIRES	-	556'512.00	185'504.00
COUT ANNUEL FINAL = (1+2)-(3+4)	533'196.20	64'374.50	435'382.50
COUT ANNUEL PAR MEDECIN ASSISTANT	16'662.40	2'011.70	13'605.70
TAUX DE COUVERTURE DES COUTS PAR LES GAINS	27 %	92 %	49 %

Ce simple changement de point de vue nous montre que les médecins assistants peuvent payer la quasi-totalité de leur formation post grade par leur contribution aux activités du service, à

condition de travailler effectivement 50 heures par semaine.

4.2.4. Prestations médicales supplémentaires, non considérées dans les calculs ci-dessus.

4.2.4.1. Garde

Pour assurer la garde 24 heures sur 24 et 365 jours par année sur 2 sites distincts (bâtiment principal et maternité du CHUV), le service d'anesthésie mobilise 4 médecins assistants par 24 heures et 5 le dimanche, ce qui représente : 1512 tournus de 12 heures par année soient 18'144 heures /an. Sur la base de 2200 heures travaillées par an, le service de garde par les médecins assistants d'anesthésiologie occupe donc $18144/2200 = 8,25$ EPT (ou 9.7 EPT si l'on se base sur un temps de travail de 1870 heures par année). Le travail de la garde représente ainsi 25% à 30 % du temps de travail des médecins assistants selon le point de vue ; ce travail se déroule sous supervision partielle par un chef de clinique (toujours présent mais desservant 2 sites distincts) et un médecin cadre (présent sur appel).

4.2.4.2. Visites d'antalgie aiguë et visites pré opératoires

2 médecins assistants affectés au bloc opératoire principal (2 EPT) travaillent, par tournus de 15 jours, l'un à l'unité de pré hospitalisation et l'autre à l'unité d'antalgie aiguë ; il s'agit dans les deux cas d'une activité principalement autonome avec supervision pour les cas les plus difficiles.

4.2.4.3. Missions REGA/SMUR

3 médecins assistants (3 EPT) participent au service des urgences extrahospitalières sur hélicoptères et ambulances médicalisés. Pour ce travail, les médecins assistants sont supervisés de manière très partielle, essentiellement par une discussion des cas après les interventions. Cette activité génère donc des gains sur prestations que nous n'avons pas enregistrés, mais qui correspondent pratiquement à la totalité du temps de travail. Les urgences extrahospitalières sont administrativement distinctes du service d'anesthésiologie ; une partie du temps de travail est ici aussi consacrée à la garantie d'une permanence médicale 365 jours par année.

4.2.4.4. Activité à l'hôpital de l'enfance

Le médecin assistant effectuant le tournus à l'hôpital de l'enfance travaille toujours sous la supervision d'un chef de clinique ou d'un médecin cadre. Son temps de travail (1 EPT) doit donc être considéré comme du temps supervisé à 100 %.

4.2.4.5. Tournus aux soins intensifs

L'activité aux soins intensifs est elle aussi administrativement dissociée du service d'anesthésiologie ; les médecins assistants (3 EPT) doivent également y assurer une présence continue, 24 heures sur 24 et 365 jours par année. Les médecins assistants travaillent généralement sous supervision partielle.

4.2.4.6. Recherche

N'étant pas obligatoire dans le cursus de FPG, nous n'avons pas considéré l'activité de recherche ;

nous ignorons donc quelle fraction du temps de travail des médecins assistants en formation post grade est consacrée à des travaux de recherche en anesthésiologie au CHUV.

4.2.4.7. Répartition moyenne du temps de travail en anesthésiologie au CHUV

En nous basant sur les données recueillies pour 4 semaines d'activité dans les blocs opératoires occupant 25 médecins assistants nous pouvons estimer une répartition moyenne annuelle du temps de travail d'un médecin assistant de la manière suivante :

- temps de travail : 220 jours travaillés, organisés en semaines de 45 heures, soient 1980 heures par année
- activité au bloc opératoire : 800 heures (431 heures sous supervision ; 369 heures autonomes) par année
- garde : 1512 tournus de 12 heures soient 18'144 heures à répartir entre 25 médecins assistants soient 726 heures de garde par année
- pré hospitalisation et antalgie aiguë : 158 heures par année (3960 heures effectuées en tournus de 15 jours par 25 médecins assistants)
- formation théorique : 151 heures par année
- les heures supplémentaires sont mises en évidence pour révéler leur contribution au financement de la FPG ; il est entendu que ces heures se répartissent sur les différentes activités du médecin assistant, en particulier le battement entre deux interventions (environ 30 min.) qui ne figure pas dans les relevés officiels de l'activité en salle d'opération

REPARTITION MOYENNE DU TEMPS DE TRAVAIL ANNUEL D'UN MEDECIN ASSISTANT AFFECTE AUX BLOCS OPERATOIRES EN ANESTHESIOLOGIE AU CHUV		
TEMPS DE TRAVAIL TOTAL	1'980 HEURES	100 %
SALLE D'OPERATION	800 HEURES	40 %
- SOUS SUPERVISION	431 HEURES	22 %
- AUTONOME	369 HEURES	18 %
GARDE	726 HEURES	38 %
PRE-HOSP. & ANTALGIE AIGUË	158 HEURES	8 %
FORMATION THEORIQUE	151 HEURES	8 %
HEURES SUPPLEMENTAIRES	110 HEURES	6 %

En résumé, nous pouvons dire que notre estimation porte sur 30 % du temps de travail des médecins assistants pour les coûts de la formation post grade et sur 24 % du temps de travail pour les gains. Il reste donc 46 % de temps de travail durant lequel les médecins assistants fournissent des prestations qui ne sont pas considérées dans cette étude.

Il faut souligner qu'une partie de l'activité de garde se déroule en salle d'opération. Nous avons compté 177 interventions en urgence pour le bloc opératoire principal et le maternité ; 750 cas correspondant à 1667 heures de travail sur 4 semaines, nous calculons que 177 cas correspondent à

393 heures pour le collectif de 25 médecins assistants ; ce qui correspond à 189 heures par année soit 10 % du temps de travail annuel d'un médecin assistant. Il faut donc corriger le tableau ci-dessus en déduisant 10 % de l'activité programmée en salle d'opération (pour ne pas compter ces heures 2 fois) et ajouter une rubrique « activité non définie » couvrant la recherche, le temps de battement entre interventions etc.

