



organe d'accréditation et d'assurance qualité  
des hautes écoles suisses

## **Accréditation formation médicale postgraduée 2009-11**

Rapport de synthèse OAQ

Mars 2012

## Table des matières

1	Introduction .....	3
2	Accréditation formation médicale postgraduée .....	3
3	Matériel, méthodes, mode de procédure .....	4
4	Phase préparatoire .....	5
4.1	Concept et réalisation .....	5
4.2	Réunions kick-off 2009.....	6
4.3	Points faibles et défaillances.....	6
5	Phase d'autoévaluation.....	7
5.1	Etablissement et réception des rapports.....	8
5.2	L'amplitude des rapports en matière de qualité et de format .....	9
5.3	Points faibles et défauts .....	9
6	Expertise externe .....	11
6.1	Recherche d'experts .....	12
6.2	Groupe d'experts.....	12
6.3	Expertises .....	14
6.4	Visites sur place .....	14
6.5	Rapports finaux de l'OAQ et traitement ultérieur .....	15
7	Enseignements et conclusions .....	16
7.1	Préparation.....	16
7.2	Autoévaluation .....	16
7.3	Expertise externe .....	17
7.4	Décision .....	17

Annexe: prise de position de l'ISFM

## 1 Introduction

Le présent rapport de synthèse se propose de récapituler le processus d'accréditation des filières de formation médicale postgraduée en Suisse durant la période 2009–11. Pour le compte de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Organe d'accréditation et d'assurance qualité (OAQ) a préparé et réalisé la phase d'évaluation externe. La phase d'autoévaluation et la phase de décision relevaient de la compétence de l'OFSP.

Le présent rapport analyse de manière critique les points forts et les points faibles de nature organisationnelle et structurelle à des fins d'amélioration des opérations et de développement de futures procédures. Il a été rédigé par l'OAQ mais inclut aussi les points de vue et les critiques de tous les acteurs impliqués, pour autant que ceux-ci aient été portés à notre connaissance.

En raison du rôle particulier qu'assument la Fédération des médecins suisses (FMH) et Institut suisse pour la formation médicale post- graduée et continue (ISFM) en tant qu'organismes principaux de cette accréditation, sous le faite desquels sont coordonnés 43 programmes de formation postgrade de médecine humaine, les feed-back y sont également exposés. La prise de position de l'ISFM concernant la première ébauche du présent rapport figure séparément et intégralement en annexe à ce document.

## 2 Accréditation formation médicale postgraduée

La loi sur les professions médicales (LPMéd), en vigueur depuis 2007, prévoit une accréditation obligatoire pour les filières d'études et de formation postgrade des professions médicales universitaires.

L'accréditation selon la LPMéd permet de décider formellement si une filière de formation postgrade répond aux normes de qualité prescrites sur la base des critères d'accréditation stipulés à l'art. 25 LPMéd. La décision d'accréditation, prise par le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI) après audition de la Commission fédérale des professions médicales (MEBEKO), s'assoit sur le contrôle de qualité de l'organe d'accréditation (art. 48 al. 2 LPMéd). La décision peut être «oui», «oui sous conditions» ou «non».

Sont l'objet de l'accréditation les différentes filières de formation postgrade de la médecine humaine et dentaire ainsi que la chiropratique, qui permettent d'obtenir un titre fédéral. Ces filières englobent le programme de formation postgrade, la réglementation générale pour la formation postgraduée, les établissements de formation auxquels sont donnés les cours de formation ainsi que l'organisation responsable de la formation.

L'OAQ formule généralement, sur la base du rapport d'experts, des recommandations relatives à l'amélioration de la qualité. La LPMéd ne prévoit pas que l'instance d'accréditation, le DFI, soumette des recommandations; mais les recommandations des experts sont communiquées aux organisations responsables de la formation postgrade ainsi qu'aux sociétés de discipline médicale indépendamment de la décision.

En 2004/05, l'OAQ avait déjà réalisé une accréditation des filières de formation postgrade en médecine humaine et dentaire pour le compte de l'OFSP, sur la base de la loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (LEPM). La Loi sur les professions médicales était alors encore en cours d'élaboration. Un rapport de synthèse avait été rédigé par l'OAQ sur la base des expériences de l'époque.

Pour l'accréditation des formations médicales postgraduées 2009-11, l'OAQ s'est vu confier en 2008 par l'OFSP le mandat d'organiser les procédures et de réaliser l'évaluation externe. Celui-ci portait au total sur 43 filières de formation postgrade en médecine humaine, quatre en médecine dentaire et une en chiropratique.

Les acteurs impliqués dans ce processus d'accréditation étaient l'OAQ, l'OFSP et les organisations responsables des filières de formation postgrade conformément à l'art. 25 al. 3 LPMéd: dans la médecine humaine, l'ISFM, avec ses 42 sociétés de discipline médicale, dans la médecine dentaire la Société suisse des médecins-dentistes (SSO) (avec quatre sociétés de discipline) et, dans la chiropratique, ChiroSuisse.

Les coûts de ces procédures ont été pris en charge par les trois organisations responsables.

### **3 Matériel, méthodes, mode de procédure**

Le rapport de synthèse repose sur les sources de données suivantes:

- Examen des questionnaires d'évaluation que l'OAQ a envoyés à la fin de chaque procédure aux organisations responsables ou aux sociétés de discipline médicale et à tous les experts impliqués.
- Remarques et critiques portant sur les déroulements, l'accréditation elle-même et les différents standards telles que figurant dans les rapports d'autoévaluation des sociétés de discipline sur les filières de formation postgrade ainsi que dans les prises de position sur les rapports d'experts.
- Critiques et remarques exprimées dans les rapports d'experts sur les méthodes et les déroulements de l'accréditation ainsi que sur les différentes normes.
- Remarques et critiques découlant des rapports de visite rédigés par les équipes d'experts de l'OAQ concernant les visites.
- Réactions, remarques et critiques de la part des organisations faïtières responsables (FMH/ISFM; SSO; ChiroSuisse).
- Notices de collaborateurs de l'OAQ impliqués dans des entretiens avec les experts, les responsables des sociétés de discipline médicale et les personnes ayant fait l'objet de visites.
- Notices, remarques et critiques des collaborateurs de l'OAQ ayant participé aux procédures.

