



Projet «La médecine en Suisse demain» – phase III

Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers

Rapport et commentaire

Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique

Rapport 2007 et commentaire 2011

Les personnalités suivantes font partie du groupe de travail qui avait rédigé le rapport en 2007 pour le compte du groupe de pilotage «La médecine en Suisse demain»:

- Dr Werner Bauer, Küsnacht (Président)
- Prof. Anne-Françoise Allaz, Genève
- Prof. Charles Bader, Genève
- Barbara Gassmann, Berne
- lic.oec. Pius Gyger, Zurich
- Dr Jacques de Haller, Berne
- Dr Romy Mahrer Imhof, Bâle
- Dr Peter Tschudi, Bâle
- Priska Wildhaber Isler, Küsnacht

En plus des membres du groupe de travail, les personnalités suivantes ont participé à l'élaboration du commentaire en 2011:

- Dr Hermann Amstad, ASSM, Bâle
- lic. phil. Nadja Birbaumer, ASSH, Berne
- Prof. Claudine Burton-Jeangros, Genève
- Dr Magdalena Rosende, Lausanne
- Prof. Ursula Streckeisen, Berne
- Prof. Peter Suter, ASSM, Presinge

— Rapport

Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique	3
1. Mandat et méthodes de travail.....	3
2. La médecine dans le contexte social.....	5
3. Les transformations de l'activité professionnelle.....	6
4. Idées directrices concernant la médecine du futur.....	8
5. Le futur profil professionnel des médecins, infirmières et infirmiers.....	10
6. Conflits et conséquences.....	18
Littérature.....	23

— Commentaire 2011

Nouveaux profils professionnels pour des professionnels manquants?	24
Le système de santé change lentement, mais continuellement.....	25
La mutation des professions sous l'angle des sciences sociales.....	25
L'économicisation de la médecine comme moteur?.....	26
Conflits et conséquences: où en sommes-nous aujourd'hui?.....	27
Perspectives: l'avenir de la médecine est à la fois tourné vers l'équipe, interprofessionnel et modulaire.....	31

En automne 2007, le groupe de travail de l'ASSM «Profils professionnels et identités professionnelles» avait publié le rapport «Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique» (Bull. des Médecins Suisses 2007: 88: 1942–1952).

En 2009, un comité de programme, constitué de représentants de l'ASSM et de l'ASSH, avait organisé à Berne un colloque sur le thème de «la mutation des profils professionnels dans le système de santé: Visions externes et visions internes».

Le groupe de travail initial ainsi que les experts de l'ASSH et les représentants de l'ASSM, membres du comité de programme, se sont rencontrés en août 2010 pour un examen critique du rapport de 2007 – également dans l'optique des sciences sociales. Le «Commentaire 2011» est le résultat de cette rencontre; il est publié avec le rapport initial dans cette brochure.

Rapport

Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique

1. Mandat et méthodes de travail

Le rapport «Buts et missions de la médecine au début du 21^{ème} siècle» met en évidence que les profils du médecin¹ et du personnel soignant ont radicalement changé ces dernières décennies; ceux-ci peuvent, de ce fait, se sentir quelque peu déstabilisés dans leur identité professionnelle. Selon ce rapport, les professions médicales connaîtront à l'avenir des modifications profondes dans les définitions des différents rôles.

Le groupe de pilotage du projet «La médecine en Suisse demain» a accordé une grande importance à cette problématique et décidé d'en faire un des principaux points de la phase III du projet; à cet égard, il a chargé un groupe de travail du mandat suivant:

Dans un premier temps, le groupe de travail définit les rôles professionnels actuels (tant du point de vue interne qu'externe) au sein du système de santé (médecins et personnel soignant), esquisse les axes d'évolution probables, désigne les domaines conflictuels possibles et tente de définir un objectif prévisionnel pertinent.

Dans un deuxième temps, le groupe de travail définit les mesures à prendre dans le domaine de la formation et éventuellement dans d'autres domaines (par ex. nouvelle répartition des rôles; relations publiques) afin d'atténuer les tensions et éventuellement d'approcher l'objectif.

Ce mandat est complexe et s'assigne un but élevé. Le groupe de travail est conscient des nombreux problèmes existant dans la délimitation et les points de jonction avec d'autres professions (par ex. employé dans le secteur médical, assistante médicale). A cet égard, la relation entre les infirmières et infirmiers diplômés et les médecins peut être prise comme exemple, car elle est source de nombreux conflits; c'est pourquoi, le groupe de travail s'est limité dans son analyse et ses recommandations – conformément au mandat qu'elle a reçu – à

¹ Pour simplifier, nous n'emploierons en règle générale que le masculin pour les deux sexes.

ces deux groupes professionnels. Il a toujours orienté son travail vers ce qui est faisable et essayé de ne pas perdre de vue le lien avec la réalité. Le groupe de travail a placé au centre de ses réflexions les besoins du patient individuel tout en respectant les conditions nécessaires à une assistance médicale optimale de la population.

Le texte actuel est à considérer comme une base de discussion. Le rapport «Buts et missions de la médecine au début du 21^e siècle», publié par l'ASSM, constitue le fondement de ce qui suit et est donc supposé connu. Il va de soi que les estimations et appréciations, relatives aux évolutions et à leurs conséquences, ne peuvent pas, au sein du groupe de travail, donner lieu à une complète unanimité et qu'il subsiste des divergences d'opinions. Toutefois, le texte résultant d'un travail commun, les membres du groupe de travail ont considéré qu'il n'était pas utile de mentionner de façon explicite toutes les divergences d'opinions.

Le groupe de travail définit le profil professionnel comme la description des activités et missions d'un groupe professionnel donné et la présentation du contexte ainsi que des conditions fondamentales requises à l'exercice de la profession en question: environnement social, conditions de travail, formations prégraduée et postgraduée. Un profil professionnel ne contient pas de catalogue détaillé des objectifs de formation.

Le groupe de travail définit l'identité professionnelle comme la spécificité éprouvée par les praticiens pour leur profession ainsi que les caractéristiques et distinctions de cette dernière. Le texte suivant n'aborde pas particulièrement la différenciation de ces notions.

Le groupe de travail considère son témoignage comme une base qui doit permettre un large débat et espère que celui-ci aura lieu dans le même esprit ouvert, constructif et tourné vers l'avenir, que celui qui a régné au sein du groupe.

2. La médecine dans le contexte social

Les médecins, infirmières et infirmiers ne travaillent pas en milieu protégé. Les évolutions sociales qui, du système de valeurs au système économique, touchent tous les domaines, ont une influence déterminante sur les conditions cadres de leur activité. Les tendances suivantes revêtent une importance toute particulière.

La diversification croissante

Le secteur de la santé connaît une mutation rapide et se diversifie toujours davantage: on trouve un nombre croissant de prestataires, des organisations et des modèles en concurrence, de nouvelles formes de prestations de soins, une variété de méthodes ainsi que de nouveaux systèmes de tarifications et de contrôles. De la même manière, la liberté de choisir son médecin est remise en question. La politique a une influence croissante sur tous les plans du système de santé, et, de la sorte, sur les profils professionnels. Les assureurs sont également devenus des acteurs importants bien décidés à défendre leurs intérêts.

On observe également une multiculturalité croissante, tant chez les patientes et patients que chez les collaboratrices et collaborateurs.

L'élément clé restera cependant inchangé: il existera constamment des personnes souffrantes qui auront besoin d'aide; la mission principale du secteur de la santé sera toujours de se préoccuper des personnes souffrantes et de leur procurer cette aide, de la meilleure manière possible.

De l'assistance médicale au «marché médical»

Les tensions augmentent entre le mandat de la santé publique, centré sur la personne et l'humain, et les facteurs économiques toujours plus dominants. Le secteur de la santé est de plus en plus influencé par des intérêts économiques, les pouvoirs du marché et les contraintes économiques.

S'il existe des sociétés/compagnies/firmes prospères qui parviennent à réaliser d'importants profits – des chaînes d'hôpitaux aux offres de technologie médicale, en passant par l'industrie pharmaceutique –, on est également confronté à de lourdes contraintes financières qui conduisent à une perplexité étendue et laissent poindre l'espoir qu'une solution aux problèmes pourrait se dissimuler dans la notion de «management».

Une attitude revendicative, visant le secteur de la santé et assortie des exigences correspondantes, est en train de gagner en intensité. L'attente croissante de voir se mettre en oeuvre, de manière immédiate, parfaite et réussie, toutes les mesures se manifeste, entre autres, en proportion directe à la hausse des primes d'assurances. En même temps, on constate que les compétences de base de la

population en matière de santé ainsi que sa capacité à gérer elle-même des petits troubles de santé diminuent à vue d'œil. En outre, la tendance à la médicalisation des problèmes économiques et sociaux se poursuivra.

