

Prise de position de la JHaS : Promotion de la relève dans les soins de santé primaires ambulatoires

Situation actuelle :

L'ambulantisation du système de santé suisse est rendue possible par les progrès médico-techniques et renforcée par la pression sur les coûts ainsi que par diverses mesures politiques (notamment EFAS, TARDOC et les forfaits ambulatoires). Parallèlement, l'évolution démographique entraîne une augmentation du nombre de patient·e·s âgé·e·s et pluri-pathologiques. Au total, la demande de prestations médicales dans les soins de base ambulatoires en cabinet croît, tandis que la complexité des cas individuels évolue. Face à cette demande croissante, la pénurie de professionnel·le·s de santé – médicaux et non-médicaux – s'accroît. Cela se traduit déjà aujourd'hui par des goulets d'étranglement significatifs dans l'offre de soins et une dépendance accrue vis-à-vis des professionnel·le·s de l'étranger.

La démographie de la profession médicale et l'évolution des attentes en matière d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée accentuent cette pression sur l'ensemble du système de santé, et plus particulièrement sur les soins de base. Parallèlement, les soins de base ambulatoires en cabinet – l'un des derniers maillons du système – traversent une transformation structurelle : on observe une consolidation progressive, passant de petites structures (cabinets individuels ou petits cabinets de groupe) à des organisations plus grandes et différenciées en interne. Les modifications économiques qui en résultent ouvrent de nouvelles possibilités pour la prise en charge des patient·e·s, tout en posant de nouvelles exigences qu'il convient de prendre en considération.

Nouveau modèle de référence et positions de la JHaS :

Afin de répondre à ces évolutions et de garantir durablement une prise en charge décentralisée, individualisée, de haute qualité et rentable, un nouveau modèle de référence pour les soins de base ambulatoires en cabinet est nécessaire. Il doit définir les contenus et activités professionnelles pertinents ainsi que les conditions préalables requises, tant au niveau de la formation de base, post-graduée et continue, qu'au niveau du système tarifaire et des modèles d'assurance.

L'association des Jeunes Médecins de Famille Suisses (JHaS), porte-parole de la prochaine génération de prestataires de soins de base, se considère tenue d'esquisser ce modèle de référence. À cette fin, six positions ont été formulées pour orienter l'avenir des soins de base ambulatoires en cabinet :

1. Davantage de **marge de manœuvre** pour les soins de base grâce à l'élargissement des compétences et des capacités de toutes les professions concernées.
2. Orientation cohérente de la formation postgraduée et continue vers les soins de base ambulatoires et les **contenus professionnels** y afférents.
3. Redistribution intra-organisationnelle des **tâches, fonctions et activités** entre les professionnel·le·s médicaux et non médicaux.
4. Réaménagement inter-organisationnel des **responsabilités dans la prise en charge des patient·e·s** entre les différents acteurs des soins primaires.
5. Réorientation des **modèles de financement et d'assurance** face aux futurs défis et aux réalités économiques des structures modernes de soins ambulatoires.
6. Amélioration des **conditions générales** pour les soins de base ambulatoires, notamment en ce qui concerne les conditions de travail, les cadres financiers et les dispositions réglementaires en vigueur.

Position 1: Pour relever les défis futurs, les professionnel·le·s des soins de base ambulatoires en cabinet – en particulier les médecins de famille et les pédiatres – ont besoin d’un champ d’action élargi dans la prise en charge des patient·e·s.

Transfert de compétences et d’aptitudes (skill-shift) pour l’ensemble des groupes professionnels des soins de santé de base ambulatoires:

- Personnel médical : transfert de compétences traditionnellement réservées aux spécialistes vers spécialistes des soins de base ambulatoires, nouvellement définis et intégrés, notamment pour les diagnostics de routine et l’imagerie, avec une coopération étroite avec les structures spécialisées selon de nouvelles responsabilités (voir Position 2).
- Personnel non médical : transfert de tâches traditionnellement médicales vers les professions non médicales (ASSC, infirmier·ère praticien·ne spécialisé·e, assistant·e médical·e, infirmier·ère praticien·ne en soins avancés), notamment pour la gestion des urgences, la prise en charge des maladies chroniques et la réhabilitation (voir Position 3).

