

Spécialisation croissante en médecine humaine du point de vue de l'organisation des hôpitaux

Quelle relation existe-t-il entre le développement en médecine humaine et celui de l'organisation des hôpitaux ?

Résumé

Introduction

Ces dernières années, une **tendance accrue à la spécialisation** se dessine en médecine humaine. Cette évolution, qui s'observe au plan international, est à mettre sur le compte des progrès scientifiques et technologiques de la médecine.

Dans les hôpitaux, qui fonctionnent comme lieux de formation postgrade, centres de soins et – dans le cas des hôpitaux universitaires – comme pôles de développement académique, la différenciation croissante peut entraîner une fragmentation de l'organisation, qui se traduit notamment par la création constante de nouvelles cliniques. Or cette tendance va à l'encontre des mesures préconisées par les connaisseurs pour relever les défis liés à l'évolution démographique (augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de pathologies chroniques et multiples), qui nécessitent des modèles de soins intégrés.

Dans ce contexte, la plate-forme « Avenir de la formation médicale » gérée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a institué le groupe thématique « spécialisation croissante en médecine humaine du point de vue de l'organisation des hôpitaux ». En tant que co-responsables du groupe thématique, conjointement avec H+ Les Hôpitaux de Suisse, l'OFSP a commandé une **analyse de la problématique et de la situation** devant livrer des informations de fond pour les travaux ultérieurs du groupe thématique. Cette analyse devait permettre un examen critique de la spécialisation croissante, des tendances à la fragmentation et des facteurs sous-jacents ainsi qu'une discussion sur les solutions possibles.

Quatre **éléments** sont au centre de l'analyse :

- les facteurs-clés déterminant l'organisation et les structures des hôpitaux,
- les mécanismes régissant les carrières universitaires et cliniques en médecine,
- les interactions entre l'organisation des hôpitaux, la formation postgrade des médecins et les carrières en médecine,
- les bénéfices pour les patients et la qualité des traitements.

L'étude se focalise non pas sur les aspects positifs de la spécialisation, mais sur ses éventuelles répercussions négatives, telles que la fragmentation et les problèmes d'interfaces.

Au niveau **methodologique**, le rapport se fonde sur des analyses de la littérature et de la documentation (données statistiques pour la Suisse, rapports annuels d'une sélection d'hôpitaux, recherche dans la littérature nationale et internationale) ainsi que sur 20 entretiens guidés avec des experts. Ceux-ci ont été menés avec des représentants d'hôpitaux universitaires, de centres hospitaliers et d'hôpitaux régionaux ainsi qu'avec d'autres acteurs de la formation universitaire et postgrade des médecins et de la politique de la santé.

Données sur la spécialisation et la fragmentation en Suisse

La compilation des données statistiques montre que l'étendue de la spécialisation est difficile à cerner, en particulier lorsqu'il s'agit d'illustrer l'évolution dans l'ensemble du pays. Ce constat est lié au fait que la spécialisation se produit sous des formes et dans des unités organisationnelles diverses, qui n'entrent pas dans des catégories statistiques définies :

■ Les données de la statistique des hôpitaux de l'OFS n'offrent qu'une image très limitée du développement de la spécialisation. Elles mettent en évidence un recul du nombre d'hôpitaux de soins médicaux de base et une augmentation des hôpitaux de prise en charge centralisée. Cette statistique ne permet toutefois pas d'identifier des structures spécialisées au sein des différents établissements.

■ La tendance à la spécialisation et à la différenciation est davantage visible dans les rapports annuels des établissements sélectionnés. Toutefois, la lecture des organigrammes ne suffit pas, d'autant que l'interprétation des données est compliquée par l'utilisation hétérogène de termes tels que clinique, service, domaine, centre, etc.

■ Dans les statistiques administratives de la FMH ou le registre des professions médicales de l'OFSP, les données sur les titres de spécialiste et

les formations approfondies font état d'une spécialisation croissante des médecins ces dernières années.

