

Soins médicaux de base dans les établissements médico-sociaux

Prise de position de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM

Cette prise de position a pour but d'augmenter la qualité des soins médicaux de base dans les institutions de soins de longue durée pour personnes âgées. Elle a également pour objectif d'améliorer la qualité de vie des résident.e.s d'établissements médico-sociaux (EMS)¹ et de soutenir les EMS dans leur travail. Elle s'adresse à plusieurs groupes cibles:

- aux organismes privés ou étatiques responsables d'EMS
- aux directions d'EMS
- aux associations d'EMS
- à la FMH et à ses organisations de médecins affiliées
- aux associations professionnelles d'autres corps de métiers actifs dans les EMS
- aux cantons et aux communes en tant qu'autorités de surveillance des EMS
- aux établissements de formation nationaux et cantonaux
- aux partenaires tarifaires
- à la Confédération
- aux responsables politiques.

Les institutions suivantes soutiennent la prise de position

La prise de position est soutenue par la Fédération des médecins suisses (FMH) et l'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI).



¹ Dans le présent document, l'expression établissements médico-sociaux (EMS) est utilisée pour parler des institutions de soins de longue durée. La prise de position ne concerne que les institutions pour personnes âgées, et non les institutions pour les personnes plus jeunes en situation de handicap et nécessitant une prise en charge.

I. Contexte

A. Situation actuelle dans les EMS en Suisse

En 2022, 160'624 personnes au total résidaient dans un EMS en Suisse.² Globalement, 62 % des personnes passent leur dernière année de vie entièrement ou en partie dans un EMS.³ Selon des projections, la proportion des plus de 80 ans va doubler en Suisse d'ici à 2040. Selon les mêmes estimations et pour ce même horizon, environ 900 EMS supplémentaires devraient être créés, avec en tout 50'000 nouvelles places.⁴

Les résident.e.s d'EMS sont des membres très fragiles de notre société. Leur vulnérabilité est souvent causée par une incapacité de discernement due à une détérioration avancée de leurs facultés cognitives, mais aussi par leur situation de vie dans une institution, qui dans de nombreux cas sera aussi le lieu de leur décès. À cause de leur dépendance ou des soins qu'ils et elles requièrent, une attention toute particulière doit être accordée à leur besoin de protection. Comme ces personnes sont en règle générale atteintes de plusieurs maladies chroniques à un stade avancé, elles ont besoin de traitements médicaux réguliers et rigoureux, en collaboration étroite avec le personnel soignant et – lorsque c'est possible et qu'elles le souhaitent – avec leurs proches.^{5,6} Cela exige un grand travail de coordination de la part de toutes les parties prenantes. Lorsqu'un.e résident.e a perdu sa capacité de discernement, une personne doit être trouvée pour le ou la représenter. Cette personne doit connaître sa volonté présumée et défendre ses intérêts, afin que son autodétermination soit préservée autant que faire se peut, malgré ce déficit.

Les soins médicaux de base des résident.e.s d'EMS, régis par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), sont aujourd'hui majoritairement assurés par des médecins de famille, qui font des visites sur place, et en collaboration avec le personnel soignant des EMS.^{7,8} Dans les régions urbaines, ce sont en partie des gériatres qui prennent en charge les tâches de médecin d'EMS. En coopération avec un.e médecin, certains soins médicaux de base peuvent être délégués à des infirmiers.ères de pratique avancée (APN), c'est-à-dire à des infirmiers.ères qui disposent d'un master en soins leur conférant des compétences supplémentaires et l'expertise nécessaire.^{9,10} Dans certaines régions, les pharmaciens endossent certaines responsabilités dans le domaine de la sécurité de la médication. Il est possible qu'à l'avenir, des personnes d'autres professions disposant de la formation complémentaire adéquate assument certaines activités faisant aujourd'hui partie des tâches des médecins.