Renforcement de l’attractivité et de la capacité d’innovation de toutes les professions des soins de base ambulatoires grâce au développement de nouveaux contenus professionnels et à l’élargissement des fonctions et activités.

- Des compétences et aptitudes élargies améliorent la qualité des soins et favorisent une prise en charge centrée sur le·la patient·e.
- De nouvelles activités et fonctions enrichissent les profils professionnels, augmentent leur attractivité et contribuent à atténuer la pénurie de personnel dans les soins primaires.
- Une plus grande marge de manœuvre favorise l’interconnexion régionale, renforce la capacité d’innovation et soutient ainsi les approches de soins intégrés.

Les structures modernes de soins ambulatoires permettent une sous-spécialisation professionnelle et des axes cliniques spécifiques:

- Grâce à leur taille et à leur modèle économique, ces structures offrent de nouvelles conditions et possibilités.
- Des spécialisations professionnelles et des axes de compétence obtenus dans des domaines spécifiques de la médecine interne générale ou de la pédiatrie élargissent l’offre de soins et améliorent la qualité des prestations.
- Les sociétés savantes, partenaires tarifaires et assureurs doivent reconnaître ces spécialisations et sous-spécialisations, les intégrer dans les systèmes tarifaires et la formation postgraduée et continue.

Position 2: La formation postgraduée et continue des professionnel·le·s des soins de base doit être rigoureusement adaptée, tant sur le fond que sur la forme, aux exigences futures. Les compétences pertinentes pour l’exercice des soins de base doivent être encouragées de manière ciblée.

Égalité de traitement entre centres de formation ambulatoire et établissements hospitaliers:

- Reconnaissance équivalente des formations ambulatoires et hospitalières, notamment pour la durée de formation..
- Adaptation des réglementations et des processus d’accréditation pour les centres ambulatoires et leurs postes de formation.
- Promotion de programmes pour les formateurs·trices en ambulatoire.

Accès ciblé des futur·e·s professionnel·le·s aux compétences pertinentes :

- La formation postgraduée doit être orientée vers les besoins spécifiques des soins de base.
- Les compétences incluent les techniques d'imagerie (échographie, radiographie, endoscopie) et d'autres prestations issues de diverses disciplines médicales.
- Les soins de base doivent définir de manière autonome les compétences pertinentes et les intégrer dans la formation.
- L'enseignement post-gradué doit reposer sur l'implémentation systématique et structurée des "Entrustable Professional Activities" (EPAs) dans la formation postgraduée.
- La validation ou certification indépendante des compétences doit faire partie intégrante de la formation.
- Promotion de postes de formation continue permettant l'acquisition ciblée de ces compétences.

Promotion d'offres innovantes de formation postgraduée et continue :

- Développement des formats existants (assistantat au cabinet, rotations spécialisées).
- Encouragement à créer de nouveaux programmes éducatifs au niveau national et cantonal, pour un accès ciblé aux compétences nécessaires.
- Développement de l'offre de formation continue pour créer de nouvelles perspectives d'évolution pour les médecins en exercice.

Position 3: À l'échelle intra-organisationnelle, une réorganisation de la **collaboration** interprofessionnelle et interdisciplinaire est nécessaire. Sur la base d'une marge de manœuvre élargie pour toutes les professions, il faut procéder à une restructuration et une **redistribution des tâches**, fonctions et activités entre les professionnel·le·s médicaux et non médicaux dans les soins de santé de base.