Résultats de l'analyse de la littérature et de la documentation

Au vu des résultats de l'analyse de la littérature, les influences réciproques des carrières, de la formation postgrade des médecins et de l'organisation des hôpitaux sur la spécialisation peuvent être résumées comme suit :

- Le manque de **perspectives de développement professionnel** (formation postgrade et continue, possibilités de carrière, recherche, rémunération) et le moins grand **prestige** des disciplines et des profils professionnels généralistes poussent à la spécialisation : en dépit des mesures prises en faveur de la médecine générale, les disciplines telles que la médecine de famille et la gériatrie restent exclues comme choix de profession et de carrière pour une grande partie de la relève médicale. La **recherche** et l'**ancrage universitaire** d'une spécialité sont des moteurs de développement essentiels qui ont un impact sur les soins médicaux, mais aussi sur le poids et la visibilité de la discipline dans le paysage sanitaire. Ce constat vaut aussi bien pour la (sous-)spécialisation que pour les domaines généralistes ou interdisciplinaires, ces derniers étant appelés à jouer un rôle clé dans la prise en charge d'une population de patients toujours plus âgés et atteints de pathologies chroniques et multiples. L'allocation des ressources dans la recherche et l'enseignement a par conséquent une influence centrale sur l'équilibre entre spécialistes et généralistes.
- L'**organisation des hôpitaux** a été marquée ces dernières années par une spécialisation croissante, mais aussi par une réduction **du temps de présence** des médecins en formation postgrade ainsi que par une pénurie générale de professionnels qualifiés. Les nouvelles générations de médecins ont des besoins différents et une autre approche en termes de carrière (conciliation, travail à temps partiel). Ces attentes sont de plus en plus souvent prises en compte, même s'il existe de grandes différences entre les spécialités.
- Depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier, les hôpitaux sont soumis à **une compétition et concurrence accrue**. Compte tenu des incitations découlant du système actuel, mettre l'accent sur les prestations spécialisées est un moyen de se positionner sur un marché très disputé. Il en résulte un risque de surcapacités et d'extension du volume des prestations dans le paysage hospitalier. Un tel développement peut aussi être lié au fait que les cantons portent plusieurs casquettes, puisqu'ils partici-

pent aux coûts des prestations hospitalières à la charge de la LAMal, sont pour certains (co)propriétaires des hôpitaux et gèrent la planification hospitalière.

Actions nécessaires et solutions possibles

Les actions concrètes nécessaires ainsi que les solutions esquissées dans la littérature portent essentiellement sur la **complémentarité entre spécialistes et généralistes**, et ce au niveau du système de soins et du paysage hospitalier, dans les différents hôpitaux et cliniques, ainsi qu'au sein des disciplines et du groupe professionnel des médecins.

- La **planification hospitalière** cantonale – dans l'idéal **coordonnée** à l'échelle intercantonale – devrait veiller à ce que les capacités hospitalières répondent aux besoins et que les hôpitaux, malgré la concurrence qui les oppose, proposent une offre harmonisée et complémentaire du point de vue de la spécialisation et de la position géographique.
- De nombreux auteurs jugent par ailleurs nécessaire de **renforcer le rôle des généralistes** : cette mesure concerne le système de soins dans son entier (promotion de la médecine de famille), l'organisation des hôpitaux (vision globale des patients, continuité dans la trajectoire de soins, perspectives de carrière pour les généralistes) ainsi que la répartition des médecins spécialistes (amélioration de l'attrait des disciplines généralistes ; pilotage et planification de la répartition des spécialistes dans des réseaux régionaux).
- La nécessité de favoriser et de maintenir **l'équilibre entre la discipline principale et les (sous-) spécialités** constitue un défi pour certaines disciplines et cliniques spécialisées. La routine clinique dans la discipline de base est en effet importante en particulier pour les spécialistes qui forment des médecins-assistants. Plusieurs modèles peuvent être envisagés, par exemple des équipes mixtes composées de spécialistes avec/sans sous-spécialisation.
- Les **propositions d'adaptation spécifiques pour la formation postgrade des médecins** mentionnées dans la littérature comprennent notamment une planification et une coordination nationales des places de formation postgrade dans les spécialités ; des programmes de formation postgrade plus souples et moins axés sur la médecine en milieu hospitalier ; l'ancrage de la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle ou des aptitudes correspondantes dans la formation universitaire et postgrade ; des incitations en faveur de la formation postgrade en médecine interne ou médecine de famille.
- Plusieurs publications traitent de la spécialisation dans le contexte de la **configuration globale du système de soins**. Leurs auteurs esti-