5. DISCUSSION – PROPOSITIONS

5.1. ETUDE QUALITATIVE

5.1.1. Accès à la formation post-grade en anesthésiologie

En Suisse, la FPG en anesthésiologie n'est pratiquement soumise à aucune planification ni organisation systématique globale. Étant une spécialité numériquement limitée (les médecins anesthésistes ne représentent que 5 % des médecins en Suisse), l'essentiel de la régulation se fait par la loi de l'offre et de la demande.

La législation (Loi Fédérale sur l'Exercice des Professions Médicales, Ordonnance sur la formation post grade) et les sociétés médicales (FMH : programme de formation post grade de spécialiste en anesthésiologie, SSAR : curriculum de la formation post grade en anesthésiologie, concept de formation post grade) définissent les critères minimaux d'accès à la spécialité ; si le diplôme fédéral de médecin (ou un titre équivalent) est officiellement le critère minimum, il faut souligner que, pour des raisons de sécurité, tous les centres de formation évaluent les candidats quant à leur capacité à assumer le travail de la garde au terme de la période d'essai de 3 mois. Une évaluation plus globale de l'attitude et du travail de chaque candidat intervient au terme de la première année de formation ; l'engagement définitif pour une spécialisation en anesthésiologie dépend de cette évaluation.

Bien que le programme FMH de spécialisation en anesthésiologie exige une année de FPG dans une spécialité autre, on observe une grande diversité sur ce point entre centres de formation : certains exigent une voire deux années de FPG préalables alors que d'autres centres engagent des médecins fraîchement diplômés.

La commission romande d'engagement qui regroupe les principaux centres de formation (Genève, Lausanne, Fribourg, Sion, Neuchâtel et la plupart des hôpitaux de zone) permet d'harmoniser le parcours de FPG des médecins assistants mais elle ne garantit pas toujours une correspondance parfaite entre les postes disponibles et les médecins assistants en quête de travail.

Il nous semblerait judicieux d'unifier la pratique actuelle sur 3 points :

- que chaque centre de formation définisse l'effectif global et par année de spécialisation qu'il s'engage à offrir chaque année, notamment combien de places en première année de spécialisation, véritable porte d'accès à la profession
- définir les critères supplémentaires d'accès tels que le nombre d'années de formation préalable, les secteurs où cette dernière doit avoir été effectuée
- optimiser la base de données de la SSAR en constituant un double registre recensant d'une part les centres de formation et de leurs disponibilités et d'autre part les médecins en FPG et leurs exigences (en termes de tournus dans les différentes spécialités et de catégories de centre de formation)

5.1.2. Nombre de médecins en formation d'anesthésiologie

Le nombre de médecins assistants d'un service de formation est déterminé essentiellement par le volume d'activité de ce service et la loi sur le Travail : pour le service d'anesthésiologie du CHUV

comptant 32 médecins assistants (EPT), le service de la garde assuré par les médecins assistants correspond à 9,7 EPT pour 42h30 de travail hebdomadaire, l'activité élective, 8 heures par jour, dans 26 salles occupe 13 EPT (conformément aux recommandations de la SSAR³³), 8 autres EPT sont répartis entre la pré hospitalisation, l'antalgie aiguë, les soins intensifs et les urgences extra hospitalières. La répartition de ces effectifs dans les 5 années de spécialisation n'est actuellement ni systématique ni régulière : au lieu de 6 médecins assistants par année de spécialisation, on observe un excès d'assistants en fin de formation.

L'application de la loi sur le Travail aux médecins assistants en formation post grade a eu deux conséquences majeures : une augmentation de 20 % de l'effectif des médecins assistants et chefs de clinique travaillant pour les hôpitaux du canton de Vaud et un vieillissement de cet effectif. Ces deux effets se vérifient pleinement dans le service d'anesthésiologie du CHUV.

Si l'on admet qu'un spécialiste en anesthésiologie exerce sa profession pendant 30 ans, il suffirait de 36 nouveaux spécialistes par année pour régénérer la profession. Actuellement, nous formons en Suisse plus de 50 anesthésistes chaque année ; si le 30 % de femmes travaille à mi temps, le nombre de spécialistes formés chaque année dépasse encore le nombre de places laissées vacantes par les départs à la retraite. Ceci dit, est-il raisonnable d'augmenter le nombre de médecins en formation sachant que ce nombre est largement supérieur au besoin en anesthésistes ? Ne vaudrait-il pas mieux distinguer la formation post grade de la prestation de soins en fixant d'une part un nombre maximum de médecins assistants que chaque centre s'engage à former avec une perspective raisonnable de possibilité de travail à long terme et d'autre part en définissant les besoins en personnel médical que chaque centre doit engager pour assurer la fourniture des prestations dans le respect de la loi sur le Travail.

Le vieillissement de la population des médecins assistants en formation et la reconduction du moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux (limitant l'accès à la pratique privée pour les anesthésistes) nous font craindre un engorgement de la filière de formation, limitant de facto l'accès à la profession. Il nous semble dès lors important, pour un centre de formation, de veiller à offrir chaque année la possibilité de commencer la spécialisation. Le contrat de durée indéterminée, introduit par la convention entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2003, risque de compromettre cette possibilité ; il faut trouver une manière de renouveler les médecins assistants en formation afin d'assurer à long terme la mission de formation de l'institution.

5.1.3. Profil des médecins en formation d'anesthésiologie

Seuls 5 % des médecins assistants en FPG d'anesthésiologie se spécialisent dans un autre domaine, généralement proche tel que la médecine d'urgence ou la médecine intensive.

Contrairement à d'autres spécialités, la proportion de femmes en anesthésiologie (environ 30 %) est stable dans le temps de 1970 à 2000 (voir tableau 2). La possibilité de travailler à temps partiel est mise à profit par nombre d'entre elles parmi les cheffes de clinique actuellement dans le service d'anesthésiologie du CHUV (les femmes constituent 39% du collectif des chefs de clinique). Cette possibilité est également envisagée par un nombre croissant de jeunes médecins de sexe masculin et par les anesthésistes en fin de carrière.

Pour faire face au besoin en médecins assistants consécutif à l'application de la loi sur le Travail à cette catégorie, les hôpitaux ont engagé des médecins de l'Union Européenne (jusqu'à 30 % des effectifs aux HU de Genève) ; la moitié de ces médecins retourne dans son pays d'origine une fois sa FPG achevée.