– Feed-back de l'OFSP.

La critique n'est pas une fin en soi, mais doit plutôt contribuer à approfondir la compréhension d'une procédure complexe dans la zone d'interaction tendue entre la politique, le système de santé, les intérêts particuliers des différentes organisations ainsi que l'accréditation et améliorer à l'avenir la capacité d'action. L'analyse est réalisée en conséquence sous forme récapitulative et est toujours axée sur les conclusions à en tirer pour la planification et les actions futures, ceci en intégrant également des éléments des procédures qui ne sont pas du ressort de l'OAQ.

## 4 Phase préparatoire

### 4.1 Concept et réalisation

Le concept d'accréditation des filières de formation postgrade dans le cadre de la LPMéd a été élaboré par l'OAQ dès 2005 et rédigé dans une première version le 17.1. 2006. Plusieurs visites sur place y sont encore prévues pour chaque société de la médecine humaine et dentaire – totalisant environ 200 visites. Une accréditation échelonnée sur plusieurs années y est en outre proposée afin de pouvoir maîtriser ces multiples procédures sur le plan organisationnel par de nombreuses visites sur place. Ce concept aurait été réalisable si les premières procédures avaient été entamées dès 2006, ou au plus tard en 2007.

Dès 2006 également, l'OAQ a élaboré une première version des normes de qualité ainsi que des ébauches de concepts directeurs pour l'autoévaluation et l'évaluation par des tiers. Le concept prévoyait par ailleurs de constituer en 2006/07 un pool d'experts de l'OAQ pour ces procédures.

Mais la majeure partie du projet a été suspendue dans les années 2007-09. Ceci en premier lieu en raison du manque de ressources humaines. La coordination, les contacts avec les organisations partenaires et le travail sur le dossier ont été en grande partie assumés par le directeur de l'époque de l'OAQ. De plus, dès 2004-2005 une première procédure d'accréditation des filières de formation médicale postgraduée avait été réalisée; il aurait alors été difficile de justifier pourquoi les sociétés de discipline médicale devaient, pas plus de deux ans plus tard, se soumettre à nouveau au même processus, si en plus cela devait être réalisé sur une nouvelle base légale.

Durant la période 2006–09, il y a eu de multiples changements dans le secteur du personnel travaillant pour le projet, et ceci dans toutes les organisations impliquées (OAQ, OFSP, FMH), ce qui rendit la collaboration plus difficile. Toutes les conventions, discussions et conceptions de la situation élaborées conjointement n'étaient pas documentées, la communication n'était pas toujours assurée, de sorte que de nombreuses connaissances et informations furent perdues, tout au moins du côté de l'OAQ. De nombreux accords et conventions étaient insuffisamment compréhensibles pour le nouveau personnel et manquaient de clarté.

## 4.2 Réunions kick-off 2009

Des entretiens plus concrets entre l'OAQ et l'OFSP, la FMH/l'ISFM, la SSO et ChiroSuisse concernant le démarrage des procédures n'eurent lieu qu'en 2008. Des réunions kick-off furent organisées avec et pour les responsables des sociétés de discipline médicale au premier trimestre 2009. Pour les filières de formation postgrade en médecine humaine, ce fut le cas le 21 février 2009, à Berne, pour la médecine dentaire, le 21 mars 2009, également à Berne. Ces réunions portaient sur les présentations concernant l'OAQ et le fond historique, les objectifs et les étapes de l'accréditation ainsi que sur des informations relatives aux coûts des procédures et proposaient des informations pratiques sur la rédaction des rapports d'autoévaluation et sur l'interprétation des normes de qualité. La chiropratique a elle aussi donné lieu à des réunions kick-off, mais dans un cadre informel.

## 4.3 Points faibles et défaillances

*L'OAQ a mobilisé trop peu de ressources humaines.*

Entre 2006 et 2009, donc sur une période prolongée, il n'existait pratiquement pas de ressources humaines pour ce projet au sein de l'OAQ; le personnel était entièrement sollicité, entre autres, par les Quality Audits 2007/08. Ainsi, il manquait une personne responsable qui aurait travaillé continuellement au projet et à sa mise en œuvre et aurait été informée intégralement des évolutions dans ce domaine. Pourtant, la mise en œuvre de ressources humaines conformément au plan initial aurait été très judicieuse: le remaniement des instruments et la prise en compte des enseignements tirés des activités relatives à l'accréditation de 2004/05 auraient amélioré la qualité de ces ressources.

Mais l'OAQ s'est aussi attelé beaucoup trop tard aux travaux préparatoires proprement dits pour les procédures prévues à partir de l'été 2009. En raison du manque de personnel, le directeur de l'époque s'est chargé en personne d'un grand nombre des tâches en suspens. Lui-même médecin, il était celui qui représentait l'accréditation dans le domaine médical au sein de l'OAQ et transmettait simultanément le savoir-faire et entretenait de nombreux contacts personnels avec les médecins. Son départ subit et surprenant à l'automne 2009 a de ce fait été préjudiciable au projet.

*L'OAQ et l'OFSP ont omis de tirer les enseignements des procédures d'accréditation de 2004/05.*

L'accréditation de la formation médicale postgraduée 2009-11 aurait pu profiter pleinement des enseignements tirés des procédures d'accréditation de 2004/05. Cela concerne avant tout le manque de temps, que toutes les parties avaient déjà déploré à l'époque et que l'on aurait pu éviter cette fois-ci par une meilleure planification et un démarrage précoce des travaux – et pas seulement au sein de l'OAQ.

Les frustrations engendrées par les processus et les résultats des procédures d'accréditation de 2004/05 auraient dû être surmontées en interne au sein de l'OAQ. Simultanément, l'OAQ comme l'OFSP auraient dû percevoir l'inquiétude des sociétés de discipline médicale concernées par l'accréditation et rechercher à temps le dialogue en vue

des procédures d'accréditation qui s'annonçaient dans le cadre de la nouvelle loi afin d'emprunter de nouvelles voies dans la coopération.