ment que des **adaptations structurelles fondamentales** sont nécessaires au vu des défis à venir aux plans démographique et épidémiologique. Le système actuel, centré sur les médecins et structuré en fonction des spécialités médicales (y compris la formation universitaire et postgrade, les tarifs et la rémunération des prestations) est adapté au traitement de maladies individuelles et à certaines étapes de traitement. Face à l'augmentation du nombre de patients âgés atteints de maladies chroniques et multiples, le système de soins devrait davantage être axé sur le patient et organisé sur un mode intersectoriel, interdisciplinaire et interprofessionnel en fonction des tableaux cliniques ou de cycles de soins complets.

Résultats des entretiens avec les experts

Tous les experts consultés observent une forte **augmentation de la spécialisation dans l'organisation des hôpitaux**. Celle-ci se traduit par un plus grand nombre de cliniques, de services ou d'équipes dans les établissements. À noter que des équipes spécialisées peuvent très bien se constituer en dessous du niveau des organigrammes. Les avis sont incertains en ce qui concerne le positionnement des centres interdisciplinaires. Pour la majorité des personnes interrogées, il s'agit d'un contre-courant à vocation intégrative et, pour une minorité, d'une forme particulière de spécialisation.

Les experts sont en revanche unanimes sur le fait qu'il existe de **grandes différences selon le type d'hôpital**. La tendance à la spécialisation est la plus marquée dans les hôpitaux universitaires et les autres hôpitaux très actifs dans la recherche. Elle concerne moins les établissements de petite taille, qui ont plutôt enregistré un recul ces dernières années suite à des mesures de réorganisation hospitalière. Entre deux, les hôpitaux de taille moyenne s'efforcent de tirer leur épingle du jeu dans la concurrence avec les grands établissements pour la fourniture de prestations spécialisées. Quant aux hôpitaux privés, ils sont pour certains dans une situation particulière, du fait qu'ils enregistrent un nombre de cas élevé dans un domaine restreint.

Au niveau des **facultés**, la tendance à la spécialisation se manifeste avant tout par une croissance continue du nombre de chaires de professeurs ordinaires et extraordinaires. On observe également une augmentation des chaires de recherche par rapport aux chaires cliniques.

C'est dans la **formation postgrade des médecins** et sa différenciation en plusieurs titres (titre de spécialiste, formation approfondie, certificat de formation complémentaire) que la tendance

à la spécialisation est la plus facile à identifier et à quantifier. Le « potentiel de fragmentation » diffère en fonction du type de titre : il est le plus élevé pour les titres de spécialiste, car la création d'un tel titre définit des prestations spécifiques qui ne pourront plus être facturées que par les personnes possédant cette qualification. L'introduction d'un nouveau titre de spécialiste implique donc une délimitation par rapport aux autres domaines de spécialité. Au niveau de l'organisation des hôpitaux, cela peut entraîner, de façon formelle ou informelle, un éclatement des structures et des processus de soins. Le « potentiel de fragmentation » est le plus faible pour les certificats de formation complémentaire, qui sont en principe ouverts à toutes les spécialités. Le développement et l'étendue de la spécialisation dépendent de la perspective adoptée : si l'offre de titres de formation postgrade ouvre des possibilités de spécialisation, celle-ci devient effective lorsque des médecins saisissent ces opportunités. La spécialisation des médecins et la répartition des spécialistes qui en découle influent à leur tour sur l'approvisionnement en soins.