Féminisation

Alors que la profession soignante passe depuis longtemps pour une «profession féminine classique», une évolution semblable se dessine depuis quelques temps en médecine. 60% des étudiants en médecine sont des femmes et cette proportion est toujours croissante. Cette «féminisation» de la profession aura des effets inévitables sur l'identité professionnelle.

Flux d'informations

Les informations disponibles se présentent de plus en plus souvent sous la forme d'une «avalanche» écrite ou électronique, ce qui rendra la tâche d'orientation difficile voire impossible au non-initié.

Pour atteindre les objectifs fixés aujourd'hui, au sens d'une «prise de décision partagée» ou de la responsabilisation du patient («patient empowerment»), l'évaluation de l'information par un professionnel de la sphère médicale, est devenue nécessaire.

3. Les transformations de l'activité professionnelle

Nous constatons également avec une netteté croissante des transformations dans la pratique des professions médicales et infirmières. Outre le changement et le dynamisme qui y sont liés, on y trouve également des éléments qui freinent, entraînant actuellement, en Suisse, une image de coexistence qui évoque les mosaïques: prestations de soins d'un mode très traditionnel, et nombreux projets et modèles pilotes.

De nouvelles professions émergent

Les profils professionnels, bien connus et qu'on supposait clairement définis – des médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers et autres personnes actives dans le secteur de la santé – tendent à se brouiller. De nouvelles professions surgissent et les limites avec celles qui existent déjà s'estompent partiellement. Dans le secteur de la santé, le premier interlocuteur et prestataire de divers examens et thérapies n'est plus nécessairement un médecin, comme cela était pratiquement toujours la règle jusqu'ici, exception faite de la médecine alternative.

Travail en réseau

Le travail d'équipe et la mise en réseau sont généralement considérés comme des modèles d'avenir. Cependant, notre pays connaîtra, longtemps encore, les cabinets individuels, les cabinets de groupe de petites dimensions ainsi que des formes d'organisations correspondantes dans le secteur des soins hors hôpital. Le souhait légitime de cultiver une relation personnelle et de longue date avec un médecin généraliste reste très solidement enraciné dans notre population, même si nombreux sont ceux – et, parmi eux surtout des personnes plus jeunes – qui tiennent vraiment à leur liberté de décider, au cas par cas, à qui s'adresser.

Les formations prégraduée et postgraduée en mutation

Les formations prégraduée et postgraduée sont également soumises à un changement; celui-ci est devenu, pour la première fois, particulièrement apparent sur le plan de la formation des professions médicales et infirmières, lors de l'introduction du modèle de Bologne. Les conséquences sont, pour l'instant, difficilement prévisibles, tandis que suivront des changements touchant également la structuration de la formation postgraduée.

Les conditions de travail changent

Il ne sera plus possible d'exiger des médecins et des infirmiers, dans leur activité normale, une astreinte à des horaires de travail dépassant ceux de professions (et de fonctions dirigeantes) comparables parmi celles qui nécessitent des services d'urgence, de nuit et de jours fériés.

On trouve d'ores et déjà des zones conflictuelles, de toutes sortes et à des degrés divers, qui se manifestent de manière de plus en plus prononcée sur les intersections suivantes:

- médecins spécialistes >> médecins de premier recours
- médecins >> infirmiers >> autres professions de la santé
- médecins, infirmiers indépendants >> hôpitaux, foyers, organisations Spitex
- médecine >> économie
- prestataires de soins >> prestataires financiers

4. Idées directrices concernant la médecine du futur

Les profils professionnels du secteur médical font l'objet de changements et passeront par d'autres évolutions, dont les personnes concernées ne prendront conscience que progressivement. Les profils professionnels et les perspectives qu'ils régissent sont d'une importance décisive lorsque vient, pour la jeune génération, le moment de planifier le choix d'une profession et sa carrière. Il faut tenter de conserver ou de consolider un noyau essentiel et défini d'attitudes, de connaissances et d'aptitudes, caractéristiques du profil professionnel; cela est réalisable grâce à un ensemble structuré qui englobe les formations prégraduée et postgraduée ainsi que les mesures d'accompagnement.

Des lieux d'accueil accessibles

Le premier interlocuteur du secteur de la santé, n'est pas nécessairement un médecin.

Le lieu d'accueil préliminaire doit être une institution accessible, facile à contacter: cabinet de groupe, centre, établissement médico-social, urgences ou réseau, où il est possible d'effectuer toutes les clarifications et traitements non spécialisés; c'est aussi l'endroit depuis lequel s'effectue le transfert direct aux services compétents. Les centres d'appels, portails internet et pharmacies pourront également, bien que plus marginalement, assumer la fonction de lieu d'accueil préliminaire.

Travail interdisciplinaire d'équipe

Dans le futur, la répartition des tâches ne se conformera plus impérativement à des critères hiérarchiques, définis par le code déontologique ou liés à un titre officiel. Le travail interdisciplinaire d'équipe prend de plus en plus d'importance: l'activité des médecins se concentrera en premier lieu sur les domaines suivants: établissement de diagnostics et d'indications, traitement et conseils, «Disease Management»² de cas complexes et méthodes spécialisées. Les infirmiers assumeront des tâches supplémentaires en matière de diagnostic, de thérapie et de Case Management³ qu'elles ou ils réaliseront de manière autonome. Certaines méthodes ou procédés techniques, comme par exemple la sonogra-

² Le «Disease management» permet aux patients, en concertation avec les médecins et d'autres soignants, de gérer de façon efficiente leur maladie chronique et d'en prévenir les complications par une adhésion au traitement, par l'évaluation régulière de signes vitaux, par une diète saine, par l'exercice et d'autres choix de style de vie.

³ Le Case management (gestion de cas) dans le domaine de la santé est un processus collaboratif impliquant l'assurance, le personnel soignant et le patient. Il vise en principe à assurer les besoins en santé du patient de la façon la plus efficiente et économique possible.

phie, l'endoscopie diagnostique ou les usages de laser, seront probablement de plus en plus appliqués par des non-médecins ou des médecins qui seront passés par une formation postgraduée spécifique restreinte. Pareille formation pourrait aussi, le cas échéant, déboucher sur l'attribution d'un certificat autre qu'un diplôme de médecin spécialiste.

Plus la spécialisation se développe et se ramifie, plus les généralistes, aux connaissances sans cesse actualisées en matière de méthodes et de technologies disponibles, prendront de l'importance. Leur mission est de placer des repères, le long des itinéraires servant au diagnostic et au traitement.

L'orientation vers les besoins des patientes et patients

Les profils professionnels devraient, en premier lieu, se conformer aux besoins des patientes et patients; d'autres puissants groupes d'intérêts économiques et politiques ne manqueront cependant pas de faire valoir leur influence. Celle-ci se répercutera avant tout à travers le financement, ce qui aura également des conséquences lors du financement des formations prégraduée et postgraduée. La formation postgraduée sera de plus en plus confrontée à l'exigence d'une structuration et d'un démarrage ciblé qui doit se produire le plus tôt possible. Cette exigence pourrait également être étendue à la phase de formation prégraduée; le modèle de Bologne propose dès maintenant les instruments nécessaires en soi.

Un apprentissage de toute une vie

La formation postgraduée doit être structurée et organisée de manière modulaire.

L'éventail des activités au début d'une carrière médicale sera de plus en plus rarement identique à celui des activités en fin de carrière. C'est pourquoi, l'acquisition de nouvelles compétences doit être possible, au cours d'une carrière et au prix d'un investissement acceptable.

La remise de diplômes et les processus de sélection constituent des instruments pertinents pour contrôler les connaissances et les aptitudes; ils présentent, en même temps, le risque d'être manipulés, sous le couvert de l'assurance qualité, par des groupes de pression qui visent à l'instauration d'un monopole ou d'une régulation de l'accès.

Une formation continue ciblée, toute la vie durant, et la disposition à assurer et promouvoir constamment la qualité sont des conditions naturelles et préalables à l'exercice des professions du secteur de la santé. Le contrôle de la formation continue et de la qualité ainsi que l'élaboration d'instruments de contrôle de la qualité doivent reposer sur un consensus fondé sur la preuve («evidence-based»); ils ne peuvent pas dépendre exclusivement des prestataires de soins, d'une instance publique ou des assureurs.

Le diagnostic et le traitement ne sont pas tout

L'identité professionnelle des professions médicales suppose également un engagement actif dans le domaine de la Santé publique (prévention et promotion de la santé), dans l'enseignement et la recherche ainsi que des connaissances de base en économie.