*Des processus de négociation ont fait défaut entre les différents groupes d'intérêts.*

Les différences qui divisent les sociétés de discipline médicale, la FMH/l'ISFM, la SSO, ChiroSuisse et l'OFSP en termes de perspectives et d'intérêts en ce qui concerne l'accréditation étaient évidentes et inévitables sur le plan structurel, mais elles auraient pu être atténuées par l'initiation et la planification d'entretiens et de processus de négociations préalables. Plus aucune des parties n'était finalement satisfaite des compromis consentis dans le courant de la planification. Les visites sur place des établissements de formation dans la médecine humaine en sont le meilleur exemple: l'OFSP voulait, à l'origine, des visites sur place pour chaque filière de formation postgrade, la FMH n'en voulait, pour des raisons de coûts, que quelques-unes et l'OAQ se trouvait – ceci aussi du fait de l'absence d'une propre position – dans une situation inconfortable puisqu'il devait gérer les conséquences de l'accord pris par d'autres. Finalement, des visites sur place n'eurent lieu que pour quelques filières de formation postgrade (moins de 30 au lieu des 200 visites prévues), pour certaines une seule, pour d'autres trois. Les problèmes méthodiques qui y étaient liés en matière de comparabilité, de pertinence et d'éloquence révélèrent très rapidement que les visites étaient, certes, intéressantes et, dans le meilleur des cas, constructives pour l'unité en question, mais qu'elles étaient insignifiantes pour les procédures d'accréditation.

La SSO doute surtout, à posteriori, du rapport coûts/profit des accréditations. Les petites sociétés de discipline médicale (dans ce cas les formations postgrade en médecine dentaire) sont effectivement défavorisées sur le plan structurel par un nombre relativement petit de participants, alors que le temps et les coûts investis pour l'accréditation sont les mêmes que pour les sociétés de disciplines médicales plus importantes, nettement mieux pourvues en ressources.

*Les instruments étaient insuffisants.*

Un autre point faible important constaté dans le cadre des préparatifs des procédures résidait dans les instruments: les standards et les concepts directeurs ont été jugés trop longs, pas assez compréhensibles et peu judicieux par nombre d'institutions et d'experts. Cette critique pèse d'autant plus lourd que de nombreux collaborateurs de l'OAQ firent part, dans le courant des accréditations, de leurs difficultés à comprendre les instruments. Une meilleure «traduction» des exigences légales et de la logique de l'accréditation pour les personnes concernées aurait certes augmenté le travail dans la phase de préparation, mais elle était nécessaire et se serait révélée utile.

## **5 Phase d'autoévaluation**

La phase d'autoévaluation est généralement décrite, et ce également selon les recommandations et critères internationaux, comme la première phase d'une procédure

d'accréditation à trois niveaux. L'autoévaluation et l'expertise externe consistent à évaluer, sur la base de standards de qualité définies et publiées<sup>1</sup>, des thèmes importants pour la formation postgrade (domaines). Le rapport d'autoévaluation, quant à lui, constitue une base importante pour l'évaluation externe.

## 5.1 Etablissement et réception des rapports

Les rapports d'autoévaluation des filières de formation postgrade devant être accréditées sont parvenus à l'OAQ fin septembre 2009. La seule exception étant les rapports d'autoévaluation relatifs aux filières de formation postgrade «Médecine interne générale» et «Médecin praticien» dans la médecine humaine, auxquels l'OFSP a accordé une prolongation de délai jusqu'au 14 mars 2010.

Les responsables des filières de formation postgrade ont eu un peu plus de quatre mois pour l'autoévaluation.

Un premier examen des rapports d'autoévaluation a déjà eu lieu au sein de l'OFSP. Quelques défauts formels ont été constatés à la réception des rapports et des indications complémentaires ont été demandées, p. ex. le récapitulatif d'une page de l'ensemble du rapport.

L'OAQ a reçu relativement peu de feed-back dans la phase d'autoévaluation. Les sociétés de discipline médicale pour la médecine humaine ont probablement adressé les questions éventuelles qu'elles avaient concernant l'autoévaluation à la FMH/l'ISFM ou à la SSO. La FMH/ l'ISFM ont élaboré un modèle pour les rapports d'évaluation pour toutes les filières de formation postgrade de la médecine humaine, de sorte que certaines parties sont identiques dans tous les rapports des filières de formation en médecine humaine. Ces modules de texte de l'ISFM se rapportent aux domaines des filières de formation postgrade de médecine humaine qui étaient définis par la réglementation pour la formation postgraduée de l'ISFM et représentaient en moyenne au moins un tiers de la totalité du rapport.

Un problème s'esquissait déjà, qui se manifesta dans sa totalité pour l'OAQ dans une phase ultérieure: les procédures d'accréditation n'ont pas pu tenir compte des conditions cadres fixées par l'ISFM pour chaque filière de formation postgrade de la médecine humaine dans la réglementation pour la formation postgraduée, car celle-ci - à l'encontre de l'accréditation 2004/2005- n'avait pas été soumise à une évaluation externe!

Pour les quatre filières de formation postgrade de médecine dentaire, l'organisation faïtière responsable SSO n'a pas proposé de modèle comparable pour le rapport d'autoévaluation, de sorte que les rapports concernant les filières de formation postgrade de la médecine dentaire étaient hétérogènes tant au niveau du contenu que de la présentation.

Pour la formation postgrade en chiropratique, la question de l'équilibre entre les parties générales de la société faïtière et les parties spécifiques de la formation concernée ne se

---

<sup>1</sup> Sets de standards de qualité: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00415/00579/index.html?lang=fr>



posait pas, étant donné qu'il n'existe dans ce domaine qu'une seule filière de formation postgrade de la société de discipline médicale responsable, Chiro-Suisse.

## 5.2 L'amplitude des rapports en matière de qualité et de format

Les rapports d'autoévaluation présentaient des qualités très différentes; malgré le modèle commun, de nettes différences de qualité ont pu être constatées dans les rapports de la médecine humaine.