Ces deux éléments doivent être suivis attentivement car si une partie des spécialistes formés « disparaissent » du marché du travail, il faut en tenir compte dans la définition du nombre de spécialistes que nous devons former pour couvrir le besoin.

5.1.4. Durée de la formation post grade en anesthésiologie

Fixée légalement à 6 ans, la formation post grade en anesthésiologie dure en moyenne 10 ans. La plupart des médecins assistants en anesthésiologie au CHUV ont effectué au moins 2 ans de FPG non spécifiques avant de commencer leur spécialisation. Ils passent généralement l'examen de spécialité en 3^{ème} et 4^{ème} année de formation spécifique. Les 2 années de formation supplémentaire sont probablement à mettre sur le compte de la nécessité de se perfectionner dans certains domaines pour atteindre le nombre de gestes requis ou sur le compte des restrictions professionnelles liées au moratoire.

En Suisse, les exigences quant au contenu et à la qualité de la FPG en anesthésiologie sont globalement supérieures aux exigences européennes. Sur 9 candidats lausannois aux examens écrits d'octobre 2005, 1 seul a échoué ; en 2004, sur 63 candidats suisses à l'examen oral, 3 seulement ont échoué. Pour comparaison, le taux d'échec européen est de 40%.

L'application de la loi sur le Travail aux médecins assistants a diminué leur temps de travail de 16 % ; l'anesthésiologie étant une spécialité interventionnelle, cette diminution du temps de travail diminue d'autant le nombre d'interventions pratiquées et par conséquent la qualité de la formation. Pour maintenir le niveau de formation on peut certes essayer de réduire les tâches administratives (qui ne sont pas lourdes en anesthésiologie), mais il paraît illusoire d'augmenter le nombre de gestes dans un temps donné, l'anesthésiologie s'inscrivant puissamment dans le temps.

Pour offrir le même contenu de formation, il faudrait fixer la durée de la formation à 7 ans ce qui est contraire aux mesures d'ouverture à l'Union Européenne qui sont en cours.

La FPG ne peut donc être garantie que par un engagement prioritaire en faveur de la formation de la part des médecins cadres responsables. Il va de soi qu'un tel engagement ne peut être fructueux que si l'on exige une contrepartie (en termes de rendement sur l'activité clinique) de la part des médecins assistant. En effet, des trois missions de l'hôpital universitaire, la formation est certainement la plus difficile car elle ne bénéficie ni du prestige de la recherche ni de l'avantage sonnante et trébuchante d'une prestation fournie contre rétribution. Elle mérite pourtant d'être bien pensée, organisée et accessoirement rétribuée car c'est de cette activité que dépend la qualité des soins à l'avenir et, partant, le prestige d'un centre de formation.

5.1.5. Prospective

Evolution du besoin

Si l'augmentation régulière du volume d'activité en anesthésiologie va probablement se poursuivre ces prochaines années, il est plus difficile d'évaluer l'évolution du volume de travail lié aux modifications des techniques et pratiques professionnelles notamment en réponse aux nouveaux besoins (nouvelles technologies, analgésie obstétricale, analgésie chronique...).

De même, il est difficile d'évaluer l'augmentation des besoins liée aux exigences de sécurité imposées par l'application de la loi sur le Travail aux médecins en formation post grade, exigences qui à terme pourraient être imposées également aux médecins en pratique privée.

A cause de l'incertitude quant au sort des cliniques privées, la plupart de ces dernières fonctionnent avec une dotation en anesthésistes insuffisante pour garantir des conditions de sécurité optimales.

Le partage des informations concernant le volume d'activité des différentes institutions et la

charge de travail qui en découle pour les médecins anesthésistes, nous semble indispensable pour obtenir une vision globale du besoin et organiser la formation de la relève nécessaire.

Loi du Travail

Si les postes nécessaires à l'application de la loi sur le Travail sont en principe accordés par le Département de la santé et de l'action sociale, il faudra attendre 2007 pour atteindre l'effectif cible pour les médecins assistants en anesthésiologie.

Le contrat de durée indéterminée représente certainement une amélioration significative du statut des médecins assistants et chefs de clinique ; il entraîne cependant un vieillissement du collectif des médecins assistants et risque de bloquer l'accès à la spécialisation.

La convention vaudoise a permis d'améliorer de manière significative les contrats de formation. Toutefois, en anesthésiologie et dans les autres spécialités interventionnelles, des demandes de dérogation à la convention ont été formulées afin de concilier nombre d'interventions et durée de la formation.

Il est donc urgent de trouver une solution qui garantisse l'accès à la formation en réintroduisant par exemple une limite au nombre d'années d'assistantat voire au nombre d'années en tant que chef de clinique.

Par ailleurs, le problème des spécialités interventionnelles doit être appréhendé par chaque spécialité concernée tant par une mise à jour du catalogue des interventions requises que par une optimisation des opportunités de formation.

Planification

Si ce n'est par l'allocation des budgets, le Département de la santé et de l'action sociale n'exerce aucune activité de planification de la population médicale.

La commission romande d'engagement permet d'améliorer la trajectoire professionnelle des médecins assistants en FPG d'anesthésiologie entre les différentes catégories de centres de formation.

La création d'un réseau d'enseignement médical à distance et le regroupement de cours théoriques sur un après-midi trimestriel améliorent la formation théorique.

Un concept de FPG commun, intégrant les spécificités de chaque centre pourrait améliorer les conditions de formation.

Moratoire

La quasi impossibilité d'accéder à la pratique privée renforce encore l'effet de l'introduction du contrat de durée indéterminée à savoir un vieillissement de la population des médecins assistants qui risque de compromettre l'accès à la spécialisation.

Levée de l'obligation

Cette éventualité n'inquiète guère les anesthésistes car le nombre de professionnels est actuellement légèrement insuffisant pour répondre au besoin de la population. Tout au plus les assureurs pourront-ils faire pression sur les prix, mais les anesthésistes sont dans une situation de quasi-monopole ce qui leur donnerait un certain poids lors des inévitable négociations qu'une levée de l'obligation de contracter provoquerait.

5.2. ETUDE QUANTITATIVE, DISCUSSION DES RESULTATS

5.2.1. Activité et population étudiées

Nous avons utilisé des données rétrospectives extraites de la base de données servant à l'enregistrement de routine de l'activité anesthésiologique au bloc opératoire ; nous n'avons pu contrôler ni l'exhaustivité, ni la qualité de ces données. Les conclusions que nous en tirons demanderaient à être vérifiées par une étude prospective.