5. Le futur profil professionnel des médecins, infirmières et infirmiers

Le profil professionnel des médecins et infirmiers se laisse décrire sur trois plans et est composé des parties suivantes:

1. *Les éléments communs de base, propres aux professions du secteur de la santé:*

- une connaissance élémentaire de l'être humain et de ses fonctions
- les principes éthiques et déontologiques et l'attitude de base qui en découle, au sens de «sciences humaines en médecine»
- des aptitudes pratiques fondamentales
- une langue commune et la capacité adéquate à communiquer avec les patients et les autres professionnels
- des connaissances fondamentales du système de santé suisse, des bases légales et du contexte économique
- des connaissances de base en matière d'assurance qualité
- un entendement en matière d'enseignement et de recherche.

L'enseignement de ces éléments de base est intégré dans les formations des groupes professionnels respectifs; des modules communs peuvent être envisagés.

2. *Les éléments faisant partie des profils professionnels caractéristiques du groupe de tous les médecins et infirmiers:* des connaissances spécifiques mais non spécialisées des fonctions normales et perturbées chez l'être humain; les aptitudes et techniques fondamentales nécessaires, tels que l'écoute active, l'observation, les techniques d'examen de base et de consultation médicale.

3. *Les éléments particuliers des professions prises individuellement dans le domaine médical et des soins:* compétences spécialisées, techniques ou autres, selon la fonction.

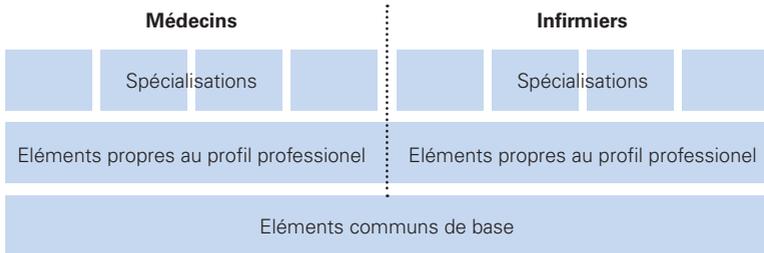


Fig. 1. L'identité professionnelle des médecins et des soignants peut se définir à trois différents niveaux: 1) les éléments de base communs à toutes les professions de la santé (par ex. les principes éthiques ou la capacité de communiquer avec les patients), 2) les éléments spécifiques à la profession ainsi que 3) les éléments spécialisés.

A. Le futur profil professionnel des médecins

Missions et activités

Au sein du système de santé suisse, le médecin occupe une fonction centrale: il est chargé – en association avec d'autres groupes professionnels – de la prévention, du diagnostic et de la thérapie des troubles aigus de la santé, des thérapies palliatives et de la réhabilitation ainsi que des soins de longue durée en cas de maladie chronique. L'élément de base reste la relation personnelle et souvent de longue durée qui existe entre le médecin et son patient.

La profession de médecin comporte deux domaines d'activité majeurs: le premier concerne l'assistance médicale de base, assuré par le médecin généraliste, hospitalier ou rattaché à une institution médicale; le deuxième est le propre du spécialiste d'une méthode ou d'une technique déterminée, qu'il applique, dans le cadre d'un concept diagnostique ou thérapeutique, à un patient particulier. La division de la médecine en secteur ambulatoire et secteur hospitalier continuera, en outre, d'exister, bien que son caractère soit sans cesse appelé à se transformer: croissance du secteur ambulatoire, séjours hospitaliers de plus courte durée, interdépendance au niveau personnel.

Les deux groupes de médecins collaborent étroitement et pratiquent même, dans certains domaines, en concurrence avec d'autres professionnels de la santé.

Ces médecins – qui exercent au niveau de l'assistance médicale de base, ambulatoire (médecine générale) ou hospitalière (urgences, services et cliniques de médecine interne générale) – ont, généralement, suivi une formation postgraduée en médecine générale ou interne – pour obtenir, à l'avenir peut-être et compte tenu de la reconnaissance européenne, un titre de spécialiste en médecine interne générale – ou en pédiatrie.

De plus, il existe, au sein de nombreuses spécialités, une subdivision qui sépare l'assistance médicale de base et la médecine hautement spécialisée, comme, par exemple, chez les ophtalmologues qui pratiquent en cabinet et les chirurgiens du corps vitré ou de la rétine.

Les médecins généralistes sont des experts dans les domaines suivants: écoute active (anamnèse, «prise de décision partagée», consultation), diagnostic clinique et thérapie, appréciation et formulation des priorités dans les cas médicaux complexes, coordination de méthodes diagnostiques et de thérapies ainsi que dans l'établissement d'indications, dans le cas de transferts du patient à des spécialistes et des centres spécialisés.

En fonction de leur lieu de travail et de leur compétence personnelle, ils effectuent eux-mêmes les mesures techniques indiquées (par ex. échographies ou interventions légères de nature diagnostique et curative) ou ils orientent leurs patients vers un spécialiste au sein de leur équipe ou à l'extérieur de celle-ci, lorsqu'une mesure peut être mise en œuvre de manière plus efficace, économique ou compétente par un autre professionnel.

Ils prennent part au service d'urgence et consultent à domicile ou en institutions de soins. Les missions principales du généraliste sont la coordination, l'interprétation des résultats de l'analyse, l'établissement de bilans et la communication avec ses patients.

Le caractère attrayant de la profession provient du défi technique à relever dans la résolution de problèmes complexes et du rôle des relations, souvent de longue durée, aux patients et à l'équipe; à cela vient s'ajouter la position-clé – de par ses compétences décisionnelles – de cette activité au sein du système de la santé.

Les médecins spécialistes sont des professionnels de la plus haute compétence dans un domaine particulier. Il peut s'agir ici d'applications techniques – telles que, par exemple, les interventions chirurgicales spécialisées, les procédés invasifs diagnostiques ou la radio-oncologie – ou encore d'autres méthodes spécifiques, telles que les psychothérapies ou les traitements oncologiques.

Chez les patients dont le problème clinique est unique et prédominant, et pendant la durée du traitement par le médecin spécialiste, celui-ci peut également assumer la responsabilité médicale intégrale du patient. Les mesures prises par le spécialiste sont appliquées en étroite collaboration avec l'équipe généraliste de soins, chaque fois que l'on rencontre un ensemble de problèmes touchant la santé et parfois d'ordre social, psychosocial, liés aux soins ou d'une autre nature. L'activité du médecin spécialiste exige sa pleine compétence au sein de sa spécialité, qui impose toujours que les prestations soient fournies dans le cadre d'un concept global de traitement et de soins, curatifs ou palliatifs.

Le caractère attrayant de la profession est fondé sur le défi technique à relever – au moyen de méthodes modernes, exigeantes, technologiques en pleine évolution ou autres – et sur la contribution hautement efficace au diagnostic et à la

thérapie, au sein d'une équipe ou d'un réseau; il faut ajouter à cela la conscience de pouvoir aider le patient de manière déterminante lorsque l'indication est correctement établie.

Toutes les professions médicales exigent que l'on accepte temporairement un engagement supérieur à la moyenne, en cas d'urgence ou lorsque des services de nuit et de jours fériés sont nécessaires.

Environnement professionnel

Les médecins ne peuvent véritablement s'épanouir – professionnellement et en conformité avec leur formation prégraduée et postgraduée – que moyennant un contexte et des conditions de travail adéquates.

La liberté de diagnostic et de l'orientation thérapeutique à donner – dans le cadre de normes professionnelles et techniques reconnues (directives, «exigences d'efficacité, d'adéquation et d'économicité») – reste une condition préliminaire de base à l'activité du médecin, que celui-ci exerce en pratique libre ou en qualité d'employé.

Des facteurs économiques, des conditions cadres et des arguments, pouvant aller jusqu'à la contrainte, caractérisent la médecine d'aujourd'hui. Sur leur lieu de travail, les médecins doivent pouvoir assumer de manière convaincante leur position et la défendre efficacement. Cela s'applique aux coûts des mesures prescrites mais aussi à la défense légitime des intérêts de chaque profession.

L'activité des médecins ambulatoires est également de plus en plus structurée à la manière d'un réseau qui peut être organisé sous forme d'équipe, au sein d'un centre ou décentralisé. La coopération avec les infirmiers a une importance capitale lorsqu'il s'agit des soins adéquats aux patients; il faut ajouter que cette collaboration n'est pas caractérisée par un rapport hiérarchique formel, mais bien par la question de savoir qui est compétent pour réaliser au mieux une tâche donnée. Certains suivis, consultations et mesures thérapeutiques peuvent être délégués de manière pertinente et autonome – dans le cadre d'un concept défini – à des infirmiers, après établissement du diagnostic et choix de la thérapie par le médecin.