Les soins de base modernes reposent sur des équipes interprofessionnelles:

- Les équipes regroupent du personnel médical et non médical (ASSC, infirmier·ère clinicien·ne, assistant·e médical·e, infirmier·ère en pratique avancée, physiothérapie, diététique, etc.).
- Une marge de manœuvre accrue entre les professions, avec plus de responsabilités pour le personnel non médical, améliore la qualité des soins, réduit la perte d'information et permet une meilleure anticipation des besoins des patient·e·s.
- La mise en place d'incitations ciblées favorise la collaboration interprofessionnelle, clé du succès de l'ambulantisantion.

Optimisation des ressources médicales par l'intégration du personnel non médical:

- Intégration ciblée du personnel non médical sous coordination médicale, accompagnée de systèmes de soutien numériques innovants.
- Augmentation de la quantité et de la qualité des soins grâce à cette intégration, permettant aux professionnel·le·s médicaux de se concentrer sur les tâches complexes et spécifiques.

Conditions cadres adaptées pour une utilisation efficace du personnel non médical

- Adaptation des programmes de formation postgraduée et continue pour le personnel non médical, en lien avec les nouvelles fonctions et activités.
- Mise en place de bases réglementaires et tarifaires permettant la facturation des nouvelles fonctions et activités.
- Promotion de conditions de travail attractives et de modèles de carrière attractifs pour les professions de santé non médicales.

Position 4: À l'échelle inter-organisationnelle, une transformation de la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire est indispensable. Pour mettre en œuvre les soins intégrés largement souhaités, une restructuration des responsabilités entre les différents acteurs des soins primaires est nécessaire. Les **domaines de compétence** des soins de base doivent être élargis et conçus de manière complémentaire aux soins hospitaliers (stationnaires et ambulatoires) et spécialisés.

Les soins de base sont l'élément clé pour une ambulantisatation durable :

- Ces structures constituent le point de contact principal pour tout besoin médical, assurent le suivi à long terme des patient·e·s et organisent les références.
- Elles se situent au cœur de la prise en charge et coordonnent la collaboration au sein de réseaux régionaux et avec des partenaires externes (spécialistes, hôpitaux, pharmacies, réhabilitation, soins de longue durée, etc.).
- Une prise en charge décentralisée, interconnectée régionalement et centrée sur le·la patient·e représente le plus grand potentiel pour une ambulantisatation efficace et durable. Elle doit donc jouer un rôle central dans la restructuration du système de santé.
- La répartition des responsabilités doit se faire dans un dialogue entre les soins ambulatoires primaires et les soins hospitaliers et les soins spécialisés.

Défragmentation des processus de prise en charge ambulatoire basée sur des compétences et responsabilités complémentaires:

- Des compétences élargies permettent une offre plus complète sur place et réduisent les transferts.
- L'assouplissement des attributions rigides basées sur les disciplines évite les ruptures de continuité, réduit les pertes d'information, les délais d'attente et les redondances.
- Des lignes directrices claires en matière de qualité et une collaboration interdisciplinaire avec les spécialistes garantissent la qualité des soins et permettent de réduire les coûts globaux.

Amélioration de la coopération interdisciplinaire:

- Des compétences complémentaires permettent de redéfinir la collaboration interdisciplinaire et de développer de nouveaux modèles de coopération innovants.
- Grâce à des compétences élargies des soignant·e·s, les ressources spécialisées peuvent être mobilisées de manière plus ciblée et adaptée aux besoins.
- Les outils numériques de communication et d'aide soutiennent la coopération interdisciplinaire et interprofessionnelle.

Réévaluation et évolution stratégique de la remise directe de médicaments (RDM) contribuant au déploiement d'approches de soins intégrés au niveau national:

- Intégration à l'échelle nationale de la RDM dans la prise en charge ambulatoire de premier recours afin de défragmenter les chaînes de processus et de promouvoir des approches de soins intégrés centrés sur le patient (concepts de type *One-Stop Shop*).
- Intégration nationale de la RDM dans les soins de premier recours en vue de réduire les pertes d'information et les doublons, avec un impact global significatif sur les coûts.

Position 5: Pour des soins de base décentralisés, efficaces et innovants reposant sur une approche intégrée, les modèles d'assurance et de financement doivent être adaptés. Ceux-ci doivent tenir compte des tendances à long terme du système de santé, refléter les réalités économiques des structures modernes et permettre des champs d'action élargis pour les professions concernées.

