



Recommandations et mise en œuvre

Les quatre recommandations du groupe thématique sont présentées ci-après. Le principal objectif commun consiste à renforcer le « généralisme » et le rôle des généralistes au sein du système de santé. Les recommandations ci-après ainsi que leur mise en œuvre mettent en lumière quatre voies possibles, qui se recoupent partiellement, pour réaliser cet objectif.

1 Création de parcours professionnels et plans de carrière dans les spécialités généralistes et dans les composantes généralistes de toutes les spécialités

1.1 Contexte et argumentation

Faute de perspectives de parcours professionnels et de carrière, de prestige et de reconnaissance des postes de généralistes existants, les médecins pratiquant en milieu hospitalier sont presque systématiquement poussés vers une spécialisation pour la suite de leur carrière. Ainsi, les médecins généralistes, pourtant indispensables, font défaut, ce qui a souvent pour conséquence une fragmentation de la prise en charge des patients, des doublons et des processus inefficients dus au manque de coordination entre les professionnels impliqués. Pourtant, les patients polymorbides en particulier nécessitent un traitement coordonné et une vision globale.

1.2 Objectif

La création volontaire et ciblée de perspectives de parcours professionnels et de carrière pour les généralistes doit permettre de préserver ou de reconquérir des compétences dans les spécialités généralistes (p. ex., médecine interne générale, chirurgie générale, pédiatrie et gynécologie), ainsi que dans les branches généralistes de toutes les spécialités (p. ex., cardiologie générale ou orthopédie générale). Non seulement ce procédé renforce les soins de base dans la spécialité concernée, mais il permet également de garantir un service d'urgence et l'enseignement. Plus globalement, le renforcement des spécialités généralistes et des branches généralistes de toutes les spécialités conduit à une meilleure prise en charge des patients, plus complète (qualité), et améliore l'efficacité et l'économie du système grâce à des processus optimisés et mieux coordonnés.

1.3 Recommandation

Les hôpitaux et les cliniques reconnaissent la nécessité de promouvoir des carrières aussi bien académiques que cliniques dans les spécialités généralistes, comme la médecine interne générale, la chirurgie générale, la pédiatrie et la gynécologie, ainsi que dans les branches généralistes des différentes spécialités, comme la cardiologie générale ou l'orthopédie générale. Ils créent donc des options et des perspectives de carrière à long terme dans ces domaines. Ce faisant, ils parviennent à conserver un plus grand nombre de médecins généralistes expérimentés, qui ne poursuivent pas principalement leur spécialisation, mais assument un rôle irremplaçable dans le quotidien hospitalier au niveau clinique, de l'enseignement et de la conduite.

1.4 Stratégie et mesures

Il est indispensable de disposer d'un nombre suffisant de généralistes au bénéfice d'une formation post-grade et d'une expérience clinique étendues. La création d'offres de carrière cliniques et académiques ainsi que de fonctions, de postes et de rôles correspondants en milieu hospitalier (p. ex., postes de responsables ou postes d'enseignants cliniques) constituent des prérequis indispensables.

Pour atteindre les objectifs fixés, le groupe thématique propose les mesures suivantes :

1. Ensemble, les hôpitaux, les sociétés de discipline médicale et les facultés de médecine créent pour les généralistes des parcours de carrière académiques dans l'enseignement et dans la recherche ainsi que des opportunités de carrière dans l'activité clinique, avec des conditions-cadre attractives comme une reconnaissance adéquate au sein de l'institution, une position favorable dans l'organigramme et une rémunération compétitive.
2. Les directions d'hôpitaux ouvrent des postes de responsables pour les généralistes des différentes spécialités.
3. H+ soutient ce processus grâce à la diffusion d'exemples de bonnes pratiques auprès de ses membres.
4. Les hôpitaux universitaires et les facultés de médecine renforcent l'enseignement et la recherche dans les domaines généralistes, comme la recherche sur les services de santé.
5. En complément, les organisations médicales comme la FMH, l'ASMAC, l'AMDHS, l'ISFM, les sociétés spécialisées concernées ainsi que les associations interdisciplinaires et interinstitutionnelles comme unimedsuisse et l'ASSM, publient des lignes directrices et élaborent des programmes de mentoring pour le suivi des différentes carrières.

1.5 Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés

Les mesures et la stratégie s'adressent à H+, aux hôpitaux et cliniques et leurs organes de direction ainsi qu'aux médecins spécialistes, aux sociétés de discipline médicale, aux facultés de médecine (titulaires d'une chaire), aux organisations médicales ainsi que d'autres associations interdisciplinaires comme la FMH, l'ASMAC, l'AMDHS, l'ISFM, unimedsuisse et l'ASSM.