Les rapports d'autoévaluation des quatre filières de formation postgrade de médecine présentaient des différences de qualité au niveau de la documentation et de la profondeur analytique.

Le rapport d'autoévaluation pour la chiropratique était d'excellente qualité, autocritique, remarquable sur le plan analytique et très bien documenté.

Il était apparemment possible d'interpréter différemment les consignes – les standards et les concepts directeurs. Au regard de l'accréditation, cet éventail de possibilités était trop important et aurait dû être anticipé; les consignes auraient dû être formulées plus clairement et sans équivoque. Les différents besoins et les situations individuelles des sociétés de discipline médicale n'ont pas été suffisamment pris en compte et la phase d'autoévaluation a été insuffisamment encadrée dans l'ensemble. En raison de cette grande diversité, il n'a pas été possible d'établir une comparaison fructueuse des accréditations parallèles de filières de formation postgrade similaires, en particulier pour la médecine humaine.

Du point de vue de l'OAQ, il y a eu beaucoup trop peu de contacts, dans cette phase, avec les filières de formation postgrade devant être accréditées.

## 5.3 Points faibles et défauts

*Les instruments étaient trop compliqués, trop complexes et trop bureaucratiques.*

C'est dans cette phase que sont apparus les premiers points faibles des instruments: les standards étaient trop compliqués et complexes, trop bureaucratiques, trop incompréhensibles – et les concepts directeurs n'ont apparemment pas non plus apporté l'aide requise.

Ceci a, d'une part, fait l'objet d'un feed-back explicite tant dans les questionnaires qu'à un niveau personnel. D'autre part, les réponses souvent peu substantielles ou incompréhensibles données dans les rapports d'autoévaluation témoignent d'un manque de compréhension initial des standards et des instructions, et indiquent ainsi implicitement ces insuffisances.

Les candidats se sont fréquemment plaints du travail bureaucratique et fastidieux nécessaire à l'étude des instruments et à la rédaction du rapport d'autoévaluation. Il est vrai que les sociétés de discipline médicale, mais aussi les experts, ont été submergés de documents qui n'apportaient pas l'aide requise. «Pas pratique», telle était fréquemment la réaction.

A posteriori, l'investissement de temps lié à l'établissement des rapports d'autoévaluation a aussi été jugé beaucoup trop élevé notamment par les sociétés de discipline médicale qui avaient rédigé un bon rapport analytique et autocritique.

La rédaction d'un rapport d'autoévaluation est toujours liée à un certain travail. Mais si les instruments avaient été mieux adaptés aux besoins du groupe cible, les sociétés de discipline médicale (et plus tard également les experts) auraient été mieux récompensés pour leur travail. L'investissement aurait pu être minimisé au profit d'une concentration maximale sur le contenu. Et les standards, les instructions et les explications doivent être rédigés de manière à être compréhensibles pour les médecins.

### *L'accréditation est un tigre de papier*

Un travail fastidieux est encore plus déplaisant lorsqu'il n'est pas possible de s'identifier à l'objectif et de découvrir le bien fondé de l'activité. De nombreuses sociétés de discipline médicale ont eu l'impression, dans cette phase du travail sur le rapport d'autoévaluation, que l'accréditation était un «tigre de papier»: production d'une quantité incroyable de papier en investissant beaucoup de temps et d'argent, sans obtenir un réel résultat utile.

L'accréditation selon la LPMéd a été en grande partie perçue comme un règlement purement légaliste créé par des administrateurs loin de la médecine proprement dite et sa pratique quotidienne dans les hôpitaux et sur les patients.

Cette opinion se reflète à titre d'exemple dans un document de Richard O. Binswanger, qui décrit avec pertinence l'état d'esprit médical par rapport à la procédure d'accréditation. Selon lui, un point faible central de l'accréditation pour la formation médicale postgraduée réside dans sa focalisation orientée presque exclusivement sur les processus. Tous les participants peaufinent de beaux papiers présentant les processus, déclare-t-il, mais l'investissement est énorme et absorbe un temps incroyable, temps perdu pour le travail clinique et le bedside teaching. Finalement: on abandonne le contenu, on s'oriente vers le processus, on s'éloigne du patient et on s'approche du PC. Et pire encore: il y voit l'apparition d'une nouvelle génération de médecins dépendants de règlements, dévoués aux consignes et subalternes dans leur façon de penser. Les prises de décision autonomes et courageuses sont entravées au lieu d'être encouragées.

Que l'on partage ou non cette analyse, et jusqu'à quel point, R. Binswanger a en partie raison, tout au moins dans la mesure où l'OFSP et l'OAQ n'ont pas été capables de communiquer de façon plausible en quoi consistaient les accréditations, quels étaient leurs objectifs et quels intérêts sociaux elles devaient servir.

Au sein de l'OAQ également, on s'accordait à dire que ces procédures dérogeaient fortement aux «bonnes pratiques» proprement dites de l'accréditation, de sorte que l'OAQ eut aussi des difficultés à communiquer de façon convaincante le sens et la valeur ajoutée des procédures vers l'extérieur.

L'impression que l'accréditation n'était qu'une pure bureaucratie fut encore renforcée par le fait que les rapports d'autoévaluation individuels et les rapports d'experts des sociétés de discipline médicale avaient été insuffisamment pris en compte dans les décisions liées à

l'accréditation 2004/05. Les exigences furent présentées à toutes les sociétés de discipline médicale et n'avaient que peu de lien avec le contexte, mais étaient plutôt motivées par leur aspect politique. Et: Ces exigences ont certes été discutées, mais un follow-up permettant de les vérifier n'a été ni prévu ni réalisé. Il est aisé de comprendre qu'une telle situation ait déclenché des frustrations durables chez les parties concernées.