L'échantillon d'activité examiné couvre en principe toute l'activité anesthésique en salle d'opération sauf l'activité à l'hôpital de l'enfance. Les 25 médecins assistants affectés aux blocs opératoires sont présents lors de 54 % des interventions représentant 51 % du temps de travail total en salle. Le temps de travail sous supervision est estimé à 52 % de leur temps de présence en salle et 48 % pour le temps de travail autonome.

Les informations concernant le collectif des médecins en FPG portent sur la totalité des médecins assistants qui ont travaillé dans le service durant l'année considérée (1.10.2004 – 30.9.2005). On note un déséquilibre au détriment des débutants (2 assistants en 1^{ère} année, 5 en 2^{ème}, contre 9 ou 10 assistants en 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année) ; il n'y a que 3 assistants en 6^{ème} année car les porteurs du titre de spécialiste sont automatiquement promus au rang de chef de clinique s'ils restent dans le service.

L'activité normale des médecins assistants, en plus du travail électif au bloc opératoire, couvre le service de garde (plus d'un tiers du temps de travail des médecins assistants ou 8,25 EPT pour 50 h hebdomadaires ; 9,7 EPT pour 42 h 30 hebdomadaires), la pré hospitalisation (1 EPT), l'antalgie aiguë (1 EPT), une partie des urgences extra hospitalières (3 EPT) et une partie de l'activité aux soins intensifs (3 EPT).

5.2.2. Calcul du coût de la formation post grade

En préambule, il convient de préciser trois points :

1. **Cette étude a une validité limitée au cas du CHUV. Nous n'avons aucune idée de la représentativité de l'exemple du CHUV quant à l'extension des résultats à l'ensemble de la situation helvétique en anesthésiologie ou aux autres spécialités.**
2. Le coût de la formation théorique est probablement sous-estimé dans sa valeur absolue: le nombre d'heures de cours officiellement annoncés s'élève à 151 heures pour 1 année ; nous avons arbitrairement compté un nombre d'heures équivalent pour la préparation de ces cours, mais il est plus que vraisemblable que le temps nécessaire à la préparation d'un cours de 60 minutes soit supérieur à une heure. Toutefois, ces cours bénéficient à l'ensemble du corps médical actif en anesthésiologie dans le service et même en dehors de celui-ci il serait donc juste de partager le coût des cours entre tous les bénéficiaires.
3. Le taux de supervision a été estimé sur la base du relevé de l'activité opératoire ; il s'agit probablement du maximum de supervision possible compte tenu de la dotation en personnel médical dans le service d'anesthésiologie du CHUV. Il est possible que ce taux, et par conséquent le temps de travail sous supervision, soit légèrement supérieur à la réalité. Une enquête sur le terrain serait nécessaire pour obtenir une évaluation plus précise du temps effectivement consacré à la supervision des médecins assistants en formation post grade.

L'estimation du coût de la formation sur la base d'un salaire horaire calculé pour 50 heures de travail hebdomadaire montre que le gain sur les prestations fournies par les médecins assistants ne

permet de couvrir que 27 % du coût de la formation post grade.

Si l'on calcule les salaires horaires pour 42 h 30 de travail hebdomadaire, le gain sur les heures supplémentaires non rémunérées, telles qu'elles sont mentionnées dans la convention, en plus du gain sur les prestations couvre 92 % des frais de formation théorique et pratique, à condition que les médecins assistants travaillent effectivement 50 heures par semaine.

Il est important de souligner que la formation post grade, telle qu'elle est organisée dans le service d'anesthésiologie du CHUV, ne correspond pas exactement à cette vision schématique. En effet, la convention vaudoise requiert un décompte hebdomadaire du temps de travail des médecins assistants, ce qui n'autorise aucune compensation d'heures supplémentaires d'une semaine à l'autre. La planification du travail en salle d'opération se fait donc sur une base de 45 heures hebdomadaires permettant d'enregistrer les éventuels et inévitables dépassements du temps opératoire programmé sans dépasser la limite légale de 50 heures de travail hebdomadaire. Par conséquent, le gain réalisé sur les heures supplémentaires non rémunérées (2h30 au lieu de 7h30 par semaine) sera de 60 % inférieur au gain calculé pour un temps de travail effectif de 50 heures hebdomadaires. Dans ce cas, le coût de la FPG des anesthésistes n'est couvert qu'à 49 % par les gains.

Il faut souligner également que notre estimation du coût de la formation porte sur 30 % du temps de travail des médecins assistants (22 % pour la formation pratique, 8 % pour la formation théorique) alors que les gains estimés proviennent de 24 % de leur activité (18 % pour le travail autonome, 6 % pour les heures supplémentaires « gratuites »). Les activités (gardes, recherche, pré hospitalisation, antalgie) développées pendant les 46 % restants, dont nous n'avons pas pu chiffrer le coût ou le gain, contribuent certainement aussi à financer la formation post grade des médecins assistants.

6. CONCLUSION

« Les médecins assistants ont une double activité : a) ils secondent les médecins dont ils relèvent dans les soins cliniques, la recherche et l'enseignement, b) ils effectuent une formation post grade ou continue »³⁴. Depuis 2002, ces deux activités subissent de profonds changements, parfois contradictoires.

La formation, dont le but est fondamentalement le renouvellement de l'effectif de spécialistes nécessaires à couvrir les besoins de la population, répond à une logique dynamique, évolutive, s'adaptant aux nouvelles technologies, nécessitant une structure adéquate, en un mot une école qui propose un programme à parcourir dans un temps donné. L'article 6 de la Convention vaudoise cité ci-dessus ne révèle rien de la complexité organisationnelle imposée, à un centre de formation tel que le service d'anesthésiologie du CHUV, par ces deux missions, intimement liées, de prestation de soins et de formation.

À travers l'ASMAC qui les représente, les médecins assistants en formation ont formulé des exigences de qualité pour la formation ; le processus d'accréditation des centres de formation, contrôlé par la FMH et auquel participent la SSAR et l'ASMAC, l'établissement d'un concept de formation par chaque centre accrédité et l'obligation inscrite dans la Convention vaudoise de définir un plan de travail et un plan de formation répondent formellement à cette exigence. Parallèlement, les accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes obligent à garantir l'euro compatibilité des formations et des diplômes et, par conséquent, une meilleure structuration de la formation, sanctionnée par des examens reconnus en Suisse et à l'étranger. Les résultats des candidats suisses aux examens de spécialité, meilleurs que la moyenne européenne, suggèrent que la formation est de bonne qualité en Suisse et à Lausanne.