Le système tarifaire doit permettre un accès basé sur les compétences aux positions tarifaires pertinentes :

- Cet accès aux positions tarifaires pertinentes ne doit pas uniquement dépendre de l'obtention d'un titre de spécialiste, mais aussi de la démonstration des compétences correspondantes (via une qualification ou certification adaptées).
- Un accès fondé sur les compétences favorise l'innovation et la sous-spécialisation, et permet d'adapter l'offre aux nouvelles tendances et besoins.

Des modèles d'assurance et de financement adaptés:

- Définition claire et rôle renforcé des soins de base dans la coordination des modèles de soins intégrés.
- Mise en place de modèles de Managed Care impliquant les assureurs pour refléter les compétences élargies des soins de base.
- Collaboration systématique avec les assureurs, incluant des processus de contrôle clairs et un échange de données approprié.
- Développement de nouveaux modèles d'assurance et de soins rentables à l'échelle du système, allant au-delà des simples réductions de primes.
- Création de nouvelles interfaces entre les soins primaires et les autres secteurs (ambulatoire, hospitalier, réhabilitation, soins de longue durée, etc.).
- Introduction d'un ajustement à la morbidité afin de rémunérer équitablement les structures accueillant une forte proportion de patient·e·s âgé·e·s et polymorbides.

Suivi et contrôle différenciés des données pour démontrer les effets de réduction des coûts à l'échelle du système grâce aux soins intégrés:

- Suivi de base des données dans le nouveau système tarifaire (TARDOC et forfaits ambulatoires) permettant d'identifier clairement le prestataire des soins.
- Monitoring différencié permettant de savoir qui a délivré et prescrit les prestations, facilitant la ventilation des coûts, l'évaluation de l'efficacité et la démonstration des effets positifs sur les coûts.

Position 6: Le renforcement des soins de base ambulatoires nécessite une amélioration des conditions-cadre. Des conditions de travail modernes, des réglementations adaptées et une revalorisation financière offrent des perspectives claires, augmentent l'attractivité et réduisent le taux d'abandon de la profession.

Conditions de travail modernes:

- Modèles de travail flexibles (temps partiel, structures adaptées à la vie familiale) dans les établissements de soins de base ambulatoires et dans les institutions de formation postgraduée.
- Restructuration du service médical d'urgence : mise en place de structures supra-régionales avec un système de rémunération uniforme. Intégration de professionnel·le·s de santé

spécialisé·e·s – tels que les assistant·e·s médicaux·ales (AM), les infirmier·ère·s spécialisé·e·s (IPA, APN, PA) ainsi que les pharmacien·ne·s – au sein du service d’urgence, afin de décharger le personnel médical et optimiser la prise en charge des cas bénins.

Amélioration des dispositions réglementaires:

- Réduction des obstacles administratifs liés à la création et à l’exploitation des structures de soins de premier recours. Allègement de la micro-réglementation actuelle, dans une approche centrée sur le patient et fondée sur des indicateurs de qualité pertinents pour la pratique.
- Amélioration des processus numériques : promotion de processus digitaux et automatisés, adaptés aux besoins, visant à soulager les ressources humaines et à renforcer la collaboration interprofessionnelle. Garantir un accès utile et conforme à la législation aux données électroniques des patient·e·s. Assouplissement des exigences réglementaires relatives aux systèmes d’aide numériques, afin de stimuler l’innovation à la base (approche bottom-up).

Valorisation financière:

- Ajustement de la valeur du point tarifaire cantonal (TPW) pour garantir l’égalité entre les soins ambulatoires en cabinet et les structures ambulatoires hospitalières.
- Revalorisation des positions tarifaires pertinentes dans le nouveau système (TARDOC et forfaits ambulatoires) afin de corriger la sous-évaluation des prestations des soins primaires par rapport à celles des soins spécialisés.