L'intégration de l'activité du médecin, au sein du travail d'équipe, doit conduire à un allègement des tâches administratives, de la gestion des ressources humaines, des commandes ainsi que d'autres travaux paramédicaux similaires; elle permet ainsi la concentration sur le contenu essentiel de la profession du médecin.

La rémunération du médecin doit correspondre à sa qualification professionnelle, aux responsabilités qu'il doit assumer et doit être conçue de manière à éviter les incitations indésirables. Il s'agit de prévenir les conflits d'intérêts, que ceux-ci aillent vers un accroissement quantitatif ou vers un rationnement.

Conditions préalables à l'exercice de la profession

La première condition à l'exercice de la profession de médecin est l'obtention du diplôme de fin d'études de médecine au niveau de la maîtrise universitaire ainsi que la réussite de l'examen fédéral. Celui-ci garantit un savoir de base commun à tous, la même langue et, autant que possible, une attitude de base uniforme.

Il est concevable – bien qu'encore incertain – que, dans l'avenir, des diplômes spécifiques soient proposés au niveau de la maîtrise universitaire pour certains secteurs professionnels de la médecine. Il pourrait, par exemple, être question d'un diplôme particulier – pour la recherche ou des filières techniques qui auront été définies – à la manière de ce qui se fait depuis longtemps déjà pour la filière dentaire. Le même cursus et le même diplôme, valables pour tous, sont cependant nécessaires, y compris lorsque les soins vont au-delà d'un acte médical unique sur un patient précis.

La deuxième condition préalable réside dans une formation postgraduée diplômée, qui permette à une personne d'être capable d'exercer une activité autonome dans la spécialité en question. Il faut souligner l'importance de cette formation – à la fois structurée et préparant de manière systématique au domaine d'activité choisi – qui doit être d'une exigence équivalente pour tous les titres de médecins spécialistes.

Il est également indispensable, au cours de la période de formation postgraduée, de développer la prise de conscience de la responsabilité personnelle, de favoriser la disposition à travailler en équipe et de promouvoir l'intérêt pour l'enseignement et la recherche. Par ailleurs, cette formation doit renforcer la conscience de la nécessité de se former continuellement («life-long-learning») et de procéder à une remise en question de la qualité de ses propres prestations (un ensemble d'attitudes que les anglais qualifient de «professionalism»).

Des connaissances fondamentales en économie sont indispensables au travail de tous les jours et à une argumentation réussie, au même titre que l'aptitude à remettre son propre travail en question, à se former de manière ciblée et à participer à des projets concernant l'assurance qualité.

Les mesures, visant la qualité et qui sont réclamées par une instance publique ou les assureurs, exigent une légitimation indiscutable.

Un système de formation postgraduée, flexible et structuré de manière modulaire, doit également permettre – au cours de l'existence et au prix d'un investissement en temps acceptable – la réorientation professionnelle et l'acquisition des compétences nécessaires dans une spécialité voisine.

B. Le futur profil professionnel des infirmières et infirmiers

Le profil professionnel de l'infirmière diplômée/de l'infirmier diplômé repose sur les éléments de base communs aux professions du secteur de la santé et sur la définition des soins professionnels, telle qu'elle est développée ci-dessous.

Missions et activités

Les personnes de tous âges, se trouvant dans les conditions de vie les plus diverses, peuvent être dépendantes des soins donnés par des infirmières et infirmiers qualifiés. L'enjeu de la prévention, pour sa part, est de promouvoir et de conserver la santé des individus et des familles et de prévenir les atteintes à la santé. Les malades ont besoin des interventions du personnel infirmier pour le traitement de leurs maladies. Ces personnes et leurs familles ont également besoin de soutien pour faire face aux répercussions des maladies et thérapies sur leur quotidien. L'activité englobe ici les mesures – au niveau de l'individu et de la famille – qui visent à recouvrer la santé, à surmonter la condition de la maladie et à accompagner le malade, lors de crises et au moment de mourir. Un groupe-cible précis ou bien encore la population toute entière peuvent constituer des champs d'activité supplémentaires pour les infirmiers. Il s'agit, dans ce cas, de développer des stratégies permettant de garantir des soins adaptés aux besoins et/ou des stratégies visant la promotion, à long terme, de la santé.

Les soins professionnels sont donnés au sein des cadres les plus divers du système de la santé: il faut penser ici au niveau communal (organisations Spitex, puériculture, cabinets de groupe, centres de santé), aux institutions très spécialisées (cliniques universitaires et spécialisées) ainsi qu'à la promotion de la santé/prévention (lieux de travail et écoles).

Les infirmiers qui bénéficient d'une formation généraliste au niveau du baccalauréat universitaire se chargent de l'assistance des patientes et patients en matière de soins hospitaliers, ambulatoires ou à domicile. Ils évaluent, en commun avec les patients et leurs proches, les besoins en soins et de prise en charge, planifient et mènent à bien les mesures, avant de procéder à l'évaluation de leur activité. Ce sont des experts en matière d'écoute active (anamnèse, «prise de décision partagée», consultation). Ils estiment les besoins de soutien qui se posent, d'une part, lors de l'application de thérapies et, d'autre part, dans les activités de la vie courante. Ils conseillent et accompagnent, de manière ciblée, les patients et les proches, afin d'accroître leur aptitude à se gérer, face à la maladie et à la thérapie, et de renforcer l'observance thérapeutique. En outre, ils conseillent les patients et les proches pour leur permettre de déceler et de réduire les risques pour la santé. Les infirmiers jouent, lors de la constitution du plan de soins, un rôle important de coordination. Le but est ici de réduire, en même temps et autant que possible, les répercussions de la condition liée à la maladie sur le quotidien du patient. En

plus de cela, les infirmiers planifient les soins, avec le concours de leurs collègues médecins et en impliquant d'autres professionnels (soins à domicile, service social, physiothérapie etc.).

De par leur formation, les infirmiers sont en mesure de reconnaître les limites de leur compétence et de faire appel, au besoin, à d'autres professionnels de la santé, tels que le «médecin généraliste», les médecins spécialistes ou la conseillère en diététique (par exemple).

La manière de voir des infirmiers est davantage centrée sur la condition liée à la maladie que sur la maladie proprement dite, et s'oriente sur l'assistance qui permettra la maîtrise au quotidien des déficiences, résultant des perturbations de la santé. Leur raisonnement est influencé par leur lien avec le patient et son quotidien.

Les infirmiers qui se consacrent à une pratique clinique approfondie ont la possibilité de donner des soins qualifiés à un groupe de patients donnés (par exemple, les victimes d'insuffisance cardiaque, les patients en oncologie, les nouveaux-nés) ou dans le cadre d'une assistance précise (service ambulatoire/dispensaire, clinique spécialisée, Spitex, urgences etc.). Les infirmiers qui ont une pratique approfondie bénéficient d'une formation de niveau de la maîtrise universitaire. Ils disposent de compétences élargies dans le domaine technique/médical et/ou en matière de conseil et d'accompagnement (par exemple, les soins gériatriques spécialisés ou les soins pédiatriques, le conseil aux diabétiques ou aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque, la rééducation coronarienne). Ces infirmiers ont suivi une formation postgraduée dans des domaines spécialisés. Ils ont, en outre, été formés de manière à pouvoir introduire, au sein d'une institution, de nouveaux concepts de soins et former d'autres infirmiers, d'une manière fondée sur des preuves scientifiques. Ils sont en mesure de développer et d'instaurer de nouveaux concepts de soins et de conseil et utilisent, à cette fin, des méthodes scientifiques d'acquisition des connaissances.

Environnement professionnel

Les infirmiers peuvent exercer leur activité en qualité de salariés ou dans le cadre de leur cabinet personnel / d'une institution médicale. Ils agissent conformément aux normes éthiques et aux principes de qualité définis par la déontologie.

Face aux tiers, les infirmiers assument leur position de manière convaincante, lors de l'accompagnement des patients et de leurs proches, et les soutiennent efficacement. Ils sont, en outre, en mesure de défendre leurs propres intérêts – professionnels – ainsi que ceux des patients.