Les médecins assistants, bien qu'en formation, assurent des prestations sanitaires d'utilité publique, premièrement par le service de garde qui occupe près du tiers de leur temps de travail, puis par leur activité clinique effectuée sans supervision directe. Notre estimation du coût de la formation post grade des médecins assistants suggère que l'activité des médecins assistants en anesthésiologie peut couvrir entre 49 % et 92 % du surcoût lié à la FPG si l'on calcule leur salaire horaire pour des semaines de 42 heures 30 et qu'ils travaillent respectivement 45 ou 50 heures hebdomadaires.

Les nouvelles exigences quant aux conditions de travail imposées par la Convention vaudoise ont entraîné des changements considérables : le temps de travail hebdomadaire, limité à 50 heures, a été diminué de 17 % ; les salaires ont été réévalués ; les médecins assistants bénéficient d'un contrat de durée indéterminée ; les conditions de travail sont améliorées (protection de la grossesse, repos obligatoire). Ces modifications sont globalement positives, mais on observe des retombées négatives sur la formation :

- diminution du nombre de cas traités provoquant un allongement de la durée de FPG pour les spécialités interventionnelles.
- vieillissement de la population des médecins assistants risquant de bloquer la filière de formation

Si la formation de spécialistes en anesthésiologie se révèle être une activité complexe et onéreuse, elle fait partie des trois missions des hôpitaux publics qui doivent garantir la couverture des besoins en santé de la population, aujourd'hui mais aussi à l'avenir. Il s'agit d'un investissement considérable qui, si la formation se révèle de bonne qualité, peut avoir des retombées positives non seulement sur la qualité et l'économicité des prestations fournies, mais aussi sur le prestige d'un centre de formation, au même titre que les articles scientifiques publiés. Contrairement à la

recherche, la formation pratique de l'anesthésiste passe nécessairement par la présence physique d'au moins trois personnes (le médecin assistant, le médecin formateur et le patient) pendant un temps donné, incompressible. De plus, la répétition de gestes est nécessaire pour en garantir la qualité et la sécurité. Fondamentalement, la formation d'un anesthésiste se fait par compagnonnage. Cet investissement pourrait être réduit en limitant le nombre de postes de médecins assistants en formation compte tenu du besoin en anesthésistes et de l'évolution prévisible de la profession. Une partie des prestations assurées actuellement par les médecins assistants, notamment les gardes, pourraient en effet être fournies par des praticiens hospitaliers, ce qui permettrait aux assistants en formation de consacrer plus de temps à la formation pratique spécifique.

Dans l'examen des données opératoires, nous nous sommes concentrés sur les médecins assistants qui seuls sont en formation post grade au sens de la loi. Il faut cependant relever que pour le 46 % des interventions où aucun médecin assistant n'est présent, il y a généralement un chef de clinique en position d'apprentissage ou de perfectionnement (29 % des cas). En effet, le concept de formation du service d'anesthésiologie du CHUV prévoit un troisième niveau, s'adressant aux chefs de clinique (porteurs du titre de spécialiste) et leur permettant de se perfectionner dans des domaines particuliers (ex : chirurgie cardio-vasculaire, neurochirurgie, chirurgie ambulatoire). Dans 16 % des cas seulement, l'anesthésie est conduite par un seul médecin, chef de clinique ou médecin cadre ; sans offrir, par conséquent, d'opportunité de formation.

Dans le contexte particulier de la Suisse en 2005, moratoire, application de la Loi sur le travail aux médecins en formation et restrictions budgétaires, cet investissement sert en premier lieu les institutions publiques où les jeunes spécialistes sont bloqués. Mais à moyen terme, c'est la mission de formation de ces institutions qui est menacée si on ne prend pas garde aux effets « secondaires » des modifications importantes que chaque réforme législative entraîne.

Pour conclure nous nous permettons premièrement de citer le rapport du « Projet médecine en Suisse demain » mené conjointement par l'ASSM, la FMH et les 5 Facultés de médecine suisses : *« Les autorités, les systèmes de santé, les établissements de formation de même que les organisations professionnelles, se coordonnent pour la planification qualitative et quantitative des besoins, en tenant compte de l'évolution démographique, de l'attractivité des professions médicales et des besoins en prestations de santé. Compte tenu des longues durées de formation, cette planification doit porter au minimum sur un horizon de 12 à 15 ans... Le principe teach the teachers doit être adopté et largement appliqué en tant qu'instrument important de gestion de la qualité. »*³⁵ et deuxièmement, de proposer un renforcement de la mission d'enseignement des centres de formation notamment par :

- une planification du nombre de spécialistes à former tenant compte de l'évolution du besoin (départs à la retraite, départs à l'étranger, pourcentage d'activité, modifications de pratique professionnelle, nouvelles technologies), ce qui impliquerait de limiter le nombre de médecins en formation dans chaque centre
- une organisation « prioritaire » de la formation post grade garantissant une formation complète (nombre de gestes) dans les délais prescrits (5 ans en anesthésiologie) ; en particulier par une diminution de l'activité de garde au profit des formations spécifiques afin de compenser le temps de formation perdu par la diminution du temps de travail à 50 heures hebdomadaires
- l'introduction de médecins hospitaliers complétant l'équipe médicale, notamment pour les gardes. Cette fonction permettrait de créer des débouchés professionnels accessibles également aux médecins en fin de formation mais n'ayant pas encore obtenu le titre de spécialiste ; de plus elle pourrait servir à « rembourser » la formation post-grade

Une telle planification pourrait être facilitée par la mise à jour et l'optimisation des nombreuses bases de données existantes et imposées par la législation (registre des porteurs de diplôme, registre des porteurs de titres de spécialités, statistiques FMH, enregistrements des données d'activité des hôpitaux).