Il s'est néanmoins avéré, à l'exemple de la chiropratique, qu'il y avait aussi des sociétés de discipline médicale qui ne s'opposaient pas d'office à l'accréditation, mais qui ont réagi avec professionnalisme, en faisant preuve d'initiative, ce qui s'est reflété dans un rapport d'autoévaluation excellent et profondément analytique. La bonne collaboration qui régnait au sein de la chiropratique concernant l'accréditation a certainement aussi des raisons culturelles et inhérentes au statut de cette discipline: la formation postgrade chiropratique est nouvelle en Suisse et doit encore se légitimer. En outre, aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, où la plupart des chiropraticiens suisses ont suivi leur formation de base et postgrade, les accréditations sont une pratique établie, de sorte qu'une culture consistant à percevoir l'accréditation comme une chance de feed-back et de suggestions d'améliorations s'est développée au sein des institutions concernées. Cet esprit contribue sans aucun doute au succès de la maîtrise d'une accréditation.

## 6 Expertise externe

L'OAQ a désigné deux experts pour l'expertise externe de chaque filière de formation postgrade, généralement une personne de Suisse et une de l'étranger. Leur qualification, leur réputation et leur indépendance ont été vérifiées par l'OAQ et son conseil scientifique ainsi que par la société de discipline médicale compétente.

Les expertises devaient être établies dans un délai de quatre semaines mais le fait est que, dans la plupart des cas, cette procédure a demandé beaucoup plus de temps.

Après réception des rapports d'experts à l'OAQ, les sociétés de discipline médicale compétentes avaient, pendant 20 jours, l'occasion de prendre position sur les expertises. La prise de position a été envoyée par l'OAQ aux experts qui devaient décider si leur rapport devait être adapté ou non.

Le rapport d'expert ainsi finalisé a ensuite été envoyé, avec la prise de position, à l'OFSP qui a validé les rapports pour expertise par la MEBEKO.

La MEBEKO disposait d'un mois pour vérifier la procédure et prendre position. L'OAQ a transmis les éventuelles prises de position aux experts, ceux-ci avaient alors la possibilité d'y apporter de nouvelles modifications et d'intégrer des commentaires dans l'expertise.

Pour certaines sociétés de discipline médicale, une ou plusieurs visites sur place d'établissements de formation ont en outre été organisées afin qu'il soit possible de se faire une idée de la mise en œuvre des concepts de formation postgrade dans la pratique. Les visites furent réalisées avec les visites obligatoires d'établissements de formation de l'ISFM. Deux experts furent mandatés par l'OAQ pour chaque visite, lorsque c'était possible les personnes mêmes qui avaient rédigé l'expertise. Les visites duraient généralement 4 à 6

heures et des données relatives à la formation postgrade et à la situation des participants étaient recensées dans le cadre d'interviews (avec des représentants de tous les groupes de fonctions).

Sur la base de tous ces documents, l'OAQ a enfin établi pour chaque filière de formation postgrade un rapport final accompagné d'une recommandation d'accréditation.

La décision d'accréditation à proprement parler pour toutes les filières de formation postgrade a été prise par le DFI et publiée le 31 août 2011. Les rapports d'experts et les rapports finaux de l'OAQ ont été publiés.

## 6.1 Recherche d'experts

La recherche d'experts a été un gros challenge pour l'OAQ. Le réseau de l'OAQ était plutôt restreint dans ce domaine. Il existait certes une liste d'experts impliqués dans la dernière procédure d'accréditation, mais comme un grand nombre de ces experts avaient donné un feedback explicitement négatif, un nouvel engagement n'entraînait pas en ligne de compte. C'est pourquoi l'OAQ a eu largement recours aux recommandations d'experts de la FMH et aux listes d'experts que l'ancien président de l'ISFM avait mises à sa disposition. Bien qu'aucune situation problématique n'apparût au niveau des experts mandatés, cette procédure était critique au vu de l'indépendance imposée.

La réputation scientifique et la position professionnelle sont certes d'importants indicateurs pour le choix d'experts, mais n'ont pas de valeur intrinsèque suffisante en ce qui concerne leur aptitude dans le cadre d'une procédure d'accréditation. Cette exigence est valable pour toutes les procédures d'assurance qualité et d'accréditation, mais elle est particulièrement nécessaire dans les procédures relatives à la formation postgrade de la médecine humaine.

Une autre difficulté de la recherche d'experts résidait dans les restrictions dues au fait que les responsables des filières de formation postgrade soulignaient régulièrement la situation spéciale de la formation médicale postgraduée en Suisse, qui pour un expert étranger n'ayant pas de relation avec la Suisse restait forcément inconnue. C'est ainsi que l'on acceptait tout au plus un expert originaire de l'étranger. De l'autre côté, ce sont les expertises internationales qui sont précisément garantes de qualité puisqu'elles sont véritablement indépendantes. Le marché des experts possibles en Suisse est restreint non seulement en raison de la taille du pays mais aussi, en plus, par son multilinguisme. Dans la plupart des cas, les experts et les expertisés se connaissent personnellement, ont déjà travaillé ensemble et ont réalisé des publications et des projets en commun.

## 6.2 Groupe d'experts

Rétroactivement, on peut affirmer que le fait de constituer un groupe d'experts avec deux membres qui devaient s'organiser eux-mêmes et qui, dans la plupart des cas, ne se sont jamais rencontrés personnellement pendant toute la durée du processus doit être considérée comme un échec. Les groupes d'experts ont été critiqués comme n'étant en partie pas toujours «bien équilibrés». Ceci était dû à des différends concernant l'objet du

travail, qui ne pouvaient être résolus par une décision majoritaire, ou à de forts déséquilibres dans le partage du travail.

Un expert était tellement frustré et surmené par l'échec de la collaboration avec son collègue, mais aussi face aux consignes de l'OAQ, pour lui, incompréhensibles, qu'il déclara qu'il valait mieux supprimer immédiatement l'ensemble de ces procédures, car tout se passait tellement mal qu'il n'y avait plus aucune chance de réussite.

L'ampleur des difficultés rencontrées dans la coordination des experts a en partie tourné à l'absurde: des délais n'ont pas été respectés; des experts durent être fréquemment rappelés à l'ordre et même contactés par téléphone pendant leurs vacances.