2 Création d'unités organisationnelles interdisciplinaires, coordonnées par des généralistes référents ayant suivi une formation à large spectre

2.1 Contexte et argumentation

En raison de la spécialisation croissante et du traitement de patients dans des centres spécialisés, il existe le risque que l'on perde la vue d'ensemble des diagnostics différentiels importants et des traitements disponibles. Les modèles où la gestion de cas repose sur un spécialiste ou n'est pas déterminée risquent de donner lieu à des processus de diagnostic et de prise en charge comportant des doublons, des pertes d'efficacité, des lacunes, voire des erreurs, notamment en présence de plus d'une maladie ou d'une situation complexe. Suite à la révision des cursus de formation postgrade qui ont privilégié une spécialisation précoce à une formation généraliste, on peut s'attendre à l'avenir à une raréfaction des spécialistes au bénéfice d'une expérience clinique dans deux spécialités ou plus.

2.2 Objectif

L'objectif visé est de gérer aussi bien des unités organisationnelles que des centres coordonnés et interdisciplinaires, tels ceux de médecine abdominale, cardiologie, pneumologie, de la tête et du cou, ou des centres vasculaires, dont la gestion de cas est placée sous la responsabilité des généralistes des différentes spécialités, comme la médecine interne générale, la pédiatrie, la gynécologie ou encore la chirurgie (voir aussi recommandation 1). L'engagement coordonné de tous les professionnels, médicaux et non-médicaux, et le recours à la fois aux fonctions centrales des spécialistes, notamment des interventionnistes, et aux compétences intégratives des généralistes, permettent de garantir le transfert de savoir-faire et la qualité du diagnostic, du triage des patients et des traitements prodigués. Une gestion de cas sur le long terme, conduite en lien étroit avec le domaine ambulatoire, notamment avec les médecins de famille, est également souhaitable. Les échanges interdisciplinaires et interprofessionnels, tout comme la définition claire d'un domaine de compétence, augmentent l'attrait pour les généralistes de travailler en hôpital et facilitent donc leur recrutement. Cette mesure conduit à une réduction du besoin en spécialistes et en places de formation postgrade correspondantes en hôpital, les généralistes pouvant assumer des tâches comme la coordination ou la communication interdépartementale et interprofessionnelle. Dans le cas où, ultérieurement, ces généralistes s'installent à leur compte, il en résulte un avantage important en ce sens qu'ils mettent leur vaste expérience interdisciplinaire au service des soins médicaux de base, permettant d'assurer un traitement économique, ciblé et efficace.

2.3 Recommandation

Les hôpitaux créent et gèrent des unités organisationnelles interdisciplinaires dont les processus de diagnostic et de prise en charge sont définis. Elles sont placées sous la responsabilité de généralistes de différentes spécialités au bénéfice d'une formation à large spectre, comme la médecine interne générale, la pédiatrie, la gynécologie ou encore la chirurgie (voir aussi recommandation 1), et intègrent également les spécialistes et les professionnels non-médicaux. Ce procédé permet de garantir une vue d'ensemble du patient, et par conséquent une prise en charge efficace, sûre et de qualité, tout en créant un domaine d'activité hospitalière à large spectre, qui permet de préserver et d'étendre le savoir-faire médical.

2.4 Stratégie et mesures

Des incitations qui instaurent une dynamique permettant de passer du domaine interventionnel à une

prise en charge globale et intégrée sont nécessaires. Les objectifs seront atteints grâce aux investissements consentis par les hôpitaux et à la reconnaissance financière et professionnelle octroyée aux généralistes (voir recommandation 5.1). Les hôpitaux doivent recruter, former de manière ciblée et fidéliser des spécialistes au bénéfice d'une formation postgrade à large spectre, actifs dans l'enseignement ainsi que dans la recherche au sein des hôpitaux universitaires. Les cliniques spécialisées doivent être associées à cette démarche dès le début. Pour les spécialistes, l'allègement dans la pratique clinique quotidienne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des patients doivent être perceptibles.

Pour atteindre les objectifs fixés, le groupe thématique propose les mesures suivantes :

1. Les hôpitaux mettent en place ou étendent leurs unités organisationnelles interdisciplinaires avec des processus de diagnostic et de prise en charge définis, dont ils confient la gestion de cas à des généralistes au bénéfice d'une formation à large spectre (voir recommandation 1). Des départements de médecine interne générale ou de chirurgie générale (services, unités), dirigés par des généralistes, sont également renforcés ou réintroduits. Dans les départements dirigés par des spécialistes, le suivi des patients est placé sous la responsabilité d'un généraliste, comme un « interniste hospitalier » (voir recommandation 3).
2. Les hôpitaux orientent les incitations, y compris financières, pour garantir le succès de la collaboration interdisciplinaire. Ils suppriment les unités qui accueillent des patients polymorbides placés sous l'unique responsabilité de médecins étroitement spécialisés.
3. Les chefs de service et de département, notamment de médecine interne générale, élaborent un concept de collaboration avec les spécialistes.