7. TABLEAUX

TABLEAU 1. DELAI D'OBTENTION DU TITRE DE SPECIALISTE FMH EN ANESTHESIOLOGIE, POUR 98 ANESTHESISTES ETABLIS DANS LE CANTON DE VAUD ET AYANT OBTENU LE DIPLOME FEDERAL ENTRE 1970 ET 2000					
ANNEE DU DIPLOME	6 OU MOINS	7 A 10	11 A 15	16 ET PLUS	TOTAL (H/F)
1970 – 1980	3	9	13	5	30 (22/8)
1981 - 1990	2	22	25	3	52 (35/17)
1991 - 2000	2	11	3	-	16 (9/7)
TOTAL (H/F)	7 (4/3)	42 (33/9)	41 (22/19)	8 (7/1)	98 (66/32)
DELAI MOYEN : 10.84 ANS. DELAI MEDIAN : 10 ANS					

TABLEAU 2. DELAI D'OBTENTION DU TITRE FMH SELON L'ANNEE D'OBTENTION. COMPARAISON ENTRE PLUSIEURS SPECIALITES EXIGEANT 6 ANS DE FPG. (STATISTIQUE FMH 2004).							
	2000	2001	2002	2003	2004	MOYENNE	Nb. TOTAL SPECIALISTES
ANESTHESIOLOGIE	10.6	10.1	11.0	9.2	10.0	10.1	1069
CHIRURGIE	11.4	10.0	10.8	10.5	9.6	10.4	1027
RHUMATOLOGIE	12.9	-	11.6	8.9	13.1	12.3	421
CARDIOLOGIE	12.5	11.2	9.7	10.2	10.4	10.9	429
PSYCHIATRIE	11.1	12.2	14	17	13.5	14	2229

TABLEAU 3 : COLLECTIF DES MEDECINS ASSISTANTS DU 1.10.2004 AU 30.9.2005.

MA N°	ANNEE DIPLOME	FPG	AUTRE	ALG	PRESENT DES LE	PRESENT JUSQU'AU	% ACT.	SALAIRE HORAIRE	ALG AV EXAMEN	EXAMEN ECRIT	EXAMEN ORAL	PROMU CC
1	2000	5	4	1			100%	43.6		2007	2008	0
2	2001	2	1	1		30.09.2005	100%	35.1		2007	2008	0
3	2003	2	0	2		31.12.2004	100%	35.1		?	?	0
4	2001	4	2	2			100%	40.4		2006	2007	0
5	2001	4	2	2			100%	40.4		2006	2007	0
6	1997	7	5	2		31.03.2005	100%	49.6		non	non	0
7	2001	3	1	2			100%	37.7		2009	2010	0
8	2001	3	1	2	01.04.2005		100%	37.7		2006	2007	0
9	2001	4	2	2			100%	40.4		2006	2007	0
10	2002	3	1	2	01.04.2005		100%	37.7		?	?	0
11	1999	6	3	3			100%	46.9	3	05 R	2006	0
12	1999	5	2	3			100%	43.6	3	05 R	2006	0
13	2000	4	1	3			100%	40.4	3	05 R	2006	0
14	1999	5	2	3	01.07.2005		100%	43.6	3	05 R	2006	0
15	2000	4	1	3		31.03.2005	100%	40.4		2006	2007	0
16	1999	6	3	3			100%	46.9	2	04 R	05 R	0
17	1999	5	2	3			100%	43.6	3	05 R	2006	0
18	1999	5	2	3			100%	43.6	2	04 R	05 R	0
19	2000	5	2	3			100%	43.6	3	05 E	?	0
20	1999	6	3	3	01.04.2005		100%	46.9	2	04 R	2006	0
21	1998	7	3	4	01.04.2005		100%	49.6	3	04 R	05 R	0
22	1998	6	2	4		31.03.2005	100%	46.9	3	04 R	05 R	0
23	1996	9	5	4			100%	55.5		2006	2007	0
24	1999	5	1	4		31.03.2005	100%	43.6	4	05 R	2006	0
25	1999	6	2	4			100%	46.9	3	04 R	05 R	0
26	1998	7	3	4			100%	49.6	4	05 R	2006	0
27	1998	6	2	4		31.03.2005	100%	46.9	3	04 R	05 R	0
28	1997	8	4	4			100%	52.7	2	03 R	2006	0
29	1997	7	3	4		30.09.2005	100%	49.6	2	03 R	04 R	1
30	1993	11	6	5		30.06.2005	100%	55.5	1	01 R	02 R	1
31	1989	16	11	5		31.03.2005	50%	55.5	4	04 R	05 R	1
32	1987	17	12	5	01.04.2005	30.06.2005	100%	55.5	3	03 R	04 R	0
33	1997	8	3	5			100%	52.7	3	03 R	04 R	0
34	1996	8	3	5		31.12.2004	100%	52.7	3	03 R	04 R	1
35	1997	8	3	5			100%	52.7	4	04 R	05 R	0
36	1992	7	2	5		31.03.2005	100%	49.6	5	05 ?	2006	0
37	1995	9	4	5		31.03.2005	100%	55.5	2	02 R	03 R	1
38	1999	6	1	5			100%	46.9		2006		0
39	1997	7	2	5	01.04.2005		100%	49.6	2	02 R	03 R	0
40	1994	8	2	6		31.03.2005	100%	52.7	5	04 R	05 R	1
41	1998	7	1	6		30.09.2005	100%	49.6	4	03 R	04 R	1
42		10	4	6		31.03.2005	50%	55.5	4	04 R	05 R	1

Les années de FPG et les années en ALG sont comptées en années à plein temps

Le salaire est déterminé en fonction du nombre d'années de FPG selon le barème cantonal, sans charges sociales

Le salaire horaire, est calculé en divisant le salaire annuel (13 mensualités) par 2200 (220x10h/j)

Examen: date prévue ou passée, le cas échéant, réussite (R) ou échec (E)

On considère que la FPG se termine à la fin de l'année de FPG au cours de laquelle le candidat obtient le titre FMH

TABLEAU 4. REPARTITION DES INTERVENTIONS SELON SPECIALITES ET PRESENCE DE MEDECINS ASSISTANTS EN FORMATION

SPECIALITE	INTERVENTIONS SANS MA	INTERVENTIONS AVEC MA	TOTAL PAR SPECIALITE
ORTHO-TRAUMAT	170	156 (47.9 %)	326
ENDOSCOPIE	134	108 (44.6 %)	242
MATERNITE	79	135 (63.1 %)	214
CHIRURGIE VISCERALE	31	105 (77.2 %)	136
NEUROCHIRURGIE	34	52 (60.5 %)	86
CHIR CARDIOVASCULAIRE	37	48 (56.5 %)	85
CHIR THORACIQUE	34	50 (59.5 %)	84
CHIR PLASTIQUE & REC.	37	42 (53.2 %)	79
ORL	54	24 (30.8 %)	78
UROLOGIE	9	17 (65.4 %)	26
CHIR PEDIATRIQUE	23	2 (8 %)	25
CHIR ONCOLOGIQUE		3 (100 %)	3
CHIR VASCULAIRE	1	1 (50 %)	2
HPC		2 (100 %)	2
ALG	1	0	1
PED		1 (100 %)	1
TOTAL	644	746 (54 %)	1390