Un groupe d'experts de deux personnes seulement est trop petit et ne correspond pas aux pratiques habituelles de l'OAQ. Le fait que deux experts qui ne se connaissent pas et viennent de pays différents doivent, sans se voir une seule fois, s'organiser eux-mêmes pour une tâche définie par des tiers et en outre entretenir une collaboration fructueuse est un défi ambitieux que l'OAQ a largement sous-estimé lors de la planification. En raison d'une réglementation, d'une définition et d'une attribution des fonctions et des tâches insuffisantes, la collaboration effective et le produit central de cette collaboration, à savoir le rapport d'experts, ont été abandonnées en grande partie de façon hasardeuse aux personnes participantes et à leur interaction. C'est ainsi que, dans certains groupes, la collaboration a très bien fonctionné, alors qu'elle était très mauvaise dans d'autres; la plupart des groupes se situant quelque part entre les deux.

Sans attentes clairement formulées et en l'absence d'une attribution précise des tâches et des responsabilités, on court le risque d'aboutir non seulement à une qualité moindre du produit final, mais aussi à une répartition très hétérogène de la charge de travail entre les deux experts.

Par l'attribution d'un rôle de peer leader (d'ailleurs mieux rémunéré), la responsabilité principale de la procédure et, surtout, celle du rapport d'experts est clairement définie. Il est correct et nécessaire d'équilibrer et de soutenir la perspective d'un seul expert, soit le peer leader, par l'intervention d'un second expert; mais une seule personne devrait être responsable de la rédaction de l'expertise. Pour couvrir l'éventail des perspectives, mais aussi pour assurer les possibilités de compensation en cas de divergences d'opinion, l'institution d'un groupe d'au moins trois experts serait souhaitable.

Certaines sociétés de discipline médicale étaient d'avis que le choix des experts devrait être discuté au préalable avec ces derniers et être soumis à leur consentement. Quelques-unes d'entre elles n'étaient pas d'accord avec le choix des experts, généralement après avoir lu leur expertise. Cette préoccupation est compréhensible, mais elle n'est pas compatible avec les pratiques internationales. Néanmoins, les sociétés de discipline médicale avaient, préalablement à l'expertise externe, la possibilité de faire opposition dans des cas justifiés. C'est ce qui s'est produit dans quelques rares cas; dans un cas particulier, la direction de l'hôpital ayant déclaré ne pas être d'accord avec le choix d'un expert, sa visite sur place lui a été refusée.

### 6.3 Expertises

Les expertises étaient en conséquence de qualités très différentes. Certaines étaient très bonnes, d'autres très mauvaises et la majeure partie d'entre elles se situaient au milieu, l'évaluation «bon» ou «mauvais» se rapportant au degré d'accomplissement quantitatif et qualitatif des exigences formulées dans le concept directeur de l'OAQ pour l'expertise.

La qualité très hétérogène des expertises s'explique non seulement par les difficultés rencontrées lors de l'organisation des groupes face à une telle tâche, comme mentionné ci-dessus, mais aussi par l'insuffisance de l'explication des instruments et de la préparation à leur utilisation.

Ainsi, les efforts investis dans les expertises jugées excellentes du point de vue informatif et analytique n'étaient pas proportionnels aux honoraires.

Les expertises elles-mêmes ont donné lieu à des réactions très différentes allant de «super» et «c'était un plaisir» au «tigre de papier» et à «ça n'a rien donné», en passant par «un travail intéressant», «beaucoup appris» et «mauvais instruments» ou «trop bureaucratique». Un expert était si frustré qu'il a conseillé à l'OAQ et à l'OFSP de supprimer totalement cette procédure, soit l'ensemble de l'accréditation; un autre était d'avis que l'investissement de temps lié à l'accréditation ne pouvait absolument pas être mis en rapport avec le résultat et qu'il préférerait renoncer à ses honoraires pour son expertise (pourtant très bien rédigée et analytique).

Les difficultés fréquemment rencontrées dans le rapport d'experts, une grande partie du travail rédactionnel et, surtout, la grande diversité des rapports sur le plan qualitatif et quantitatif, auraient pu être évitées par la présentation d'un modèle de rapport détaillé. Cela aurait aussi renforcé l'homogénéité et la comparabilité des expertises. De nombreux experts ont demandé des modèles ou de bons exemples et sollicité le soutien de l'OAQ pendant le processus de rédaction.

### 6.4 Visites sur place

Une critique souvent exprimée quant aux procédures d'accréditation portait – surtout dans les procédures dépourvues de visites sur place – sur la virtualité vécue de cet examen, c'est-à-dire une évaluation (uniquement) sur la base de papier et des propres déclarations des candidats (dans le rapport d'autoévaluation). Le fait est que, dans la plupart des filières de formation postgrade, les experts n'ont jamais parlé avec un responsable, un chargé de cours ou avec des candidats ni visité un réel établissement de formation.

La visite sur place est, dans toutes les accréditations, le noyau de la procédure. Elle permet de poser des questions, de renforcer ou de corriger les impressions acquises lors de la lecture des documents et surtout de se faire une image vivante d'un programme réel.

Compte tenu du nombre élevé d'établissements de formation pour chaque filière de formation postgrade à accréditer, il n'aurait pas été possible de visiter chacun de ces établissements. C'est pourquoi l'on a procédé à une sélection d'établissements, mais celle-ci

était trop floue sur le plan méthodique et ne permettait pas de tirer de conclusions pour l'ensemble du programme: des visites furent organisées pour quelques filières de formation postgrade seulement, pour certaines, une seule, pour d'autres, plusieurs.

Les visites ont certes été décrites par tous les experts comme étant intéressantes et utiles, mais les résultats, c'est-à-dire l'analyse des points forts et des points faibles, se rapportaient aux établissements de formation spécifiques et non pas à la filière de formation postgrade, de sorte qu'il était impossible d'intégrer les résultats de ces visites dans l'expertise relative à la filière de formation.

Compte tenu du fait que les résultats ne pouvaient être utilisés pour l'évaluation proprement dite de la filière de formation postgrade (en tant qu'objet effectif de l'accréditation) sur la base des normes de qualité, les visites sur place ont demandé un trop gros investissement en matière d'organisation ainsi qu'au niveau de la mobilisation des ressources.