Les infirmiers sont des partenaires essentiels à la coopération, au sein des réseaux du système d'assistance médicale. Ils sont qualifiés pour le travail en équipes. L'activité de celles-ci peut s'exercer en collaboration avec des médecins ou d'autres professions du secteur de la santé, au milieu de structures centralisées (hôpitaux, foyers etc.) ou décentralisées (Service d'aide et de soins à domicile, établissement médico-social, réseau de soins). En même temps, cette coopération est orientée de manière à servir utilement les soins et l'accompagnement des patients et de leurs proches. En fonction des situations, les infirmiers vont assumer des tâches de coordination, d'organisation ou d'exécution. Ils endossent des missions telles que la réalisation de soins, une fois que le médecin aura posé son diagnostic et prescrit la thérapie; en outre, ils assument les mesures de prévention, tout en se chargeant du conseil, de l'accompagnement à long terme des patients et de la réalisation du suivi.

Le travail en équipe doit être organisé de manière à permettre aux infirmiers de se concentrer sur le contenu essentiel de leur profession et d'être libérés des tâches administratives, de la gestion du matériel et des ressources humaines.

Les infirmiers fournissent souvent leurs prestations 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les conditions cadres, relatives à l'exercice de la profession, sont à aménager afin que les infirmiers puissent proposer leurs services, d'une manière efficace, adéquate et autonome sur le plan économique et dans le respect des normes professionnelles en usage.

Conditions préalables à l'exercice de la profession

Au niveau professionnel, un infirmier détient un diplôme de niveau baccalauréat universitaire. Cette formation la/le qualifie pour exercer sa profession, dans son orientation générale. Une spécialisation peut s'effectuer par la suite.

Des diplômes au niveau de la maîtrise universitaire sont proposés, qui permettent l'approfondissement des connaissances/compétences techniques dans des domaines professionnels particuliers; ils permettent également à l'infirmier de se consacrer à des groupes de patients spécifiques, aux besoins en conseils et en accompagnement particuliers. Les soignantes et les soignants titulaires d'une maîtrise universitaire peuvent assumer, de manière autonome, des fonctions à responsabilité dans ces spécialités.

Une formation postgraduée diplômée qualifie les soignantes et les soignants, en vue de l'exercice d'une activité autonome dans les spécialités, domaines d'activités ou techniques correspondants. Ces formations postgraduées doivent être orientées vers une activité professionnelle clairement décrite. Il faut, dans ce contexte, surveiller les normes et critères de qualité. Un système de formation postgraduée modulaire permet, au cours d'une carrière et au prix d'un investissement de temps acceptable, de se perfectionner, de se réorienter ou de se diriger vers un domaine professionnel voisin. Un tel système est évidemment perméable

à de nombreuses autres disciplines. Des modules d'enseignement sont à développer – en coopération avec d'autres professions de la santé – et à fréquenter, lorsqu'il est question des bases professionnelles du secteur de la santé, ou que cela concerne la collaboration transdisciplinaire ou interprofessionnelle.

Les soignantes et les soignants, avec un niveau baccalauréat universitaire, exécutent les soins, en pratique, sur la base des preuves scientifiques. Pendant leur formation, ils apprennent à adopter une démarche et des méthodes de travail scientifiques. Leur collaboration à des projets de recherche est, de ce fait, souhaitable. En revanche, les étudiants au niveau de la maîtrise universitaire sont tenus de participer à des projets de recherche sous la direction d'un responsable. Une carrière scientifique autonome est possible après l'obtention d'un doctorat. Les soignantes et les soignants titulaires d'une formation de niveau maîtrise universitaire peuvent briguer ce titre.

6. Conflits et conséquences

La prise en charge optimale du patient doit être et rester le premier objectif dans le développement du système de la santé, en dépit de toutes les mutations de la société, de l'activité professionnelle et des conditions cadres.

Les modifications des identités professionnelles, telles que nous les esquissons et les attendons, se réaliseront en partie d'elles-mêmes, sous la pression des forces de l'innovation et du marché.

Toutefois, des mesures directrices et de soutien seront nécessaires afin de les orienter dans le sens considéré par le groupe de travail comme pertinent et conforme aux besoins des patients. Ces mesures peuvent avant tout débiter dans les domaines de la formation prégraduée et postgraduée, l'aménagement des modèles de travail, les certifications et les rétributions.

Les développements supposés présentent un potentiel conflictuel considérable, mais il est plus probable qu'on assiste à une aggravation des litiges préexistants qu'à l'apparition de tensions ou de conflits d'intérêts totalement neufs.

Il est avant tout question, ici, des relations entre les spécialistes et les généralistes, entre les médecins et les soignants et les autres professionnels du système de la santé, entre les secteurs hospitalier et ambulatoire, entre les professionnels indépendants et les institutions et entre les prestataires de soins et les prestataires financiers.

Les profils professionnels – tournés vers l’avenir et une fois qu’ils auront été bien acceptés – devraient, dès lors qu’ils sont acceptés et mis en application, améliorer la collaboration, désamorcer la problématique des points de liaisons et accroître l’efficacité des prestations. Pour le moment cependant, il se pourrait que certains groupes défendent farouchement les rôles et modèles traditionnels, parce qu’ils craignent de faire partie des perdants face au changement. Sans entrer dans les détails, le groupe de travail distingue, par conséquent, les effets et mesures suivants, susceptibles d’aider à désamorcer les conflits potentiels et à ne pas laisser la mutation des profils professionnels tout simplement «se produire», mais bien à la structurer activement, si cela est, d’une quelconque manière, possible.

Conséquences pour les deux groupes professionnels: médecins et infirmiers

- *Il est nécessaire de redéfinir les compétences et responsabilités des médecins et soignants, au sein des groupes professionnels.*
Des directives acceptées de façon générale peuvent vraisemblablement être élaborées pour une partie de cette définition; l’autre partie, cependant, doit, pour être pertinente, être élaborée et établie à l’intérieur de chaque institution prise séparément (hôpital, service ambulatoire/dispensaire, centre, cabinet de groupe, réseau). Certains domaines nécessitent néanmoins des adaptations légales préalables (par exemple pour une compétence élargie du règlement concernant les infirmières et infirmiers).
- *La formation au niveau baccalauréat universitaire procurera, à l’avenir, dans le sens d’un tronc commun, les mêmes éléments communs de base (principes, savoir fondamental, aptitudes, vocabulaire: cf. point 5/1) aussi bien aux médecins qu’aux soignants. Ces modules communs doivent être élaborés.*
- *De nouveaux modèles d’activité transdisciplinaire en équipe (HMO, nouveaux modèles de managed care, cabinets de groupes transdisciplinaires, collaboration décentralisée en réseau, etc.) – au sein desquels les professions individuelles peuvent être installées en fonction de leurs compétences de base – doivent être encouragés (cf. points 5/A et B). Des mesures de régularisation prises au niveau fédéral ainsi que de nouvelles offres d’assurance doivent être soutenues et non pas freinées.*
Pour les modèles visant à améliorer la collaboration interdisciplinaire, il convient d’élaborer des conditions cadres qui soient aussi peu restrictives que possible et qui n’entraînent pas un surplus de travail administratif.
- *Les associations professionnelles sont chargées d’introduire les mesures nécessaires et d’assurer un dialogue constructif.*
L’esprit conservateur doit faire place à la conviction que le système de la santé a besoin de nouveaux modèles et concepts qui doivent être structurés activement, testés et constamment améliorés.

Conséquences pour la profession de médecin:

- *Les contenus d'enseignement aux niveaux baccalauréat universitaire et maîtrise universitaire sont à adapter régulièrement aux exigences de la société et de la profession.*

La formation des médecins, dont le but professionnel est l'activité clinique, reste, en essence, la même pour tous, aux niveaux baccalauréat universitaire et maîtrise universitaire. Des filières particulières de formation sont concevables au niveau de la maîtrise universitaire pour les étudiants dont le but professionnel est la médecine théorique ou pour des professions très spécifiques, d'orientation technique.