2.5 Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés

Les mesures et la stratégie s'adressent aux hôpitaux, en particulier leurs directeurs et leurs administrations, en collaboration avec les chefs de service et de département. Les responsables du personnel soignant ainsi que les responsables administratifs concernés doivent également être impliqués dans tout regroupement éventuel d'unités de lits. Le résultat attendu est une utilisation plus efficiente des ressources et une meilleure qualité de la prise en charge. Le Conseil fédéral, l'OFSP, les propriétaires d'hôpitaux ainsi que les agents payeurs pourraient donc apporter leur soutien.

3 Renforcement de la prise en charge globale par des « internistes hospitaliers » dans des structures hospitalières spécialisées

3.1 Contexte et argumentation

Les examens et la prise en charge à l'hôpital deviennent toujours plus complexes, ce qui explique que les patients âgés et polymorbides sont souvent suivis par plusieurs spécialistes. Les spécialistes interventionnels passent beaucoup de temps au bloc opératoire et dans des consultations spécialisées. Par nature, ils se concentrent sur un aspect spécifique de la prise en charge. Ainsi, un effort croissant de coordination entre les différents spécialistes est nécessaire pour assurer une prise en charge globale et coordonnée, laquelle nécessite la présence dans l'unité de lits d'un spécialiste hospitalier compétent (« interniste hospitalier ») qui puisse assumer la responsabilité de la prise en charge médicale générale dans les domaines chirurgicaux, interventionnels et autres. Cette responsabilité doit à l'avenir être confiée à des généralistes au bénéfice d'une formation postgrade à large spectre, de préférence à des spécialistes en médecine interne générale (ou en pédiatrie pour les enfants) ou à des intensivistes pour les unités de soins intermédiaires et les services d'urgences. Ces modèles ont déjà fait leurs preuves dans d'autres pays (p. ex., « hospitalist » ou médecin hospitalier), mais aussi dans certains grands hôpitaux de Suisse (AG, LU, SG, VD).

3.2 Objectif

L'objectif visé consiste à analyser les rôles et fonctions de l'« interniste hospitalier » en Suisse ainsi qu'à définir et à mettre au point des profils de compétences spécifiques. Un spécialiste hospitalier compétent (« interniste hospitalier ») doit se tenir à la disposition des patients et des soignants pour assurer une prise en charge et un suivi globaux grâce à ses compétences. Sa présence doit permettre d'identifier et de traiter rapidement les problèmes et complications survenant fréquemment à la suite d'interventions chirurgicales (infections, thromboses, etc.) et d'assurer une prise en charge continue des maladies préexistantes. L'« interniste hospitalier » peut décharger aussi bien un domaine (interventionnel) que ses médecins en formation postgrade, pour leur permettre de se concentrer sur des activités pertinentes pour leur spécialité et leur formation. C'est ainsi l'ensemble de la formation médicale postgrade qui peut être optimisée.

3.3 Recommandation

Les rôles et responsabilités de l'« interniste hospitalier », ainsi que des cahiers des profils de compétences spécifiques adaptés aux besoins et à la structure des hôpitaux, doivent être analysés et développés en Suisse également. Il s'agit tout d'abord de dénommer et de définir ces professionnels de la médecine pour pouvoir assurer la reconnaissance professionnelle, financière et académique de ces « internistes hospitaliers » et rendre les postes attractifs. Cette définition doit clairement se distancer des termes négativement connotés comme ceux de « médecin hospitalier » ou « hospitalist » dans les milieux anglo-américains. En outre, contrairement à ces derniers, l'enseignement ainsi que, dans les hôpitaux universitaires, la recherche, doivent faire partie de ce rôle.

3.4 Stratégie et mesures

Les directions des hôpitaux et des services (p. ex., en médecine interne générale) doivent inciter des

médecins compétents à s'intéresser au poste d'« interniste hospitalier ». Par conséquent, des opportunités de carrière correspondantes doivent être proposées.

Pour atteindre les objectifs fixés, le groupe thématique propose les mesures suivantes :

1. Les hôpitaux analysent, clarifient et définissent les rôles et responsabilités de l'« interniste hospitalier », p. ex., en collaboration avec H+, unimedsuisse, mais aussi avec l'ISFM et la SSMIG/AMCIS en s'appuyant sur des exemples et modèles appliqués avec succès en Suisse et à l'étranger, en développant un programme consécutif de formation postgrade en médecine interne générale ou encore en créant un cursus hospitalier individuel.
2. Les cliniques universitaires et les titulaires d'une chaire en médecine interne générale s'engagent à promouvoir le développement académique de la spécialité.
3. Les grands hôpitaux en charge de la formation postgrade, ainsi que les différents services et unités qui ont une importante activité opératoire, notamment les cliniques universitaires et les unités de soins intermédiaires, ainsi que leurs médecins-chefs, sont sensibilisés au modèle de l'« interniste hospitalier » et à ses avantages.

3.5 Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés

Les mesures et la stratégie s'adressent aux hôpitaux et aux cliniques, en particulier universitaires, H+, unimedsuisse, l'ISFM, la SSMIG/AMCIS, aux titulaires d'une chaire, en particulier en médecine interne générale, ainsi qu'aux (représentants de) patients et aux médecins qui ont connaissance d'un modèle de bonnes pratiques.

4 Concentration de la spécialisation par le biais de mandats de prestation

4.1 Contexte et argumentation

Certains domaines spécialisés forment aujourd'hui trop de spécialistes, et/ou le nombre de contacts avec les patients est insuffisant pour permettre d'acquérir les compétences et expériences nécessaires. Si l'on prend l'exemple de la « chirurgie viscérale », tous les établissements de formation postgrade reconnus aujourd'hui pour la formation approfondie ne pratiquent pas toutes les interventions spécifiques à ce domaine de formation, à l'instar de la résection pancréatique ou œsophagienne, ou encore des interventions lourdes de chirurgie hépatique ou du rectum profond. La chirurgie pulmonaire, les interventions vasculaires intra-abdominales ou encore la chirurgie de la colonne vertébrale peuvent être citées en complément.

4.2 Objectif

La recommandation de concentrer les ressources et l'expertise dans des domaines de prestations hautement spécialisés ou spécialisés doit permettre d'atteindre les objectifs suivants : 1) Le nombre plus important d'interventions spécialisées améliore la qualité de la formation postgrade. 2) Le nombre d'établissements de formation postgrade par spécialité s'adapte à moyen terme à la relève nécessaire, selon le besoin avéré de prestations médicales dans le domaine concerné. 3) La qualité de la prise en charge des patients, ainsi que l'efficacité et la rentabilité, sont améliorées.

4.3 Recommandation

Certaines prestations médicales spécialisées et hautement spécialisées doivent être plus concentrées, dans le but de limiter les postes de formation postgrade dans les domaines où il existe déjà suffisamment de spécialistes. Le regroupement du savoir-faire aura un effet positif sur la qualité de la formation postgrade et sur la prise en charge des patients. Les domaines de la médecine hautement spécialisée tels que définis par la CIMHS ne sont pas les seuls touchés. En effet, d'autres groupes de prestations spécialisées telles que définies par les Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) le sont également.

4.4 Stratégie et mesures

Pour atteindre les objectifs fixés, le groupe thématique propose les mesures suivantes :

1. Les cantons examinent dans quelle mesure la notion de nombre minimum de cas devrait être appliquée, ou augmentée, pour d'autres groupes de prestations. La question fait l'objet d'une analyse dans le cadre de la révision des recommandations de la CDS en matière de planification hospitalière. La définition d'un nombre minimum de cas est également traitée dans le cadre de l'actualisation des « Définitions et exigences GPPH », qui sert de base aux cantons pour leur planification hospitalière.¹
2. Dans le cadre des travaux relatifs à la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), une vise à déterminer si, outre la réévaluation des domaines de prestations déjà réglementés, d'autres domaines devraient être inclus à la MHS à moyen terme. Le développement de la procédure en matière de MHS prévoit en outre un renforcement du

¹ <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018&L=1>

monitorage des prestations fournies afin de garantir que les prestations de MHS sont délivrées et remboursées uniquement dans les centres désignés.

3. Dans le cadre de la révision des programmes de formation postgrade, l'IFSM contrôle les règles en matière de reconnaissance des établissements de formation postgrade sous l'angle de la qualité de la formation dispensée et du nombre de cas traités, et effectuera le cas échéant les adaptations nécessaires.

4.5 Responsables de la mise en œuvre, intervenants impliqués et concernés

Les mesures et la stratégie s'adressent à la CDS, aux cantons, aux organes de la CIMHS, l'IFSM, aux sociétés de discipline médicale et aux hôpitaux concernés.

L'avis d'experts reconnus des différents domaines de la médecine (hautement) spécialisée peut faciliter la mise en œuvre des recommandations et soutenir le processus. En outre, le soutien de la CDS et des sociétés concernées est indispensable.

PROJET