Les interactions entre les trois **niveaux du système** observés, à savoir **l'organisation des hôpitaux, les facultés et la formation postgrade des médecins** sont très diverses : les changements opérés à l'un de ces niveaux (p. ex., la création d'un nouveau titre de spécialiste) peuvent motiver des adaptations à un autre niveau (p. ex., ouverture d'une nouvelle chaire dans la spécialité en question). Toutefois, plusieurs experts ont souligné lors des entretiens que ces effets n'étaient pas impératifs. Les titres de spécialiste ne se reflètent pas nécessairement dans la structure d'une faculté de médecine, et il existe des chaires dans des domaines sans titre de formation postgrade. L'étude met néanmoins en évidence des interactions « impératives » dans deux domaines : premièrement, entre les hôpitaux universitaires et les facultés, car la création d'une nouvelle chaire requiert en règle générale une infrastructure suffisante dans l'hôpital universitaire. Deuxièmement, entre les titres de spécialiste et l'organisation des grands hôpitaux – dans la mesure où les (nouveaux) titres doivent être « compatibles avec les institutions de formation postgrade ». En d'autres termes, les cliniques et services doivent être équipés pour pouvoir assurer la formation postgrade.

Par ailleurs, les experts consultés ont cité toute une série d'**incitations et de motifs poussant à la spécialisation**. Certains de ces éléments ont des effets à plusieurs niveaux du système et ne peuvent guère être maîtrisés. Il s'agit, par exemple, des progrès dans la recherche et la

technique médicales ou du développement de sociétés de discipline au niveau international. D'autres en revanche peuvent être attribués à des acteurs bien précis (sociétés de discipline, hôpitaux, industrie pharmaceutique, médecins, patients, etc.) : la position privilégiée sur le marché d'une spécialité, le prestige et la visibilité d'une discipline, la concurrence entre les hôpitaux pour recruter des médecins très qualifiés et des patients, les exigences et les attentes des patients, l'allocation de fonds de tiers, le système tarifaire et les possibilités de rémunération, les opportunités personnelles de se profiler, la « maîtrise » d'une spécialité.

Le progrès médico-technique est perçu par une majorité des experts comme le moteur principal de la spécialisation, car il requiert des mesures pour garantir la qualité (p. ex., sous la forme de nouveaux titres de formation postgrade). Des facteurs tels que la recherche de pouvoir et la poursuite d'intérêts personnels au plan financier entrent aussi en ligne de compte et représentent un « potentiel d'incitations négatives » à prendre au sérieux.

À la question de savoir quel était le **poids respectif des différents acteurs**, les experts ont en général nommé en premier lieu les sociétés de discipline médicale, qui ont à leurs yeux la plus grande influence sur la spécialisation croissante, puis les médecins-chefs et les facultés de médecine. L'ISFM et l'économie privée occupent la quatrième et la cinquième position. Les avis sont partagés en ce qui concerne les directions cantonales de la santé, les directions des hôpitaux et la Confédération. Une partie des experts interrogés estiment qu'elles ont un poids important, tandis que d'autres le jugent négligeable. Certains ont souligné que les acteurs de la politique de la santé pourraient jouer un rôle notable, mais qu'ils utilisaient très peu leurs moyens d'action. Selon les experts, les médecins-assistants et les chefs de clinique ont l'influence la plus faible sur la spécialisation.

Parmi les **risques potentiels et les aspects critiques de la spécialisation**, les experts ont cité la perte de vision d'ensemble du patient, le manque d'orientation vers les patients, l'absence de définition d'une gestion des cas face à une multiplication des acteurs participant à la prise en charge, le manque de coordination, le risque d'erreur aux interfaces, les doublons et le fractionnement du traitement. Les experts ont également évoqué différents risques pouvant conduire à une « **médecine maximale** » : en font partie la concurrence pour obtenir des cas dans une discipline particulière, l'offre excédentaire – qui concerne spécialement les assurés en privé ou au bénéfice d'une assurance complémentaire et les opérations programmées – ainsi que les

difficultés pour un spécialiste de renoncer à un traitement ou de ne pas accéder aux souhaits d'un patient (le spécialiste est vu comme le « dernier espoir », protection contre le risque d'accusation).