TABLEAU 5. DECOMPTE DES INTERVENTIONS PAR SPECIALITE, EN FONCTION DE LA POSITION DU MEDECIN ASSISTANT			
SPECIALITE	MA EN 1ER	MA EN 2EME	MA PRESENT
ENDOSCOPIE	108 (100 %)	0	108
CHIR CARDIOVASCULAIRE	38 (79.2 %)	10	48
CHIRURGIE THORACIQUE	41 (82 %)	9	50
CHIRURGIE VISCERALE	72 (68.6 %)	33	105
CHIR. PLASTIQUE & RECONSTRUCT.	30 (71.4 %)	12	42
MATERNITE	135 (100 %)	0	135
NEUROCHIRURGIE	35 (67.3 %)	17	52
ORL	17 (70.8 %)	7	24
ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE	136 (87.2 %)	20	156
UROLOGIE	13 (76.5 %)	4	17
TOTAL	625 (85 %)	112 (15 %)	737

TABLEAU 6. DUREE MOYENNE DES INTERVENTIONS PAR SPECIALITE, AVEC OU SANS MEDECIN ASSISTANT			
SPECIALITE	DUREE MOYENNE SANS MA	DUREE MOYENNE AVEC MA	RATIO AVEC/SANS MA
ENDOSCOPIE		1.31	
CHIR CARDIOVASCULAIRE	2.72	3.84	1.41
CHIRURGIE THORACIQUE	2.46	2.58	1.05
CHIRURGIE VISCERALE	3.08	2.48	0.81
CHIR. PLASTIQUE & RECONSTRUCT.	1.99	2.14	1.08
MATERNITE		1.19	
NEUROCHIRURGIE	4.97	3.84	0.77
ORL	2.15	3.34	1.56
ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE	2.51	2.14	0.85
UROLOGIE	4.21	2.35	0.56

TABLEAU 7. DUREE MOYENNE DES INTERVENTIONS SELON L'ANNEE DE SPECIALISATION ET LA POSITION DU MEDECIN ASSISTANT

ANNEE DE SPECIALISATION	MA EN 1ER	MA EN 2EME	RATIO 1 ^{ER} /2EME
DONNEE MANQUANTE	2.74		
1 ^{ERE} ANNEE	2.56	3.47	0.74
2 ^{EME} ANNEE	2.25	2.83	0.79
3 ^{EME} ANNEE	1.84	3.25	0.57
4 ^{EME} ANNEE	2.59	2.83	0.92
5 ^{EME} ANNEE	1.73	3.25	0.53
6 ^{EME} ANNEE	1.94	1.54	1.26

TABLEAU 8. COMPOSITION DES EQUIPES MEDICALES SELON LA FONCTION ET LA POSITION					
	2EME ANESTHESISTE				
1 ^{ER} ANESTHESISTE	Ø INDICATION	MEDECIN ASSIST.	CHEF DE CLINIQUE	MEDECIN CADRE	TOTAL
Ø INDICATION	1			12	13
MEDECIN ASSISTANT	88	2	59	484	633
CHEF DE CLINIQUE	111	54	2	383	550
MEDECIN CADRE	63	58	20	53	194
TOTAL	263	114	81	932	1390

8. GLOSSAIRE

ASMAC : association suisse des médecins assistants et chefs de clinique
ASMAV : association suisse des médecins assistants et chefs de clinique, section vaudoise
ASSM : Académie suisse des sciences médicales
CC : chef de clinique
DFI : Département Fédéral de l'Intérieur
EPT : équivalent plein temps
ESA : European society of Anesthesiology
FMH : fédération des médecins suisses
FPG : formation post grade
LAMal : loi sur l'assurance maladie
LTr : loi sur le travail
LEPM : loi sur l'exercice des professions médicales
MA : médecin assistant en formation post grade
MC : médecin cadre
OAQ : Organe d'accréditation et d'assurance qualité des hautes écoles suisses
OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique
REGA : urgences extra hospitalières sur hélicoptère médicalisé
SMUR : urgences extra hospitalières sur ambulance médicalisée
SSAR (SGAR en allemand) : société suisse d'anesthésie et réanimation

¹ Max Giger, *Die ärztliche Weiterbildung in der Schweiz : eine Lagebeurteilung*, Bulletin des médecins suisses, 2002 ;83 :n°26.

² Peter Studer, *Kosten der Weiterbildung*, Journal ASMAC, n°4&5, mai 2003.

³ Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) du 18.3.1994, RS 832.10. Article 49, alinéa 1. Voir aussi l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP) du 3.7.2002, RS 832.104 qui s'y réfère.

⁴ Luisa Franzini, *Assessing the cost of a cardiology residency program with a cost construction model*, Am Heart J 1999; 138: 414-421.

⁵ Lynn A. Blewett, *Measuring the direct cost of graduate medical education training in Minnesota*, Acad.Med. 2001; 76:446-452.

⁶ Loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (LEPM) du 19.12.1877, RS 811.11.

⁷ Ordonnance sur la formation post grade et la reconnaissance des diplômes et des titres post grades des professions médicales, du 17.10.2001, RS 811.113.

⁸ Cf. supra, Max Giger, *Die ärztliche Weiterbildung*.

⁹ Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce du 13 mars 1964, RS 822.11.

¹⁰ Convention fixant les conditions de travail et de formation des médecins assistants et chefs de clinique dans les hôpitaux d'intérêt public du canton de Vaud du 10 septembre 2003. www.as mav.ch

¹¹ Loi du 12 novembre 2001 sur le personnel de l'Etat de Vaud, articles 37 à 39 et article 50.