- *Dans les cas complexes de troubles de la santé, il faudra développer des modèles de Disease Management et définir des itinéraires de patients – servant au diagnostic et à la thérapie – pour lesquels un médecin généraliste sera, en principe, responsable. C'est lui qui devra assumer en priorité la mission de coordination; il expose au patient les différentes mesures à envisager et en discute avec lui. Ces mesures seront exécutées par des spécialistes compétents faisant partie de l'équipe ou non (par ex. infirmière ou infirmier, assistant, spécialiste, institution spécialisée).*
- *La formation postgraduée est structurée dès le commencement et a la même valeur pour toutes les spécialités.*
Des cursus clairement définis doivent permettre aux postulants de se décider en faveur d'une spécialité; un tel choix doit être fait dès que possible au commencement de la formation postgraduée.
- *Il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant de places accréditées de formation postgraduée dans les hôpitaux ou les cabinets et d'assez d'emplois à temps partiel (en particulier pour les femmes qui suivent une formation postgraduée).*

Conséquences pour la profession d'infirmier:

- *Le baccalauréat universitaire doit devenir – également en Suisse alémanique et au Tessin – le diplôme normal du personnel soignant (en vigueur en Suisse romande depuis 2002). Il convient de promouvoir des possibilités de formation pouvant mener à la maîtrise universitaire ou au doctorat.*
- *Les contenus d'enseignement sont à adapter, en accord avec les médecins et compte tenu du futur tronc commun dans la formation. A l'avenir, la formation au niveau du baccalauréat universitaire transmettra, aussi bien aux médecins qu'au personnel infirmier – en plus des connaissances spécifiques à leur domaine –, des éléments de base communs (mêmes modules pour les principes, les connaissances de base, les aptitudes, la langue: voir Pt. 5/1).*
- *Il faut intensifier le recrutement de la relève, en insistant sur les larges débouchés professionnels offerts.*

Conséquences pour la politique, les assureurs et les organisations professionnelles:

- *En conséquence, les dispositions légales doivent être révisées de manière à éviter que les réglementations des délégations médicales et les réglementations tarifaires liées à des réalités institutionnelles ne constituent un obstacle à une répartition optimale des compétences et des responsabilités. Les lois et règlements doivent être ajustés de façon à rendre possible l'adaptation des compétences et des responsabilités, telle qu'elle est demandée dans ce rapport (par ex. art. 25, al. 2a, Art. 35 LAMal, Art. 7 OPAS, Art. 49, OAMal). Ainsi, les soignants auront aussi la possibilité d'exercer leur activité en tant que prestataire indépendant à la charge de l'assurance dépendance.*

Ainsi, l'activité des soignants en tant que prestataires sera également soumise à l'assurance maladie obligatoire. A cet égard, on trouve dans l'art. 35 LAMal la liste des prestataires dont les prestations sont payées par l'assurance maladie obligatoire. Les infirmières et infirmiers indépendants doivent également figurer sur cette liste.

- *En conséquence, les modèles tarifaires existants doivent être adaptés et rendus plus flexibles, de manière à trouver la base financière nécessaire à la nouvelle répartition des compétences et des responsabilités demandée dans ce rapport.* Cela signifie, par exemple, que certaines prestations seront facturées forfaitairement ou par groupe de prestations par une organisation de la santé.

- *Il faut promouvoir activement les modèles de réseaux et les soins coordonnés (coordinated care), de manière à ce que la nouvelle répartition des compétences et des responsabilités, telle qu'elle est demandée dans ce rapport, trouve également sa correspondance au niveau structurel.*

Cela signifie que toutes les parties prenantes assument leur responsabilité envers le système de santé et élaborent de nouveaux modèles d'assurance, qui soient, d'une part, conformes au marché, mais qui, d'autre part, ne freinent pas l'optimisation de la prestation centrée sur le patient par des équipes transdisciplinaires.

- *Les organisations professionnelles doivent absolument mener des campagnes d'information et de persuasion de la classe politique, des assureurs, des leaders d'opinion, des autres décisionnaires et de l'opinion publique.*

Dès lors, il est indispensable que les membres des organisations professionnelles soutiennent les réflexions de principes concernant leur identité future et les concepts détaillés qui doivent être élaborés.

Recommandations au comité de direction de l'ASSM

- *Élaboration d'une «Charta for Coordinated Care»*
- *Organisation d'une manifestation sur le thème de l'«Identité professionnelle des médecins et du personnel infirmier» (public ciblé: médecins, infirmières et infirmiers, politiciens, assureurs, journalistes).*

Littérature

- Kesselring Annemarie, de Geest Sabina **Activité soignante et médecine: soeur et frère siamois?** bulletinASSM 3/2002
- Bürgi H. et al. **Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training** Joint Commission of the Swiss Medical Schools, 2002
- CRS Prescriptions relatives à la **formation des infirmières et infirmiers diplômés**, 2002
- Kaufmann Claude **Medizin im Aufbruch: Neues Berufsbild, neues Gesetz, neue Ausbildung** www.unipublic.unizh.ch/magazin/gesundheit/2002/0595/
- Nordt Carlos **Strukturwandel der medizinischen Grundversorgung: Ursachen und Wirkung der ärztlichen Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichen Praxismodellen** Auszug (Zus.fassung) aus Dissertation, Phil.Fakultät UniZH, 2003
- Charte du professionalismisme médical** SÄZ 2003; 84: 2350–2352
- Spichiger Elisabeth et al. **Professionelle Pflege – neu definiert: Zwei Kernsätze und acht Ergänzungen** Krankenpflege 8/2004
- Bovier Patrick et al. **Santé des médecins de premier recours en Suisse** Primary Care 2004; 4: 941–947
- Buchan James, Calman Lynn **Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles** OECD Health Working Papers 17, 2005
- Gassmann Barbara **Collaboration du concurence?** SÄZ 2005; 86: Nr. 29/39, 1764
- Grüniger Ueli **Braucht es den Hausarzt noch?** Primary Care 2005; 5 Nr. 3
- Simoens Steven, Villeneuve Mike, Hurst Jeremy **Tackling Nurse Shortages in OECD Countries** OECD Health Working Papers 19, 2005
- de Haller Jacques **Gibt es bald keine Hausärzte mehr?** (Interview) NZZ am Sonntag, 27.11.2005
- Woodroffe Elizabeth **Nurse-led general practice: the changing face of general practice?** Brit. Journal of General Practice 2006; 8: 632–633
- Beer Jürg H., Kaspar Kurt **Ärztlicher Grundversorger als Berufsziel** NZZ, 14.3.2006
- The Advanced Medical Home** ACP, A Policy Monograpg 2006
- Stiftung Careum (Hrsg.) **Grenzen aufheben – Thesen zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe** Careum-Festschrift 2006
- Freudenheim Milt **Attention Shoppers: Low Prices on Shots in Clinic** New York Times, 14.3.2006
- Siegrist Michael, Orlow Pascale, Giger Max **Weiterbildung und Arbeitssituation aus Sicht der Assistenzärzte** SÄZ 2006; 10: 379–386
- Simoens Steven, Hurst Jeremy **The Supply of Physician Services in OECD Countries** OECD Health Working Papers 21, 2006
- FMH **Ja zu Vernetzung und Qualität – ja zu «Managed Care» Thesen der FMH zu zwei aktuellen, zentralen Themen im Schweizer Gesundheitswesen** SÄZ 2006; 87: 1535–1540
- Weinberger Steven et al. **Position Paper: Redesigning Training for Internal Medicine** Annals of Internal Medicine 2006; Nr. 6
- Deutscher Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen **Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kurzfassung 106 Seiten)** 2007
- A proposal for coordinated care** Policy Monograph SGIM, JGIM 2007

Commentaire

De nouveaux profils pour des professionnels manquants?

Durant l'été 2007, l'ASSM publia le rapport «Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique» dans le Bulletin des médecins suisses; aucune brochure qui aurait pu être distribuée ne fut imprimée à l'époque, contrairement aux autres rapports publiés dans le cadre du projet «La médecine en Suisse demain».

Le 17 juin 2009, l'ASSM organisa à Berne la journée de réflexion consacrée aux «Mutations des professions de soins: points de vue externes et internes» dans l'esprit d'une certaine durabilité; par ailleurs, des représentants de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH) firent partie du comité du programme.

Lors du congrès, les orateurs et les participants étaient d'accord pour reconnaître que seule une coopération étroite entre les nombreuses professions de la santé – au sein des équipes interprofessionnelles – allait permettre une assistance médicale optimale et que l'acceptation mutuelle ainsi que le respect des compétences spécifiques représentaient une condition essentielle.

Presque quatre ans après la publication du rapport «Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique», le groupe de travail d'alors, augmenté des experts de l'ASSH faisant partie du comité du programme, s'est retrouvé pour présenter une rétrospective et procéder à un examen des perspectives et possibilités de contribuer à l'application des recommandations émises à l'époque. Une des mesures décidées concerne la publication inchangée du rapport de 2007 (quasiment à la manière d'un «document historique»), auquel on ajoute un commentaire actuel (c'est-à-dire. le présent commentaire).

Le système de santé change lentement, mais continuellement

Le système suisse de santé n'est pas resté le même depuis 2007. On peut citer ici l'introduction des DRG (ou forfaits par cas), l'application du financement des soins et l'élaboration d'une loi sur la prévention. Par ailleurs, il faut mentionner la création de l'association «Médecins de famille Suisse», le dépôt de l'initiative sur la médecine de famille ainsi que l'accueil favorable du projet Managed Care au Parlement.