De l'avis des experts consultés, plusieurs **mesures** pourraient être prises pour faire face à ces risques et ces conséquences négatives :

- Au **niveau des hôpitaux**, il convient notamment de prendre les mesures suivantes : définir clairement les acteurs et les étapes de la prise en charge des patients dans l'établissement/le système, mettre en place des structures exploitées en commun, regrouper les petites unités spécialisées en domaines médicaux plus larges, assouplir l'attribution des lits, prévoir une répartition élargie des bonus, mettre en commun les recettes afin de freiner la concurrence entre les cliniques pour obtenir des cas, créer des centres interdisciplinaires axés sur les organes, instituer des comités (*boards*) interdisciplinaires, renforcer l'attrait de la médecine interne générale (MIG)/la revaloriser à l'hôpital (« médecin de famille à l'hôpital »), valoriser les fonctions transversales et inclure des médecins hospitaliers dans la catégorie des médecins cadres.

- Les mesures concernant **d'autres acteurs** portent, par exemple, sur la valorisation de la MIG par les caisses-maladie et les structures tarifaires/DRG, l'ouverture de perspectives de carrière et de recherche dans des domaines et thématiques « généralistes », la promotion de conditions de travail attrayantes dans les soins médicaux de base ambulatoires, le pilotage accru de la spécialisation par les cantons via les listes des hôpitaux et les mandats de prestations, le renforcement de « l'approche généraliste » dans les programmes de formation postgrade des spécialistes ainsi que la promotion du dossier électronique du patient.

Conclusions

Différents aspects de la spécialisation croissante en médecine humaine ont été abordés de façon approfondie dans le cadre de l'étude. Les conclusions tirées suite à l'analyse de la littérature et de la documentation concordent avec les informations récoltées lors des entretiens avec les experts, davantage ciblés sur la Suisse et les questions spécifiques à l'étude. Les résultats peuvent être résumés comme suit :

- Si plusieurs sources de données témoignent d'une spécialisation croissante, celle-ci se développe aussi et surtout à un niveau « non perceptible » dans les statistiques et les organigrammes.

- Les processus de spécialisation sont étroitement imbriqués de multiples façons entre les trois systèmes étudiés (organisation des hôpi-

taux, facultés et formation postgrade des médecins). Le risque de frictions devrait plutôt augmenter que diminuer à l'avenir.

■ Les sociétés de discipline se sont révélées être des acteurs déterminants dans la spécialisation croissante. Elles jouent notamment un rôle décisif dans « l'officialisation » de processus de spécialisation.

■ La spécialisation offre des avantages indéniables, mais elle peut aussi avoir des conséquences négatives pour certains groupes de patients. Les multiples possibilités ouvertes dans les domaines de spécialité peuvent amplifier la tendance vers une médecine maximale. Les problèmes liés à la spécialisation apparaissent notamment là où la responsabilité globale du traitement du patient n'est pas claire ou à cause d'intérêts financiers une fragmentation des soins est prise en compte.

■ Les solutions esquissées pour prévenir les risques et les conséquences négatives de la spécialisation devraient se fonder sur la question suivante : quelles sont les mesures appropriées compte tenu des bénéfices de la spécialisation ? Il s'agit pour l'essentiel de préserver un équilibre entre spécialisation et intégration, entre vision d'ensemble et expertise approfondie. L'étude suggère différentes pistes pour remédier aux problèmes évoqués :

- Adapter les processus au sein des hôpitaux et promouvoir la collaboration interdisciplinaire : gestion des cas, centres et comités supradisciplinaires, budgets communs, contrôle avec une vision d'ensemble de l'hôpital.

- Favoriser les tronc communs dans les programmes de formation postgrade ainsi que les formations approfondies interdisciplinaires.

- Adapter le système tarifaire (rapport entre les prestations spécialisées et les prestations de médecine générale), récompenser la « renonciation à des prestations ».

- Adopter une perspective globale : interaction entre le secteur ambulatoire et le secteur stationnaire.

- Renforcer la gestion du paysage hospitalier et le pilotage par le biais des mandats de prestations.

- Encourager la recherche sur des innovations dans le système de soins (coordination interdisciplinaire, interprofessionnelle et intersectorielle, etc.).

Il est évident que ces propositions présentent à la fois des avantages et des inconvénients. La différenciation et l'intégration ne sont pas des facteurs opposés, mais plutôt des éléments complémentaires qu'il s'agit de conjuguer pour améliorer la qualité d'approvisionnement en soins (cf. Glouberman/Mintzberg 2001).