Le rapport entre les visites sur place et l'examen sur dossier du rapport d'autoévaluation de la filière de formation postgrade concernée était non seulement malencontreux, mais aussi difficile à communiquer: au début des visites en particulier, à l'automne/hiver 2009, les experts de l'OAQ étaient beaucoup trop sollicités par les visites; il fut possible de créer un peu plus de clarté, entre autres par une note d'information (FAQ visites sur place); mais la situation de base insatisfaisante de ce rapport disproportionné est restée telle quelle.

Dans certains cas, le problème de l'absence d'instructions concrètes dans l'arrangement au sein du groupe d'experts s'est fait jour dans les visites sur place: deux experts de l'OAQ du même titre durent s'organiser eux-mêmes en tant qu'élément d'un groupe d'experts plus nombreux (les experts de la FMH / l'ISFM).

Sans visites, les procédures d'accréditation sont problématiques, parce que l'examen au sens strict apparaît trop virtuel et que l'évaluation se fait à un niveau purement théorique. Le choix ainsi que la nature des visites de différents établissements de formation postgrade n'étaient toutefois pas judicieux pour les procédures d'accréditation de la médecine humaine. A l'avenir, il faudra trouver moyen d'effectuer des visites soit dans toutes les filières de formation postgrade soit, de manière conséquente, chez aucune d'entre elles.

Pour la médecine dentaire, la situation initiale se présentait différemment, parce que le nombre d'établissements de formation est plus petit. Des visites sur place ont été organisées pour les quatre filières de formation postgrade.

La procédure adoptée pour la chiropratique était sans aucun doute, en ce qui concerne la visite sur place, la mieux réussie et la plus facilement comparable aux procédures de l'OAQ dans d'autres domaines.

## **6.5 Rapports finaux de l'OAQ et traitement ultérieur**

Le concept prévoyait que le rapport final de l'OAQ fasse une synthèse du rapport d'experts et établisse au niveau formel une meilleure comparabilité des différents dossiers. Ce dernier point n'a cependant pu être atteint. Le rapport final de l'OAQ était, dans la plupart des cas,

une répétition de modules de texte identiques, avec des passages extraits du rapport d'experts. Un bon modèle de rapport d'experts rendrait à l'avenir le rapport final de l'OAQ superflu, tant au niveau de sa teneur que sur le plan formel, et signifierait pour tous un gain de temps.

Les questionnaires relatifs au feed-back, que nous avons envoyés aux experts et aux sociétés de discipline médicale, étaient loin d'être pratiques et compréhensibles, ce qui pourrait expliquer le faible taux de retour d'environ 35%.

## 7 Enseignements et conclusions

### 7.1 Préparation

Dans une situation de départ empreinte de grandes *différences de perspective* concernant l'accréditation en général et les procédures en particulier, il faut, tant dans le cadre préparatoire que pendant les activités, consacrer beaucoup de temps à l'échange et aux entretiens visant à la compréhension. Toutes les personnes impliquées et concernées devraient pouvoir participer de manière précoce aux discussions et à la planification afin de garantir un déroulement précis. Cela assurerait une meilleure collaboration sur une base commune et améliorerait la compréhension réciproque des différences de perspectives.

Des cycles complexes comme l'accréditation de la formation médicale postgraduée supposent une planification prévoyante des ressources de la part de l'OAQ. La qualité des procédures profiterait d'un échelonnement temporel du déroulement.

Les instruments devraient être rédigés en fonction des groupes cibles: les standards trop longs, incompréhensibles et redondants qui ne font que répéter la loi ne sont pas adaptés aux prestations demandées. L'OAQ doit proposer, au travers de ses standards et de ses concepts directeurs, une «traduction» des lois, des ordonnances et des réglementations bureaucratiques ainsi que du «jargon» de la qualité et de l'accréditation afin d'en garantir la compréhension pour les experts et un large public.

Il faut vérifier si les standards génériques, qui sont valables pour toutes les filières de formation postgrade de médecine humaine, doivent être complétés par des standards spécifiques, notamment dans l'optique d'un suivi et des prochaines activités d'accréditation en 2018.

### 7.2 Autoévaluation

Pour la phase d'autoévaluation, d'autres procédures ont révélé qu'un encadrement de l'institution (dans le cas de la formation postgrade: les sociétés de discipline médicale) dans la collecte des données pour l'autoévaluation et la rédaction du rapport avait fait ses preuves. Les réunions convenues dans cette phase permettent d'atténuer les incertitudes des institutions concernées, et un interlocuteur de l'OAQ est généralement disponible pendant toute la période de l'autoévaluation.



La phase d'autoévaluation ne relève pas du mandat de l'OAQ; il est néanmoins recommandé à l'OFSP d'examiner la possibilité de mesures accompagnatrices comparables.

### **7.3 Expertise externe**

L'organisation et le nombre des visites sur place doivent être reconsidérés. N'organiser des visites que pour quelques sociétés de discipline médicale ne profite pas à l'ensemble de la procédure. Il convient d'en réaliser soit partout, soit nulle part – ou bien d'adopter un autre type d'organisation, p. ex. des tables rondes par filière de formation postgrade.

Les rapports finaux de l'OAQ apportent peu de nouveauté par rapport au rapport d'experts, mais ils engendrent des coûts élevés. Des modèles bien structurés faciliteraient en revanche le travail des experts, et permettraient une meilleure comparabilité; les rapports finaux seraient alors superflus.

Une autre option envisageable serait de développer les procédures dans le sens d'une accréditation du système: dans le cas de l'ISFM en particulier, une intégration renforcée de l'organisation faïtière serait souhaitable. Plutôt que l'OAQ effectue lui-même des visites, il serait beaucoup plus judicieux d'utiliser les protocoles de visites de l'ISFM pour l'accréditation. Dans l'ensemble, les points forts et les expériences de l'ISFM lui-même devraient être mis à profit pour l'assurance de la qualité des filières de formation postgrade.

### **7.4 Décision**

Les procédures seraient mieux acceptées par les sociétés de discipline médicale concernées si les décisions se référaient directement aux rapports d'experts et si l'on prévoyait un examen en cas d'exigences supplémentaires.

## Annexe:

### *Propositions et critiques de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM/FMH) sur l'accréditation 2011.*

L'accréditation périodique des programmes de formation médicale postgraduée prévue par la Loi sur les professions médicales est un processus complexe dont il faut tirer un profit optimal pour le perfectionnement de ces programmes et leur mise en œuvre. Les rapports, les recommandations et les éventuelles conditions imposées doivent être compréhensibles pour les sociétés de discipline médicale et leur fournir des indications sur la manière dont elles peuvent garantir et améliorer la qualité de la formation postgrade.

Nous souhaitons profiter de cette occasion pour revenir de manière critique sur les problèmes de la procédure et soumettre quelques propositions pour la prochaine accréditation. Il nous tient à cœur, ce faisant, de rendre hommage au travail de l'OAQ, de la MEBEKO et de l'OFSP et de remercier toutes les personnes impliquées. Les éventuelles critiques exprimées dans ce qui suit ont pour seul but de faire de la prochaine accréditation l'instrument utile qu'elle pourrait et devrait être.

Le rapport détaillé de l'OAQ recense de façon remarquable les questions en suspens et indique les améliorations nécessaires. C'est pourquoi nous nous limiterons à quelques thèmes centraux que nous jugeons essentiels pour le succès de l'accréditation 2018.

- Le point de départ doit consister dans des questions précises et bien mûries, assorties des priorités correspondantes, auxquelles le processus d'accréditation structuré pourra alors fournir des réponses claires.
- Le concept de processus d'accréditation identiques pour les différentes filières de formation postgrade n'est pas judicieux. La réglementation pour la formation postgraduée est valable pour toutes les sociétés de discipline médicale, fournit la base commune et la structure de la formation postgrade et ne doit pas être évaluée dans chaque discipline par tous les experts. Serait adéquate une évaluation globale du système de formation postgrade (c'est-à-dire de la réglementation pour la formation postgraduée et de sa mise en œuvre) par un groupe d'experts au sein duquel des spécialistes de la «medical education», en particulier, devraient participer. Les filières de formation postgrade des différentes sociétés de discipline médicale (c'est-à-dire les programmes de formation postgraduée et leur mise en œuvre) pourraient alors être évaluées par des experts de la discipline correspondante. Au niveau formel, les deux «chapitres» à l'attention du DFI devraient alors être regroupés.

Le mandat de l'OAQ et la collaboration de l'OAQ, de la MEBEKO et de l'OFSP doivent être réglementés avec clarté. Pendant l'accréditation, de nouvelles modifications ont été régulièrement mises au point et les «règles du jeu ont changé pendant le jeu en cours.»

- L'OAQ doit disposer d'un certain niveau de compétence spécifique pour le domaine médical, ce qui pourrait aussi être obtenu par une commission.
- Même si l'ISFM est lui-même l'objet de l'accréditation, il peut, surtout dans la phase préparatoire, fournir des informations utiles (p. ex. recrutement et briefing des experts, rédaction des commentaires sur les rapports d'autoévaluation) et un soutien. Il est aussi volontiers disposé à le faire.
- Si le concept est modifié comme proposé, les rapports d'autoévaluation des différentes sociétés de discipline médicale seront plus courts, plus spécifiques et donc probablement plus représentatifs que ce n'était le cas jusqu'alors. Un rapport d'autoévaluation sur les bases et la structure de la formation postgrade viendrait bien sûr s'y ajouter, lequel devrait être établi par l'ISFM. Les questions et le concept directeur relatifs à ces rapports doivent être élaborés avec le plus grand soin. Des questions doivent pouvoir être posées et faire l'objet de réponses compétentes. Les sociétés de discipline médicale travaillant dans le système de milice devraient se voir accorder suffisamment de temps pour rédiger leurs rapports (les quatre mois actuels ne sont pas trop longs).
- Il faut accorder une grande attention au choix des experts. Dans de trop nombreuses disciplines, la qualité du travail des experts dans le cadre de l'accréditation 2011 n'était pas convaincante. Il est tout à fait enrichissant et judicieux d'inviter également des experts étrangers; une bonne initiation et la rédaction d'un cahier de charges clair devraient permettre, à l'avenir, d'éviter des problèmes dans les travaux d'accréditation spécifiques. Dans l'évaluation de base de la réglementation pour la formation postgraduée, le groupe d'experts doit être bien familiarisé avec la situation suisse.
- L'organisation de visites spéciales d'établissements de formation postgrade dans le cadre de l'accréditation est compliquée et en principe superflue. D'après nos observations, les constatations faites sur les visites d'accréditation réalisées jusqu'à ce jour n'ont pratiquement pas été intégrées dans les rapports et recommandations. Mais il est tout à fait envisageable que des experts de certaines disciplines accompagnent l'une des visites régulières en tant qu'invités afin de se faire une idée du contenu et de l'utilité de cet instrument d'évaluation. La réalisation de hearings avec les participants et les médecins-assistants peut également être judicieuse pour certaines questions.
- Constatations supplémentaires sur l'accréditation 2011, qui n'ont malheureusement pas apporté à la formation postgrade l'utilité à laquelle on pouvait s'attendre compte tenu du temps et des frais investis: du point de vue de l'ISFM, transparence limitée, sans raison apparente, jusque peu avant la fin du processus, pas de consultation des rapports de l'OAQ sur les différents programmes de médecine, recommandations des experts en partie très irréalistes.

Malgré toutes ces restrictions et ces insuffisances, l'accréditation 2011 a atteint son objectif. Elle a documenté le niveau remarquable, en moyenne, de la formation médicale



organe d'accréditation et d'assurance qualité  
des hautes écoles suisses

postgraduée en Suisse et indiqué les possibilités d'amélioration. Nous espérons qu'en 2018, le concept, les préparatifs et la réalisation pourront être optimisés de manière à pouvoir répondre à la fois aux attentes des accréditants et des accrédités.