Plusieurs évolutions déjà nommées dans le rapport se sont encore accentuées depuis, notamment la féminisation de la profession de médecin et les besoins croissants en personnel dans le domaine de la santé. L'étude de l'OBSAN publiée en 2009 ainsi que le rapport de la CDS et de l'OdASanté sur les besoins en effectifs, concernant les futurs besoins en personnel soignant, ont également secoué la politique et conduit à de nombreuses interventions. Les avis étaient unanimes sur le fait qu'il n'est pas judicieux de combler les pénuries de personnel par l'arrivée de professionnels étrangers et de contribuer ainsi à la migration internationale dans le secteur de la santé.

La mutation des professions sous l'angle des sciences sociales

Le rapport se focalise pour l'essentiel sur deux groupes professionnels: les médecins et les infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique. Toutes les autres professions du secteur thérapeutique et surtout celles qui se rapportent à la promotion de la santé sont mentionnées de manière plutôt accessoire, en quelque sorte comme partenaires des deux professions concernées ici. Pour obtenir une perspective plus détaillée et «plus complète» des professions de la santé, il y a lieu de réfléchir à la nécessité d'envisager un prochain rapport qui mettrait l'accent sur d'autres «professions médicales», comme par exemple celles dont les clients ne sont pas des malades (ou «patients»), mais des personnes en bonne santé. Les nombreuses activités liées à la prévention des risques étendent sans cesse le domaine du système de santé et conduisent à ce que la totalité de la population (personnes en bonne santé et malades) se retrouve face à une multiplicité croissante de professionnels de la santé.

Si le rapport se concentre largement sur les professionnels, il s'agit cependant de ne pas perdre de vue les patients, situés au centre des activités du système de santé. Il faudrait également mentionner que la complexité croissante du système de soins rend difficile la compréhension d'un système hermétique, en particulier aux patients atteints d'une maladie chronique; il en résulte une dépendance accrue des patients par rapport aux médecins et aux infirmiers ou aux interruptions de traitement et de prise en charge.

Les attentes et comportements des patientes et des patients sont influencés par les appartenances sociales (couche sociale; tranche d'âge; sexe) et les systèmes de valeurs. Cette diversité ainsi que l'importance des facteurs sociaux doivent être considérées au moment de décrire la prise en charge adéquate d'un patient.

L'économicisation de la médecine comme moteur?

Le fait de leur donner une orientation déterminée par la gestion a graduellement transformé de nombreux hôpitaux, foyers, etc. en entreprises. Les institutions sociales sont dirigées selon des principes à l'origine en vigueur pour des usines. Au-delà des effets positifs liés à cette évolution (conception économique des déroulements, etc.), il faut également examiner les conséquences qui ne manquent pas de soulever des questions et de déclencher des controverses. Quel sens donner, pour la profession de médecin, au fait que des médecins en milieu hospitalier deviennent des «employés ordinaires»? Ou que le «contrôle de la qualité», les entretiens personnels, etc. deviennent une évidence dans les hôpitaux? Quelle signification accorder aux actions syndicales menées par des médecins? Si le «caractère de la profession» a tendance à régresser, la perte de prestige n'est pas la seule concernée; il est également question ici de ce qui se produit avec la relative et traditionnelle autonomie professionnelle du médecin. Il faut par ailleurs se demander quelle importance attribuer aux associations professionnelles, face aux conditions qui ont changé: au-delà de la poursuite «d'intérêts corporatifs», elles sont toujours occupées à formuler des principes éthiques qui doivent, en définitive, garantir un exercice de la médecine et des soins de bonne qualité.

Quelle signification accorder au fait que les patients deviennent des «clients»? Qu'en est-il lorsqu'ils sont appelés à devenir des patients «responsables» (empowerment)? Il semble y avoir des images sociales d'un patient qui contrôle activement lui-même – à la manière d'un entrepreneur – sa visite chez le médecin et son quotidien, en accord avec les principes d'un «mode de vie sain». De telles représentations sont-elles liées à des évolutions émancipatrices ou au contraire à une mise au pas croissante que les médecins et les infirmiers peuvent/doivent soutenir? Lorsque le rapport constate que «l'élément de base reste la relation personnelle et souvent de longue durée qui existe entre le médecin et son patient», il importe de se demander si cet élément de base est soutenu ou menacé par les développements récents.

Une économicisation fulgurante du côté des professionnels est plus visible qu'il y a encore quatre ans, en partant des contribuants et de la politique: elle s'accompagne d'excès (administration, repérage et recensement des données/indices, mesures de contrôle) pour aboutir à une qualité des résultats qu'on peut de moins en moins qualifier d'adéquate. La situation est problématique

lorsque la qualité du résultat est interprétée de manière exclusivement financière et au sens de la réduction des coûts, et que des qualités difficilement mesurables telles que «les soins fiables pour quelqu'un» sont négligées.

Il convient de se demander si la défense acharnée des rôles et modèles traditionnels dont il est question dans le rapport, ne présente qu'un caractère exclusivement problématique. Le scepticisme des médecins – à l'égard de la gestion de leur entreprise, par exemple – n'est pas nécessairement et uniquement motivé par une soif de pouvoir; au contraire, il est concevable que l'on aspire à une relation adéquate au patient et que celle-ci se trouve perturbée par des intérêts propres à l'entreprise.

Conflits et conséquences: où en sommes-nous aujourd'hui?

La question se pose de savoir si des évolutions au caractère presque exceptionnel «se produisent» simplement au sens d'une tendance toujours plus forte ou si ces développements peuvent être introduits, encouragés, accélérés ou dirigés – et par qui? Qui doit devenir actif: Les associations professionnelles? L'État? Des scientifiques qui prêtent une oreille attentive ou encore des pionniers ou des organisations de pionniers isolés? Comment concilier les intérêts et les revendications, en partie légitimes, des groupes concernés avec les impératifs liés à la transformation? Jusqu'où doit-on accepter que les changements entraînent toujours des gagnants et des perdants et comment garantir que les patientes et les patients ne seront pas les perdants? Où le marché a-t-il sa place et qu'est-ce qui continue à faire partie d'un «service public»?

L'élucidation de ces questions serait d'autant plus urgente que la situation de pénurie chez les médecins de famille et le personnel infirmier ne s'est d'aucune façon désamorcée et que tous les pronostics indiquent une aggravation supplémentaire.

Même si les possibilités et chances d'une nouvelle répartition des responsabilités au sein des professions de la santé continuent d'être nommées et discutées, peu de choses concrètes se sont produites ces dernières années pour soutenir une transformation des modèles et des profils professionnels. Si un large consensus semble exister, au moins dans les opinions, sur la nécessité pour les contenus, conditions cadres et compétences des professions de la santé, de se transformer et de se développer, il ne dépasse pas le stade d'une relative incertitude.

Des commentaires courts concernant l'état de l'application ou de la non-application de certaines conséquences concrètes, discutées de manière détaillée dans le rapport, s'imposent en 2011:

Il est nécessaire de redéfinir les compétences et responsabilités des médecins et soignants, au sein des groupes professionnels (voir rapport page 19)

Une telle redéfinition des domaines professionnels doit avoir pour objectif de veiller à ce que chaque groupe professionnel puisse apporter sa contribution spécifique au meilleur système de soins possible, dans le cadre de ses compétences de base. Cela se produit d'une part au sein des institutions prises séparément et dans le cadre de réglementations libérales qui garantissent avant tout la qualité. Des incitations, des conditions cadres optimisées (par ex. au niveau de la législation) et des mesures de soutien sont toutefois nécessaires pour permettre la réalisation de nouveaux modèles. Les médecins et les infirmiers ainsi que les autres groupes professionnels doivent apprendre à accepter les déplacements de leurs compétences. En échange, ils peuvent attendre une réduction des charges bureaucratiques, une concentration sur l'essentiel de leur activité ainsi qu'une meilleure qualité de travail. Des projets isolés sont arrivés jusqu'au grand public depuis la publication du rapport, sans que l'on puisse constater une évolution marquée dans le sens d'une nouvelle interprofessionnalité.

La formation au niveau baccalauréat universitaire procurera, à l'avenir, les mêmes éléments communs de base, aussi bien aux médecins qu'aux soignants.

(voir rapport page 19)

Nous constatons que la plupart des facultés de médecine ainsi que de nombreuses institutions de formation pour le personnel infirmier continuent d'être occupées à plein temps par l'organisation de leurs programmes respectifs. La réalisation du modèle de Bologne exige notamment les plus grands efforts de la part des facultés. Il est néanmoins nécessaire de se raccrocher au but consistant à procurer aux futurs médecins et infirmiers au minimum certains blocs de formation communs qui leur transmettent une langue commune, des principes ainsi que la base de connaissances portant sur les caractéristiques de la santé et de la maladie.