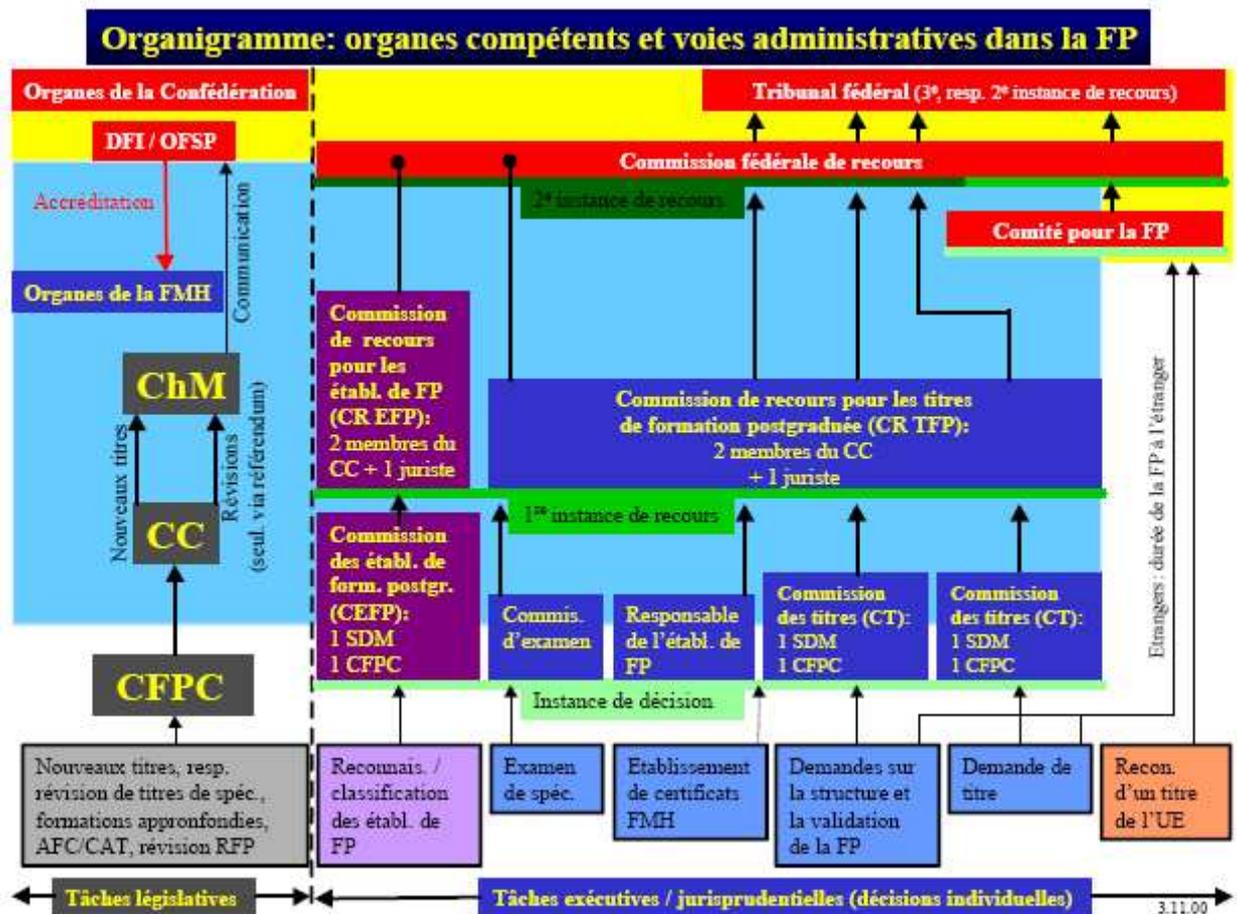
¹² Dr Elisabeth van Gessel, *Rapport d'autoévaluation ; programme de formation post graduée en anesthésiologie de la SSAR*. Genève, septembre 2004.

¹³ Spécialiste en anesthésiologie, programme de formation post graduée du 1^{er} janvier 2001, révisé le 12 septembre 2002. <http://www.fmh.ch/awf>.

¹⁴ Cf. supra, Dr E. van Gessel, *Rapport d'autoévaluation*.

¹⁵ Concept de formation post graduée, service d'anesthésiologie du CHUV, Lausanne, www.sgar-ssar.ch.

¹⁶ Organigramme des organes compétents et des voies administratives dans la formation post grade, www.fmh.ch.



¹⁷ Statistique médicale FMH 2004, Bulletin des médecins suisses 2005 ; 86 : n° 15.

¹⁸ Registre des médecins, www.fmh.ch.

¹⁹ M. Siegrist, *Weiterbildung aus der Sicht der Assistenzärzte*, Bulletin des médecins suisses, 2005; 86: n° 7.

²⁰ Loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse du 19.12.1877, RS 811.11, article 13 lettre h.

²¹ SSAR, *Rapport annuel 2004*, www.SGAR-SSAR.ch

²² Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Philippe Martinet concernant les effets de l'accord signé par le Conseil d'Etat avec les représentants des médecins assistants et chefs de clinique (ASMAV). SSP 25 juin 2005.

²³ Chantal Mamie, *Evolution prévisible des effectifs médico-infirmiers en anesthésie en Suisse romande*, Médecine&Hygiène 2004 ; 62 : 2502-6.

²⁴ Cf. supra, Ordonnance sur la formation post grade.

²⁵ Données de la FMH : temps de formation certifié entre l'obtention du diplôme fédéral de médecin et l'obtention du premier titre de spécialiste (voir tableau 2).

²⁶ Cf. supra, réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Martinet.

²⁷ Cf. supra, article de Chantal Mamie.

²⁸ Cf. supra, réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Martinet.

²⁹ Enquête ASMAV 2001 : médecins hospitaliers, résultats du sondage, www.asmav.ch.

³⁰ Centre hospitalier universitaire vaudois, *Rapport annuel 2004 du service d'anesthésiologie*, Prof D.Spahn, chef de service.

³¹ Cf. supra, Michael Siegrist, *Weiterbildung aus der Sicht der Assistenzärzte*, Bulletin des médecins suisses.

³² Cf. supra, Convention fixant les conditions de travail..., Art 11.

³³ Dr Christophe Heim, *Médecins anesthésistes : calcul du besoin*, www.SGAR-SSAR.ch

³⁴ Cf. supra, Convention fixant les conditions de travail..., Art. 6.

³⁵ Buts et missions de la médecine au début du 21^{ème} siècle, Rapport d'un groupe d'experts de l'ASSM, de la FMH et des 5 Facultés de médecine de Suisse, *Projet médecine en Suisse demain*, www.samw.ch