

Bruno Kissling, co-rédacteur en chef de PrimaryCare



# Nouveaux profils professionnels en médecine de famille – les enjeux se situent sur le plan de la distribution

Compte rendu de la table ronde sur les enjeux professionnels tenue le 22 juin 2012 au congrès du CMPR à Lucerne

**Dans les futurs modèles de soins, qui fera quoi? Un groupe d'experts<sup>1</sup> a débattu de cette question brûlante: il était composé de représentants des milieux politiques, de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), des domaines de la formation des professions médicales et des assistantes médicales, ainsi que de médecins de famille ayant une longue carrière professionnelle. La modération était assurée avec brio par Ivan Rickenbacher, qui savait mettre de l'insistance dans ses questions.**

## Il ne suffit pas de combler un vide, il faut penser au long terme

Pour le moment, la pénurie en médecins de famille, personnel de soins et assistantes médicales commence à se faire sentir de plus en plus. En parallèle, le nombre de personnes atteintes de multimorbidité chronique et donc les besoins en suivi médical ne cessent d'augmenter. On ne doit pas se contenter de combler ce vide en faisant simplement venir du personnel médical de l'étranger: d'une part pour des raisons éthiques, car ces personnes viendraient à manquer dans leur pays, d'autre part parce que cette démarche ne suffirait qu'à compenser le manque de personnel médical. Mais il faut penser à l'avenir et à toute l'étendue du problème. Une solution globale doit s'orienter sur les besoins en suivi du patient, très variés et spécifiques, de compétences théoriques et pratiques, généralement à long terme, médicales et non médicales, pharmacologiques et soignants. Il faut également garder à l'esprit que les forces de relève songent à un équilibre entre vie professionnelle et vie privée et expriment des besoins spécifiques. Le profil professionnel va s'adapter à toutes ces attentes, et il se forme par remaniement, voire par renouveau du cahier des charges en vigueur jusqu'ici. Les professions auront changé. Les personnes aussi, et avec elles, les domaines de compétences et de responsabilités. Elles auront les capacités nécessaires à s'engager dans des collaborations nouvelles, à la fois étroites et interdisciplinaires, selon des critères qui restent à élaborer. Les nouvelles tâches dépasseront parfois les limites professionnelles anciennes. Le travail évoluera dans un contexte de relations d'égal à égal entre médecins et non médecins, au sein de nouveaux modèles de soins ambulatoires, de nouvelles structures de cabinet médical et de nouvelles modalités d'assurances. Tous ces changements se passeront très rapidement. Sur le plan pratique, cela semble tout simple. Mais nous sommes des êtres humains empreints de réalisme et d'émotions. Nous nous situons au bout de toute une évolution historique, au sein de laquelle des changements aussi importants repré-

sentent un immense effort, parce qu'ils touchent des éléments structurels et relationnels. Il faudra rompre les habitudes, affronter les aspects pratiques et émotionnels. Tout le monde sera impliqué, les professionnels comme les patients. Il faudra modifier les voies de formation, adapter les infrastructures, incorporer les associations professionnelles, les milieux politiques, l'administration et la société dans son ensemble, et finalement ne pas oublier les conséquences économiques.

«Unlike the lone-doctor-with-helpers model, the «we» paradigm uses a team comprising clinicians and nonclinicians to provide care with reallocation of responsibilities.»<sup>2</sup>

## La formation continue des assistants et assistantes médicales consolide la médecine de famille

*Emil Schalch:* Il voit le médecin de famille comme un chef d'orchestre occupant une fonction centrale au sein du système de santé: il oriente les itinéraires de traitement pluridisciplinaires et pilote l'équipe thérapeutique. Selon lui, il faut compenser le manque d'effectifs médicaux dans les soins primaires en déployant les forces de travail occupées dans ce domaine. Il estime que la fonction des assistantes médicales permettrait de pallier la pénurie d'effectifs en médecine de famille menaçant à l'horizon et d'améliorer le traitement des malades chroniques. L'assistante médicale est en contact avec l'environnement de la médecine générale dès le début de sa formation professionnelle. Elle bénéficie d'un acquis professionnel pratique. Elle est connue du patient. Elle est parfaitement préparée à exercer à une activité «multitâches» au cabinet médical. Il ne serait pas difficile de lui faire acquérir rapidement les compléments de connaissances théoriques et pratiques nécessaires à un élargissement du suivi des patients. Il serait dans ce cas indispensable de rémunérer correctement l'activité de l'assistante médicale dans le TARMEC. Pour une raison incompréhensible, leurs prestations ont été attribuées aux points tarifaires techniques, ce qui contre toute justice relègue l'assistante médicale au rang indigne d'«équipement».

## Collaborer dans le respect mutuel, et offrir le meilleur de ses compétences

*Jacqueline Fehr:* Le médecin de famille doit rester la colonne vertébrale du système de santé. Mais pas dans tous les cas. Un système complexe ne peut pas dépendre d'une seule mesure pour résoudre tous les problèmes. Il faut un ensemble de compétences. Dans certaines situations, d'autres professionnels peuvent tout aussi bien piloter le système de santé, mentionnons les sages-femmes pour ce qui concerne les naissances, ou alors le personnel soignant pour les pensionnaires des maisons de retraite avec le médecin de famille comme interlocuteur de référence pour les questions médicales. Chaque professionnel doit pouvoir agir là où il possède le plus de compétences. Et pour y arriver, il faut collaborer dans le respect mutuel entre médecins et personnel soignant et montrer des égards pour les spécificités professionnelles de l'autre. Pour développer cette forme de coopéra-

<sup>1</sup> Dr Johannes Brühwiler, membre du comité de Médecins de famille Suisse, Zurich; Jaqueline Fehr, Conseillère nationale PS, Winterthur; Dr iur. Catherine Gasser, OFSP, responsable de la section Formation des professions médicales, Berne; Prof. Dr phil. Cornelia Oertle, Haute école spécialisée bernoise (HESB), responsable de la filière Santé, Berne; Prof. Ivan Rickenbacher, communication et consulting, Brunnen – modérateur; Dr Emil Schalch, Organisation du monde du travail (ORTA), président de la Formation professionnelle des assistantes médicales, Oberägeri.

<sup>2</sup> Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. N Engl J Med. 2012;366(21):1955-7.

tion, on pourrait imaginer de créer des modules communs de formation continue. Le dossier électronique devrait optimiser la communication au sein des équipes de traitement pluridisciplinaires et leur donner libre accès à toutes les modalités de traitement. L'ancrage universitaire des professions de la santé est tout bénéfique. Déjà 10 à 15% choisissent cette voie. Pour affronter les défis de demain, la Suisse a besoin de ce personnel qualifié, dans la pratique comme dans la recherche. Il faut absolument renforcer les compétences des patients, qui ne sont pas représentés dans les justes proportions au sein des milieux politiques. Ils doivent acquérir la capacité de prendre des décisions autonomes et responsables concernant la forme et la nécessité du traitement qui leur est proposé. Si l'on met l'accent sur les compétences et la participation des patients, on exerce une influence significative sur la qualité et les coûts des soins.

### **Vers des soins primaires assurés par le personnel soignant, notamment par les experts en soins autonomes (infirmières et infirmiers praticiens spécialisés IPS)**

*Cornelia Oertle* veut asseoir l'importance des branches théoriques, de l'enseignement pratique et des sciences dans la formation du personnel soignant. Si ce dernier dispose des compétences nécessaires à l'examen clinique, il peut évaluer la situation du patient et faire appel au médecin de façon ciblée. Pour pallier l'effet conjugué du caractère irremplaçable du médecin et du manque de relève pour raison de départ à la retraite, nous devons adopter de nouveaux modèles de soins primaires au sein desquels nous intégrerons du personnel soignant et d'autres professionnels de la santé ainsi que des infirmières et infirmiers praticiens spécialisés (IPS). Les IPS sont dotés de compétences élargies. Ils sont formés pour assumer des tâches de façon autonome au sein d'une équipe interprofessionnelle. Le suivi du patient ne doit plus incomber au seul médecin de famille. Une redistribution des tâches s'impose. Certaines d'entre elles, d'accès immédiat, pourraient être déléguées au personnel soignant. Ce genre de transfert de compétences est déjà mis en œuvre dans un certain nombre de cabinets médicaux pour décharger les médecins de famille. Ceux-ci peuvent dès lors se concentrer sur l'essentiel. Différents modèles se prêtent à cette évolution. Il faut avant tout veiller à bien piloter le patient.

### **Le médecin de famille est le pivot de l'équipe mixte**

*Johannes Brühwiler*: Le médecin de famille est irremplaçable. Il veille à la qualité globale des soins apportés aux malades chroniques dans un système de prise en charge toujours plus morcelé et spécialisé sur le plan des disciplines et du personnel. Il remplit une fonction primordiale: coordonner un ensemble composite de prestations souvent fournies de manière isolée, sans contact les unes avec les autres. Cette tâche représente un énorme effort de communication, et elle doit être rémunérée par voie tarifaire. Cependant, le médecin de famille ne peut pas tout faire lui-même. C'est pourquoi, après en avoir discuté avec le patient, il délègue certaines tâches spécifiques à d'autres professionnels de la santé – par ex. le suivi des plaies au personnel soignant ou l'examen d'un problème cardiaque au cardiologue – tout en assurant la coordination entre les intervenants. Dans certaines situations, il est tout à fait envisageable que le médecin de famille renonce au rôle de premier interlocuteur et confie la conduite du cas à un autre intervenant. L'avenir du système de santé sera caractérisé par la coexistence de nombreux modèles. En médecine primaire, les trois quarts des prestations seront fournies par des équipes mixtes. La collaboration va devenir un facteur de succès déterminant et Médecins de famille Suisse s'efforce de la promouvoir. A cet effet, l'association s'investit dans la formation des professionnels concernés et encourage l'acquisition des compétences nécessaires.

### **Favoriser la collaboration interdisciplinaire tournée vers les patients**

*Catherine Gasser*: L'OFSP ambitionne de coordonner les compétences des différents groupes de professionnels de la santé pour les propulser vers un niveau d'expertise maximal. Sur le plan didactique, cela signifie qu'il faut accorder les objectifs de la formation en médecine humaine (définis dans la Loi sur les professions médicales LP-Méd) et le contenu du Catalogue des objectifs d'apprentissage (SCLO) avec les compétences attendues pour les professions de la santé au terme d'une formation dans une haute école spécialisée. Tout ceci sans porter atteinte au professionnalisme. La charge de répartir concrètement les tâches et les responsabilités professionnelles liées au traitement des patients incomberait alors non pas aux autorités législatives mais aux groupes de professionnels entre eux. Il s'agit de garantir des soins optimaux calqués sur la demande et les besoins des patients. Or, en regard de l'évolution démographique et épidémiologique, la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle va gagner de l'importance. Spécialement dans le domaine des soins ambulatoires. Et c'est ici que les médecins de famille vont jouer un rôle clé. Ils travailleront fréquemment en équipe et assureront les soins primaires au sein de structures innovantes – cabinets de groupes, centres de santé – en collaboration avec d'autres professionnels de la santé. D'où l'importance de rapports mutuels favorisant la communication d'égal à égal et la reconnaissance des aptitudes de chacun. A l'heure actuelle, la plupart des médecins de famille préfèrent encore employer des assistantes médicales. Cette collaboration gardera toute son importance à l'avenir, mais elle devra s'ouvrir à d'autres professions et à des unités de soins de plus grande taille. En effet, la jeune génération de médecins aspire à d'autres structures que le cabinet privé. Catherine Gasser se montre préoccupée par le fait que le nombre de médecins, de soignants et d'autres professionnels de la santé en formation ne suffira pas à maintenir la qualité des soins à son niveau actuel. A cet égard, nous allons donc devenir tributaires de l'étranger et cette dépendance fait courir à notre pays un risque considérable.

Il faut donc agir à différents niveaux:

- Formation: nous devons mieux coordonner les étapes de formation de base et de formation postgraduée, et élaborer des unités de formation communes.
- Recherche: nous devons œuvrer à faire reconnaître la recherche en soins en Suisse.
- Soins primaires: les cantons, les communes, la population et la Confédération doivent accorder davantage d'attention aux soins de premier recours. Il faut mettre sur pied de nouveaux modèles de soins intégrés.
- Financement: il faut développer un système de financement qui soit axé sur la qualité et l'efficacité et qui tienne compte des coûts macro-économiques.
- Législation: il faut adapter le cadre juridique à ces nouveaux champs d'activité. En tant que juriste, l'experte appelle cependant à la retenue: des principes clairs laissent une plus grande marge de manœuvre. Trop de détails entravent le développement.

En fin de compte, il appartient à chacun d'entre nous d'aborder ce changement avec les patients – et d'assumer sa part de responsabilités dans une tâche importante de communication et de sensibilisation.

Correspondance:

Dr. med. Bruno Kissling  
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
 Elfenaueweg 6  
 3006 Bern  
 bruno.kissling[at]hin.ch