De nouveaux modèles d'activité transdisciplinaire en équipe, au sein desquels les professions individuelles peuvent être installées en fonction de leurs compétences de base, doivent être encouragés. (voir rapport page 19)

L'introduction à grande échelle de tels modèles (cabinets de groupe interprofessionnels, centres de santé, «maisons de santé centrées sur le patient») exige plus qu'un soutien verbal et la bienveillance de politiciens et de journalistes. Ces dernières années, des efforts concrets n'ont pas pu être observés, bien qu'il apparaisse de plus en plus clairement que les chances de trouver une relève suffisante dépendent exclusivement d'une correspondance réussie entre la vie professionnelle et les représentations d'un choix de vie satisfaisant. Même si le nombre des cabinets de groupe augmente, il ne s'agit bien souvent pas de modèles véritablement intégrés, mais de collectifs de médecins partageant la même adresse

et le souci parfaitement légitime de faire baisser leurs frais, le plus souvent sans autre forme d'échange pour améliorer les soins aux patients. Il est réjouissant de constater qu'il existe malgré tout des groupes de pionniers qui vont encore plus loin et que certaines communes commencent également à soutenir des projets de ce type, faute de quoi l'assistance médicale de base ne serait plus du tout assurée dans leur secteur. Si de telles possibilités de «partenariat entre le public et le privé» sont encore trop rares, elles constituent néanmoins des signes positifs vers de nouvelles évolutions. En revanche, la reprise de cabinets et de centres médicaux par des assureurs-maladie ne représente pas un développement souhaitable, car elle s'oppose à la «séparation des pouvoirs» dans le secteur de la santé et mène nécessairement à des conflits d'intérêts insolubles.

Les associations professionnelles sont chargées d'introduire les mesures nécessaires et d'assurer un dialogue constructif. (voir rapport page 19)

Mis à part des contacts amicaux mais superficiels, il n'est pas (encore) possible de constater une collaboration ciblée. Si le système de milice – qui conduit à une surcharge maximale des associations professionnelles et sociétés spécialisées, même sans de tels projets – peut contribuer à faire reculer devant une problématique neuve et difficile à traiter, celle-ci est toutefois inévitable!

Il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant de places accréditées de formation postgraduée dans les hôpitaux ou les cabinets et d'assez d'emplois à temps partiel. (voir rapport page 20)

Les formations prégraduée et postgraduée représentent des investissements pour le futur et pas uniquement des coûts susceptibles d'être réduits. Nous n'aurons, à vrai dire, plus à nous inquiéter des profils professionnels, des modèles tournés vers l'avenir et d'une qualité élevée des soins, si nous ne parvenons pas à garantir la formation prégraduée et postgraduée, au niveau de la quantité et de la qualité. Il ne serait plus alors question que de plans d'urgence, au mieux!

Le baccalauréat universitaire doit devenir – y compris en Suisse alémanique et au Tessin – le diplôme normal du personnel soignant. (voir rapport page 21)

Plusieurs raisons sous-tendent cette revendication: les exigences posées au personnel soignant continuent de croître, tandis que la structure des professions de santé est soumise à de profonds changements. De nouvelles professions ont été introduites – «Assistante/Assistant en santé et soins communautaires» et «Infirmière praticienne» – qui sont exercées sous la surveillance et la direction de personnel infirmier diplômé.

Des investissements adéquats en matière de formation sont essentiels pour l'assistance médicale de notre population.

Il faut intensifier le recrutement de la relève. (voir rapport page 21)

Quoi qu'il arrive dans ce domaine, les progrès sont encore insuffisants; en effet, il ne suffit pas d'intensifier le recrutement, car il ne peut naturellement pas produire les résultats escomptés sans un nombre suffisant de places d'études. Si l'intention est d'étendre et d'académiser la formation du personnel soignant de manière à lui permettre d'assumer un domaine de compétences plus large, il faut considérer qu'il ne sert pas à grand-chose de remplacer une profession en manque de personnel (médecin) par une autre (infirmier). Des mesures complémentaires sont nécessaires, au même titre que davantage de personnes intéressées par les professions de la santé qui seront alors en mesure de s'épanouir à différents niveaux.

En conséquence, les dispositions légales et les tarifs doivent être révisés de manière à éviter qu'ils ne constituent un obstacle aux modifications des compétences et des responsabilités. (voir rapport page 21)

Les développements attendus se poursuivront plus difficilement ou seront même empêchés par l'absence de conditions cadres favorables qui devraient par ailleurs inclure une certaine fonction incitative. Les adaptations tarifaires sont indispensables, de même que la possibilité pour les infirmiers ou d'autres groupes professionnels d'exercer une activité en tant que prestataires indépendants. La loi devrait permettre à ces intervenants de fournir des prestations couvertes par l'assurance de base, sous leur propre responsabilité et dans un cadre clairement défini.

Perspectives: l'avenir de la médecine est à la fois tourné vers l'équipe, interprofessionnel et modulaire

Le rapport publié en 2007 a ouvert le débat portant sur des sujets importants, relatifs aux identités professionnelles et à leurs transformations. Il décrit un ensemble de possibilités et de mesures permettant de continuer à développer positivement un secteur de la santé toujours encore en bon état de fonctionnement. Le personnel de la santé, à la fois compétent et engagé, joue un rôle déterminant dans ce contexte. Les réflexions économiques ne doivent pas venir pervertir ou refouler les demandes très anciennes de l'humanité ayant trait aux problématiques éthiques. L'espoir de trouver de bonnes solutions est permis aussi longtemps que des personnes défendront autrui et la bonne cause. Cela fait presque dix ans que l'ASSM attire régulièrement l'attention sur la pénurie sensible et croissante de médecins et de personnel soignant dans notre pays. Si ce fut tout d'abord un phénomène auquel on prêta peu attention ou que l'on considéra comme un «problème de répartition» entre la ville et la cam-

pagne, il en va tout autrement aujourd'hui. Tout à coup, tout le monde est du même avis: les hôpitaux universitaires ressentent la pénurie, la FMH donne l'alarme et les médecins de famille montent sur les barricades. Tous réclament des mesures énergiques, et en particulier davantage de places de formation pour les médecins et les autres professionnels de la santé dans les facultés et les hautes écoles spécialisées.

En Suisse, entre un tiers et la moitié de l'ensemble des professionnels du secteur médical viennent aujourd'hui de l'étranger. Entre-temps, les organisations professionnelles, les politiciens et les médias sont également alarmés en Allemagne, le «principal pays fournisseur» du personnel manquant en Suisse. La pénurie y est aussi perceptible et le nombre des postes inoccupés en milieu hospitalier augmente rapidement. L'Allemagne ne pourra pas éviter les mesures efficaces pour freiner l'émigration du personnel médical – et ensuite?

La large reconnaissance du problème menaçant constitue à vrai dire une bonne nouvelle – mieux vaut tard que jamais. Mais comme pour d'autres diagnostics tardifs, cela n'est pas fait pour simplifier la thérapie. Des remèdes plus puissants s'imposent maintenant, la correction du déficit exigera davantage de temps, les complications ne sont pas exclues et les chances de guérison ne sont pas les meilleures. La seule augmentation du nombre des places de formation ne nous permettra pas de remédier à la situation désastreuse. Des mesures courageuses supplémentaires sont nécessaires, en particulier pour colmater le «pipeline qui fuit», c'est-à-dire limiter autant que possible la perte de professionnels qualifiés. Il s'agit de tenir davantage compte des valeurs et des idées des jeunes générations, pour permettre notamment aux femmes de concilier à long terme les objectifs de vie et les buts professionnels. Les femmes constituant d'ores et déjà la majorité des professionnels de la santé, chaque réforme doit tenir compte de cette réalité.

La tentative visant à écarter le dommage du secteur de la santé aurait vraisemblablement échoué, si un commentaire du rapport sur les profils professionnels devait aboutir en 2015 à de telles conclusions!

D'autres exemplaires de cette brochure (en français et en allemand)
peuvent être obtenus gratuitement auprès de:

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)
Petersplatz 13, 4051 Bâle
Tel. +41 (0)61 269 90 30, mail@samw.ch

© Académie Suisse des Sciences Médicales, 2011

Mise en page: vista point, Bâle
Imprimé: Schwabe AG, Bâle/Muttenz
Tirage: A 1200 Ex., F 600 Ex.



L'ASSM est membre des
Académies suisses des sciences



SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences

