



Recommandations de la plate-forme « Avenir de la formation médicale » dans le cadre du groupe thématique « Avenir de la formation médicale »

Date: 29.04.2024

Contexte

Considérant les nombreux défis actuels du système de santé suisse, les membres de la plateforme « Avenir de la formation médicale » ont estimé, en septembre 2019, qu'il était judicieux de s'interroger sur l'évolution de la profession de médecin et des autres professions de la santé dans les prochaines années. L'objectif étant notamment, d'évaluer si les contenus et les formes de formation actuels pour s'y préparer, étaient encore adaptés. Pour la mise en œuvre de ce projet, le comité de pilotage « Médecin du futur » a été mis en place. Celui-ci inclut les organisations suivantes :

- l'Office fédéral de la santé publique (OFSP),
- l'Association suisse des médecins (FMH),
- le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI),
- l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)
- le Conseil suisse de la science (CS),
- la *Commission interfacultaire médicale suisse (CIMS)*,
- la *Médecine Universitaire Suisse (unimedsuisse)*,
- l'*Association Suisse des Etudiants en Médecine (swimsa)*,
- l'*Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC)*,
- l'Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse (VLSS),
- l'Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé (OdASanté)
- santésuisse

Dans le cadre de ces travaux, trois groupes de travail ont été conduits de 2021 à 2023 : « Megatrends », « Patients et grand public », « Compétences des futurs médecins ». Si les deux premiers groupes ont conclu leurs travaux en 2022, le dernier groupe est chargé de formuler les recommandations finales.



Recommandations

1. Rôles CanMEDS et formation basée sur les compétences

Le référentiel CanMEDS et la formation basée sur les compétences doivent constituer le concept central tout au long de la formation et de l'activité médicale.

Notes préliminaires et définitions

La formation médicale inclut la formation universitaire ou prégraduée, la formation postgraduée et la formation continue.

La formation universitaire relève au niveau national, de la responsabilité de la CIMS (Commission interfacultaire médicale suisse), qui définit entre autres les contenus de la formation sous la forme d'un catalogue d'objectifs et de compétences. Ces recommandations sont transposées et mises en œuvre individuellement par chaque faculté dans son programme d'études. Dans le cadre d'accréditations régulières des facultés et des universités, les thèmes principaux de la formation universitaire sont contrôlés par des experts externes. Leurs recommandations sont reprises par les facultés et garantissent un enseignement moderne de la médecine humaine, conforme aux standards nationaux et internationaux. Des groupes de travail nationaux utilisent le catalogue des objectifs de formation et des aptitudes pour garantir des examens écrits et pratiques, uniformes au niveau national à la fin des études universitaires. Cela permet aux diplômés d'atteindre un niveau uniforme avant qu'ils suivent une formation continue. La condition de base pour une formation universitaire réussie est, de la part des facultés et de leurs enseignants, un contrôle régulier du contenu de l'enseignement et une focalisation sur les connaissances et les compétences de base dont le personnel médical spécialisé a besoin. Un enseignement trop spécifique et trop détaillé ne permettra pas d'atteindre cet objectif.

L'obtention d'un diplôme fédéral de médecin est nécessaire pour entreprendre une formation postgraduée, qui débouche dans la majeure partie des cas, sur un titre fédéral de spécialiste. La formation continue, qui commence après l'obtention du titre de spécialiste, garantit l'apprentissage des médecins tout au long de la vie.

L'institut suisse pour la formation médicale et continue (ISFM), un institut indépendant de la FMH depuis 2008, est le centre de compétence en matière de formation médicale postgraduée et continue en Suisse pour le corps médical, les autorités et les institutions de formation. Il est notamment chargé de mettre en œuvre, sur la base de la réglementation pour la formation postgraduée, les formations menant aux différents titres de spécialistes pour les médecins. Ces formations doivent être élaborées conformément aux dispositions de la loi sur les professions médicales (LPMéd) et au règlement pour la formation postgraduée (RFP), qui régit le contenu des titres de spécialistes, les formations approfondies, les attestations de formation complémentaire, les formes d'examen, la validation des périodes de formation postgraduée, les procédures d'octroi de titres et les voies de recours. Le contenu et les programmes des formations postgraduées sont définis par les sociétés de disciplines médicales de la FMH, en collaboration avec l'ISFM.

La formation médicale constitue le levier d'action principal permettant de préparer les jeunes et futurs médecins aux défis de la profession dans les années à venir. Au Canada, un référentiel de compétences nommé CanMEDS a été développé. Ce référentiel, largement appliqué à



l'échelle internationale, constitue un modèle, permettant de décrire toute l'étendue de l'activité médicale, bien au-delà des connaissances spécialisées¹. Il répond au besoin d'une formation universitaire, postgraduée et aussi continue gérée de manière autonome et tout au long de la vie.

Le terme «compétence» ou «compétences» peut être utilisé et interprété de manière très différente. Dans le présent document, le terme « compétence » correspond à une combinaison de savoirs théoriques (Knowledge), d'aptitudes (manuelles), de capacités (Skills) et d'attitudes (Attitude). Cette définition est également utilisée pour décrire les Entrustable Professional Activities (EPA) (voir ci-dessous), en tant qu'élément central de l'enseignement médical.

Les EPAs peuvent être comprises comme la description concrète des activités médicales. Elles consistent donc en la concrétisation du cadre plus théorique offert par le référentiel de compétences CanMEDS. Elles sont parties intégrantes des CanMEDS dans la formation universitaire et sont actuellement développées dans la formation médicale postgraduée par les sociétés de discipline médicale respectives, en collaboration avec l'ISFM.

1.1 Il convient d'examiner si les critères de sélection, constituant la base de la procédure d'admission aux études de médecine, devraient être révisés

Le modèle CanMEDS a servi de base d'élaboration au cadre de référence suisse PROFILES² pour la formation universitaire, lequel a été mis en application dès 2017³. En Juin 2023, la CIMS / SMIFK a approuvé la révision des PROFILES 2.0.

L'entrée en vigueur des PROFILES a permis de redéfinir les compétences médicales à acquérir durant la formation universitaire. Toutefois, il convient également de considérer le profil des candidats aux études de médecine, dont le potentiel permettra l'acquisition et l'exercice de telles compétences. Bien que les compétences purement techniques aient longtemps été considérées comme centrales et qu'elles le restent pour une grande partie des actes/gestes spécifiques à chaque spécialité, d'autres compétences médicales se sont progressivement imposées. Ainsi, les aptitudes pratiques, la communication avec les patients (y inclus la décision partagée) et les autres professionnels et une approche holistique, centrée sur les valeurs et préférences du patient, sont des compétences devenues indispensables aujourd'hui. Le test actuel d'aptitudes aux études de médecine AMS ne teste délibérément pas le potentiel de pouvoir développer ces compétences. La question de l'aptitude médicale sera certes abordée ultérieurement dans le cadre des études. Il convient toutefois d'examiner si l'existence d'un potentiel de développement de ces compétences doit déjà être prise en compte lors de la sélection des futurs étudiants en médecine⁴. La décision de prendre en compte de tels facteurs

¹ Breckwoldt, J. & Brodmann Maeder, M. (2022) La formation basée sur les compétences – une introduction. *Bulletin des médecins suisses*, 170-173.

² PROFILES décrit les compétences, qui doivent être développées durant la formation universitaire en médecine, tant au niveau du savoir, du savoir-faire, que du savoir-être

³ Michaud, P. A., & Jucker-Kupper, P. (2016). The "Profiles" document: a modern revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. *Swiss medical weekly*, 146.

⁴ La réalisation d'une étude à long terme, qui pourrait également tenir compte de l'intégration du modèle PROFILES, pourrait servir de base. Voir également: SWR. 2018. *Empfehlungen des Schweizerischen Wissenschaftsrates SWR für die BFI-Botschaft 2021–2024*. Kapitel 3.1.5. Medizinische Ausbildung: [Empfehlungen-des-SWR-fr-die-BFI-Botschaft-2021-2024.pdf \(wissenschaftsrat.ch\)](#); SWR. 2016. *Zulassungsverfahren für das Medizinstudium an den Universitäten mit Numerus clausus*. Kapitel 4.1.3.1. Nichtkognitive Merkmale: [Microsoft Word - HSR20170519_5.01-3d CSSI rapport test EMS-322A-def](#)



lors de l'admission aux études de médecine incombe aux cantons⁵.

La mise en œuvre de cette recommandation nécessite une décision politique et une étroite collaboration entre la Commission Interfacultés Médicales Suisse (CIMS), swissuniversities, la Conférence des rectrices et recteurs des hautes écoles suisses, la Conférence suisse des hautes écoles CSHE, l'ISFM et les différentes sociétés médicales.

La responsabilité de mise en œuvre de cette recommandation revient au Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) et à la CIMS.

1.2 ***Le référentiel de compétences CanMEDS doit servir de base à tous les niveaux de formation médicale***

Depuis 2017, la formation universitaire des médecins s'appuie sur le cadre de référence PROFILES. Concernant la formation postgraduée, une stratégie globale de mise en œuvre visant à l'intégration systématique d'objectifs comparables dans les programmes de formations postgraduées a été adoptée par l'ISFM. À terme, ces efforts devraient ainsi mener à l'implémentation d'une formation postgraduée axée sur les compétences. La formation continue exigée pour maintenir la reconnaissance des qualifications par l'ISFM devra également être adaptée à ces principes.

Si la formation basée sur les compétences favorise l'acquisition des compétences nécessaires à une pratique clinique, elle présente d'autres avantages. L'augmentation du nombre de femmes dans la profession médicale, la réduction du temps de travail hebdomadaire et la tendance à l'exercice d'une activité à temps partiel parmi les jeunes médecins sont autant de facteurs qui imposent plus de flexibilité. Or la formation basée sur les compétences revêt un caractère individualisé et adaptatif, selon le niveau de compétences du médecin. Les EPA offrent également un cadre plus souple, notamment pour les programmes de formation postgraduée et continue. Ils peuvent être adaptés selon les préférences individuels et l'évolution des profils professionnels⁶. Afin d'assurer une cohérence entre tous les niveaux de formation et de garantir une flexibilité de la formation, il est impératif que ce déploiement du concept PROFILES et des EPA s'applique à toutes les formations médicales. **Ainsi, les contenus de formation postgraduée et continue définis par les sociétés de discipline médicale devraient être adaptés, de manière à instaurer une formation continue également axée sur les compétences.** L'ISFM a élaboré des modèles de programmes de formation postgraduée afin d'uniformiser les réglementations et le niveau de qualité des différentes disciplines médicales avec un accent sur les compétences. In fine, les compétences issues du référentiel CanMEDS devraient constituer la base pour les évaluations, à tous les niveaux de formation.

La responsabilité de mise en œuvre de cette recommandation revient à l'ISFM et à la CIMS.

1.3 ***Les exigences requises pour l'exercice de fonctions de cadre doivent être révisées***

Le passage d'une formation médicale postgraduée à une formation basée sur les compétences et l'introduction des EPAs ont des répercussions. Les catalogues d'objectif de formation des

www.wissenschaftsrat.ch.

⁵ Pour ce faire, il conviendrait de mener une étude à long terme, qui tiendrait également compte du modèle PROFILES et sur la base de laquelle les critères d'admission aux études de médecine devraient être révisés en collaboration avec les cantons responsables.

⁶ Berchtold P., Schmitz C., Zwahlen M., Dauer der ärztlichen Weiterbildung Untersuchung über die Gründe der Abweichungen von der Mindestdauer zum Erwerb des ersetzten Facharzttitels. 2019



programmes de formation postgraduée, auparavant très techniques, sont remplacés par une description complète des activités médicales, laquelle accorde une importance aussi grande aux connaissances, aux aptitudes et aux capacités, qu'aux valeurs et aux attitudes requises. Cela doit être pris en compte dans les exigences définies pour l'accès à un poste de cadre. Ces exigences devront également être adaptées en conséquence.

L'attribution de la responsabilité de mise en oeuvre de cette recommandation doit encore faire l'objet de discussions au sein de la plateforme « Avenir de la formation médicale ».

1.4 **Processus axés sur les données et la technologie dans les soins médicaux**

Un autre aspect important influençant le profil de compétences des futurs médecins, est l'utilisation croissante de processus basés sur les données et la technologie dans les soins médicaux⁷. L'utilisation de technologies numériques et d'algorithmes imprègne de plus en plus tous les aspects des soins de santé et remplace peu à peu certaines activités autrefois exercées par les médecins, telles que l'établissement de diagnostics, les recommandations thérapeutiques et les interventions invasives. Il est donc d'autant plus important que les futurs médecins détiennent des compétences de base dans le domaine des nouvelles technologies numériques afin de pouvoir les utiliser dans leur quotidien professionnel. Outre les compétences dans le domaine des aspects techniques, les implications éthiques et juridiques des nouvelles technologies doivent également être couvertes par le curriculum de formation. Compte tenu de la dynamique du développement des technologies numériques, il n'est pas nécessaire de disposer de connaissances détaillées sur leurs multiples aspects. Les ressources personnelles des futurs médecins, telles que l'agilité, la résilience et l'ouverture à ces développements, sont essentielles.

La mise en oeuvre de cette recommandation sera réalisée dans le cadre des travaux du 195 prochain groupe thématique « Numérisation et intelligence artificielle », conduit au sein de la plateforme « Avenir de la formation médicale ».

2. Qualité des prestations médicales ambulatoires

La qualité des prestations médicales ambulatoires doit être assurée

2.1 **Des contenus de formation basés sur les compétences en médecine ambulatoire doivent être intégrés à tous les niveaux de formation médicale**

Le progrès technique et la pression induite par les coûts de la santé pousse à une « ambulatisation » toujours plus importante des prestations médicales. Celle-ci contribue donc par conséquent, à accroître la part de médecins actifs en milieu ambulatoire. Ainsi, en 2022, 53.4% des médecins exerçaient principalement en milieu ambulatoire, contre 45.1% en milieu hospitalier et 1.5% dans d'autres secteurs⁸.

Cette progression du secteur ambulatoire, principalement due au transfert de prestations du milieu stationnaire vers le milieu ambulatoire, implique l'adaptation de compétences médicales actuelles au milieu ambulatoire, voire le développement de nouvelles compétences. Cependant, l'essor du secteur ambulatoire impose également l'acquisition de nouvelles compétences en

⁷ NHS, The Topol Review : Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future 2019

⁸ Statistique FMH 2022



milieu hospitalier. A ce jour, tout médecin, indépendamment de son secteur d'activité, entretient un lien plus ou moins étroit avec le secteur ambulatoire. **Ainsi, des aptitudes telles que la coordination entre les deux secteurs, la compréhension de base des structures ambulatoires et la collaboration avec les soins ambulatoires spécialisés, sont autant de compétences que tout médecin devrait détenir⁹.** Dans l'optique d'une formation basée sur les compétences, **il est donc impératif que de telles compétences soient davantage intégrées aux formations universitaire, postgraduée et continue.**

Le passage du milieu stationnaire au milieu l'ambulatoire modifie non seulement les compétences respectives, mais aussi le cadre dans lequel s'effectue la formation postgraduée. Les concepts de traitement ou les aptitudes qui pouvaient être apprises jusqu'à présent dans le milieu stationnaire d'un hôpital sont désormais dispensés dans des établissements ambulatoires, parfois même en dehors de l'hôpital, tels que des cabinets médicaux par exemple. Les mesures nécessaires doivent être prises, afin que les places de formation postgraduée répondent à ces nouvelles exigences dans les domaines hospitalier et ambulatoire ; ces changements doivent également être pris en compte dans le développement de la formation postgraduée des médecins.

La responsabilité de mise en oeuvre de cette recommandation revient à l'ISFM.

2.2 Des moyens doivent être déployés pour réduire la charge administrative des médecins et ainsi préserver les périodes allouées à la formation au contact direct du patient

La charge de travail et plus spécifiquement la charge administrative qui ont considérablement augmenté détournent les médecins de leur activité de base à savoir, la prise en charge des patients. Or l'offre de soins médicaux de qualité et adaptés à la situation de santé implique le besoin, pour les médecins, de concentrer leur attention sur le patient. En effet, d'après les chiffres publiés par l'Obsan en 2015, seul un tiers des médecins (35%) passent plus de 75% de leur temps en contact direct avec le patient¹⁰. Ces chiffres montrent que l'ampleur des tâches administratives ne cessent de croître, tantôt au détriment du patient, tantôt au détriment d'autres activités, et le secteur ambulatoire n'est pas épargné. Souvent, la formation postgraduée structurée est la première activité à pâtir de ce manque de ressources.

Dans ce contexte, il est crucial que le temps consacré aux tâches médicales essentielles ne soit pas réduit encore davantage. Pour ce faire, **les activités administratives doivent être évaluées en fonction des prestations réalisées au profit du patient, de la rentabilité et de l'adéquation. De plus, une optimisation de la répartition des tâches médicales doit également être mise en œuvre afin que l'expertise clinique des médecins soit utilisée en priorité pour des tâches cliniques, tout en augmentant potentiellement l'attractivité d'autres professions non-médicales (partage du travail selon le principe que toute le monde travaille au 'top of the licence')¹¹.** Bien que la numérisation puisse potentiellement réduire cette charge, c'est actuellement plutôt le contraire qui est observé¹²¹³. Des mesures

⁹ cf le chapitre 3 sur le task shifting et l'interprofessionnalité

¹⁰ Bulletin des médecins suisses, édition 2018/08, paru le 21 février 2018

¹¹ Kaplan GS, Meier CA, Zimlichman E, Kahn CN, Salzberg CA. Designing the Health Care Workforce of the future. N Engl J Med. 2022 Dec 7. doi: 10.1056/CAT.22.0320

¹² Wenger N et al. Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts. Ann Intern Med. 2017;166:579-586. doi:10.7326/M16-2238 (<https://doi.org/10.7326/M16-2238>)

¹³ Singh N, Lawrence K, Sinsky C, Mann DM. Digital Minimalism - An Rx for Clinician Burnout. N Engl J Med.



telles que la facturation électronique, l'adoption d'interfaces automatisées pour les systèmes d'information des cabinets et des cliniques ou l'utilisation du dossier électronique du patient (DEP) doivent prendre cette situation en compte afin de garantir une réduction de cette charge administrative dans leur mise en œuvre. Les médecins doivent pouvoir bénéficier de formations correspondantes. **Dans ce sens, il est capital que des contenus de formation relatifs à la numérisation et à la sécurité des données soient intégrés à tout niveau de formation et ce, dans un but de sensibilisation.** Une compréhension commune des compétences numériques au sein de toutes les professions de santé faciliterait également la collaboration.

Concernant la formation postgraduée, des **périodes de formation et d'apprentissage doivent impérativement être réservées, aussi bien pour les personnes en formation que pour les formateurs et cela, indépendamment de la charge de travail. Dans ce contexte, la performance des formateurs doit être reconnue et récompensée (par exemple par des crédits de formation continue).** Ces mesures doivent être complétées par la garantie d'un financement pérenne et transparent de la formation postgraduée.

La responsabilité de mise en œuvre de cette recommandation revient à l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC).

3. Renforcement du Task Shifting et du Task Sharing

Les conditions de base permettant la mise en œuvre du Task Shifting et du Task Sharing (TS/S) doivent être renforcées.

Une répartition rationnelle des tâches entre professionnels de la santé doit permettre une gestion optimale des ressources du système de santé. Dans cette optique, chaque personne doit pouvoir exercer en priorité des tâches « practicing at the top of their skills », mobilisant toutes les compétences professionnelles acquises. Cette répartition contribuerait à assurer une offre suffisante de prestations de santé et à répondre ainsi, aux besoins croissants de la population. Elle donnerait également aux autres professions l'opportunité d'assumer de nouvelles tâches et responsabilités. Toutefois, une répartition judicieuse nécessite une réflexion approfondie, quant aux professionnels dont le niveau de compétences est le plus approprié pour la réalisation de ces tâches médicales et sur les certifications requises. Les prestations médicales, réalisées à ce jour principalement par les médecins, doivent pouvoir être réalisées par d'autres professionnels. Toutefois, ces derniers doivent être astreints à une formation continue obligatoire et offrir des prestations qui répondent à des critères de qualité équivalents¹⁴; Cette évolution nécessite une modification du cadre juridique et une révision des principes de financement. Cette réflexion doit également permettre d'optimiser la manière dont ces tâches doivent être réparties.

Le Task Shifting et le Task Sharing sont au cœur de cette nouvelle répartition de tâches. Les deux termes sont souvent liés dans la pratique et la littérature (TS/S), voire même utilisés comme synonymes. Toutefois, ils mettent l'accent sur des aspects légèrement différents.



Définitions

- *Task shifting* : Dans le présent document, le task shifting désigne le *transfert* d'une tâche normalement accomplie par une profession, à une autre profession. Les professionnels coordonnent entre eux la répartition et/ou la réalisation de cette tâche. Celle-ci peut être réalisée de manière indépendante.
- *Task sharing* : Dans le présent document, le task sharing est considéré comme une forme de travail, qui consiste en la *réalisation d'une tâche en commun*, entre professionnels, dotés de qualifications différentes.

Begriffsverwendung

- *Task shifting* : Unter Task Shifting wird in diesem Dokument die *Übertragung* einer Aufgabe auf einen anderen Beruf verstanden, die normalerweise von einem Beruf ausgeführt wird. Die qualifizierten Fachkräfte koordinieren untereinander die Verteilung und/oder die Umsetzung dieser Aufgabe. Diese kann selbstständig durchgeführt werden.
- *Task sharing* : Task Sharing wird in diesem Dokument als Arbeitsform verstanden, bei der Fachkräfte mit unterschiedlichen Qualifikationen *eine Aufgabe gemeinsam ausführen*.

La mise en œuvre de ces deux concepts requiert un haut degré de collaboration interprofessionnelle. Celle-ci implique la collaboration étroite entre des professionnels de la santé issus de différentes disciplines et professions, dont le patient et ses proches. Les parties collaborent de façon coordonnée, communiquent d'égal à égal et les décisions sont prises conjointement, en respectant les rôles, les compétences et les responsabilités de chacun.¹⁵ Cette collaboration est une condition sine qua non à toute répartition de tâches au sein du système de santé.

3.1 **Les facteurs favorisant une mise en œuvre du Task Shifting et du Task Sharing doivent être examinés plus en détails**

Bien que diverses études indiquent que la qualité des soins est maintenue lors du TS/S entre les médecins et d'autres professionnels de la santé, leur mise en œuvre constitue souvent un défi, selon Niezen et al. (2014) : ainsi, les caractéristiques individuelles des professionnels (qualifications, compétences personnelles) ou encore les obstacles interpersonnels ou professionnels (culture d'équipe, esprit de concurrence, manque de connaissances mutuelles) peuvent freiner une nouvelle répartition des tâches. Certains obstacles peuvent également se situer au niveau organisationnel (culture de travail, infrastructure, budget, procédures de travail divergentes) ou au niveau systémique et institutionnel (système de santé, cadre juridique, p. ex. responsabilité selon les directives, manque d'incitations financières, possibilité de facturation, manque de disponibilité de personnel spécifique).

Malgré ces obstacles potentiels, de nombreuses équipes parviennent à mettre en œuvre le TS/S avec succès. Afin de mieux comprendre les facteurs de réussite de ces équipes, il convient de réaliser un examen approfondi et d'identifier les potentiels éléments facilitateurs, tels que la présence d'infirmiers de pratique avancée, de coordinateur en

¹⁵ OFSP Programme de promotion interprofessionnalité dans le domaine des soins 2017-2020



médecine ambulatoire ou les pharmaciens et autres professions non médicales. Concrètement, il s'agirait de mettre en lumière quel type et quelles modalités de TS/S sont mis en œuvre entre quels acteurs et quelles situations dans ces équipes.

Une connaissance détaillée du fonctionnement d'un TS/S réussi pourrait permettre de tirer des conclusions sur les tâches qui se prêtent à un TS/S, dans quelles situations et pour quels groupes professionnels, et où, le cas échéant, il faudrait plutôt s'en abstenir. Ces connaissances pourraient également permettre de tirer des conclusions sur les futures mesures de promotion des TS/S. Il est par exemple envisageable qu'une étude détaillée des TS/S actuellement mis en œuvre puisse montrer quelles compétences ont permis aux différents professionnels de mettre en œuvre ces formes de collaboration. Cela pourrait, d'une part, favoriser la compréhension mutuelle entre les professionnels des différents groupes professionnels, et permettrait d'autre part, d'aider les prestataires de formation de toutes les professions de la santé à développer leurs programmes de formation. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que les différents groupes professionnels ont besoin de programmes de formation et de profils de compétences individuels, et ce, indépendamment de certains recoupements.

L'attribution de la responsabilité de mise en œuvre de cette recommandation doit encore faire l'objet de discussions au sein de la plateforme « Avenir de la formation médicale ».

3.2 ***L'interprofessionnalité doit être renforcée afin de permettre un Task Shifting et un Task Sharing efficaces***

Des études indiquent que le manque de connaissances sur les compétences des uns et des autres est un obstacle à la réussite du TS/S. Les professionnels de la santé doivent donc se connaître mutuellement. La collaboration interprofessionnelle, c'est-à-dire une collaboration en fonction des capacités de chacun dans le but d'optimiser la qualité des soins pour les patients, est un moyen de renforcer cette connaissance mutuelle et de renforcer les conditions préalables au TS/S.

Une récente enquête représentative menée auprès des cinq principales professions de la santé exerçant en ambulatoire en Suisse, montre que les professionnels sont largement disposés à travailler de manière interprofessionnelle^{16,17}. Mais elle montre également, que de nombreux professionnels continuent à attribuer la responsabilité du premier contact et de la gestion des cas à leur propre groupe professionnel. Cela laisse supposer que la connaissance mutuelle des compétences des autres professions, la confiance qui en découle et donc la condition préalable à une véritable collaboration interprofessionnelle ont encore un potentiel d'optimisation.

C'est pourquoi l'interprofessionnalité doit être encouragée et renforcée dans la formation et la pratique professionnelle. Il faut donc que les instituts de formation s'engagent de manière coordonnée à intégrer l'interprofessionnalité dans la formation, avec la pondération nécessaire dans les plans d'études cadres, sans pour autant perdre de vue le développement des compétences et des valeurs spécifiques à chaque profession. Dans ce contexte, il serait important **d'ancrer l'orientation vers les compétences dans le concept de formation de toutes les professions de la santé**, notamment dans la formation universitaire, postgraduée

¹⁶ Brandt, S. K., Essig, S. & Balthasar, A. (2023). Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ausgewählter Berufsgruppen (Obsan Bericht 06/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

¹⁷ Hausarztmedizin, Pharmazie, Pflege, Physiotherapie, MPA/MPK



et continue. L'élaboration et l'utilisation d'un **catalogue de compétences commun** (tel que CanMEDS) pour toutes les professions de la santé permettrait de proposer des modules communs.

Dans ce contexte, il serait également utile d'examiner plus précisément et en permanence quelles compétences sont requises dans quelles situations et comment **les spectres de compétences des différentes professions du secteur de la santé** se recoupent ou se distinguent les uns des autres et où ils se complètent de manière optimale. Cela pourrait servir de base de décision pour savoir quelles prestations doivent être proposées, assumées et également facturées par les différentes professions. Une analyse réaliste devrait montrer quels groupes professionnels pourraient être impliqués dans ce processus.

La responsabilité de mise en oeuvre de cette recommandation revient à l'OFSP.

4. Renforcement de l'étroite collaboration avec les patients et leurs proches

L'implication des patients en tant que partenaires dans le sens d'une prise de décision commune et d'une prise en charge globale doit être encore renforcée.

4.1 *Le renforcement des compétences en matière de santé au sein de la population permet d'encourager l'autogestion et de permettre une véritable prise de décision*

La prise de décision commune a pour objectif de déterminer le meilleur parcours de soins possible pour les patients dans leur situation individuelle. Elle repose sur un échange respectueux et réciproque des perspectives du médecin et de celles des patients ainsi que de leurs proches. En outre, la promotion de meilleures compétences en matière de santé au sein de la population faciliterait la mise en oeuvre de concepts tels que la "smarter medicine" ainsi qu'une "prise de décision partagée". Grâce à une interaction d'égal à égal, les médecins favorisent la capacité de leurs patients à poser des questions et à comprendre le traitement proposé, de sorte qu'ils soient suffisamment informés pour pouvoir prendre une décision avec les professionnels de la santé. Les décisions partagées avec les patients augmentent leur acceptation. Elles permettent de limiter les examens et les traitements dont l'utilité ou l'efficacité est soit discutable, soit inadaptée à la situation individuelle des personnes concernées¹⁸. Cependant, une asymétrie des connaissances rend souvent difficile la coordination entre ces perspectives.

Pour que le patient prenne une décision satisfaisante, voire, dans l'idéal, une décision partagée, le médecin doit créer un pont entre leurs deux perspectives. Dans ce contexte, il joue un rôle de "gatekeeper", c'est-à-dire qu'il donne la priorité et assure la coordination.

La responsabilité de mise en oeuvre de cette recommandation revient à l'OFSP.

4.2 *Les compétences permettant une approche globale selon différentes perspectives (y compris les cultures et les religions) doivent être encouragées dans le cadre de la formation universitaire, postgraduée et continue, et ce particulièrement en ce qui concerne la gestion des données des patients.*

Comme mentionné dans la recommandation 1, une approche holistique est essentielle dans les soins médicaux actuels. Les médecins doivent en premier lieu considérer leurs patients comme

¹⁸ ¹⁸ <https://www.smartermedicine.ch/de/home>



des personnes responsables, dotées de droits et de souhaits inaliénables dans leur environnement global, avant de se focaliser sur leurs besoins purement somatiques et/ou psychologiques et psychiatriques. Une approche globale tient également compte des différentes attitudes et valeurs éthiques des personnes concernées.

Les attitudes et les valeurs sont en grande partie influencées par la situation personnelle et sociale ainsi que par les origines et la culture d'une personne. Par conséquent, l'évaluation de ce qui est souhaitable ou justifiable dans une situation donnée peut varier considérablement d'une personne à l'autre. Comme pour l'écart entre l'évaluation professionnelle et l'évaluation personnelle évoqué plus haut, le médecin doit donc pouvoir changer de perspective et assumer une fonction de relais afin d'orienter au mieux le traitement vers les besoins du patient

Les formations universitaire, postgraduée et continue des médecins doivent leur permettre de s'ouvrir à la diversité des valeurs et des attitudes et de considérer cette diversité de manière adéquate dans le processus de soins. Comme le suggère la recommandation 1, les capacités dans le domaine éthique pourraient être davantage prises en compte lors des examens d'admission des futurs étudiants. Une telle considération dans la sélection des étudiants favoriserait les compétences permettant d'adopter une attitude et une communication appropriées, de s'intéresser aux personnes et de faire preuve d'empathie et de sensibilité¹⁹. Les universités et la SMIFK ont un rôle de premier plan à jouer à cet égard. La gestion professionnelle ultérieure des attitudes et des valeurs propres et différentes devrait à son tour être renforcée en permanence tout au long du parcours de formation et adaptée individuellement aux nouvelles circonstances. Les sociétés de discipline médicale et l'ISFM devraient jouer un rôle moteur dans ce domaine.

Une condition centrale pour un partenariat renforcé est la documentation commune des données des patients en temps réel et de manière transparente entre les médecins et les éventuels autres professionnels de la santé impliqués dans le traitement.

Dans l'ensemble, le médecin a un rôle important à jouer dans les relations avec ses patients et leurs proches. Il porte une grande responsabilité et devrait toujours adapter sa manière de penser et d'agir aux circonstances et aux différents besoins et attentes, et y réfléchir régulièrement. C'est la seule façon d'établir une relation de confiance, condition essentielle pour des soins globaux et centrés sur le patient.

La responsabilité de mise en oeuvre de cette recommandation revient à la CIMS.

^{19 19} Directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)