La pandémie de coronavirus a montré de façon claire que les directions d'EMS dépendent d'une expertise médicale pour des tâches d'ordre général, qui dépassent le suivi médical

² Cf. www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.html

³ Cf. Füglistler-Dousse S, Pellegrini S: Hospitalisations dans la dernière année de vie. Obsan Bulletin 04/2021. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

⁴ Cf. Pellegrini S, Dutoit L, Pahud O et al.: Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040. Publication en allemand avec résumé en français: Besoins en soins de longue durée en Suisse. Projections à l'horizon 2040. Obsan Bericht 03/2022. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

⁵ Lorsqu'il est question dans le texte de proches, sont compris les membres de la famille, les partenaires de vie, les ami.e.s proches, les voisin.e.s, ainsi que les personnes exerçant une fonction de soutien ou d'accompagnement (par exemple les curateurs.trices, les travailleurs.euses sociaux, etc.).

⁶ Cf. CURAVIVA Suisse: Informations spécialisées: Soins médicaux et traitements thérapeutiques dans les EMS, 2015.

⁷ Art. 39, al. 1, let. a, LAMal en lien avec l'art. 39, al. 3, LAMal.

⁸ Lorsque dans le texte les termes «médecins de famille» ou «médecins généralistes» sont utilisés, il est question des médecins qui suivent médicalement un.e ou plusieurs résident.e.s, sans contrat de collaboration avec l'EMS. Lorsqu'il est question de «médecins d'EMS», il faut considérer que, en plus du suivi médical individuel des résident.e.s, ces médecins mettent à disposition de l'EMS leur expertise médicale pour des tâches d'ordre général (par exemple assurer un service d'urgence, dispenser des conseils sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses) et que cette activité est réglée par un contrat de collaboration avec l'établissement en question.

⁹ Advanced Practice Nurse (APN); Nurse Practitioner (NP); Clinical Nurse Specialist (CNS).

¹⁰ Cf. Altermatt-von Arb R, Stoll H, Kindlimann A et al.: Daily practices of advanced practice nurses within a multi-professional primary care practice in Switzerland: a qualitative analysis. BMC Prim Care. 2023;24(1):26.

individuel de base des résident.e.s.¹¹ Ces tâches revêtent une grande importance, même hors situation de pandémie.¹²

Il manque aujourd'hui déjà des médecins généralistes dans les zones rurales. En ville aussi, cela devient de plus en plus difficile pour les personnes malades et pour les EMS de trouver un.e médecin traitant.e. Les quelques APN travaillant dans les EMS ne peuvent actuellement pas pallier le manque de médecins de premiers recours.^{13, 14} Dans le canton de Berne, un recensement a permis de déterminer le nombre de médecins généralistes en activité et leur taux d'occupation. Il a ainsi pu être calculé qu'en 2020, la densité des médecins de famille y était de 0,75 équivalent plein temps/1000 habitant.e.s. Pour maintenir des capacités équivalentes jusqu'en 2025, il faudrait que 165 à 315 nouveaux.elles médecins généralistes s'installent dans le canton, ce qui est absolument irréaliste.¹⁵ De plus, il a été constaté que les médecins généralistes étaient de moins en moins disposé.e.s à effectuer des visites à domicile et dans les EMS.¹⁶

La structure actuelle des tarifs en médecine ambulatoire TARMED ne permet pas de facturer de manière suffisante les discussions avec les proches, les visites et la coordination avec les soignant.e.s ou le temps investi pour le suivi en médecine palliative.¹⁷ Les prestations médicales d'ordre général, non liées à un.e résident.e en particulier, ne peuvent pas du tout être facturées à l'aide des tarifs TARMED. Dans quelques cantons, certains EMS prennent en charge le coût de tels services, en partie avec un soutien étatique. La plupart du temps, cette solution n'est toutefois pas prévue.

B. Différents modèles d'organisation des soins médicaux de base dans les EMS

Une recherche effectuée en 2022 dans toute la Suisse a montré que dans les EMS, les soins médicaux de base étaient organisés selon quatre modèles différents.¹⁸

1. Des **médecins indépendant.e.s ou travaillant dans des cabinets de groupe** dispensent les soins médicaux de base aux résident.e.s. En règle générale, cela implique énormément d'allées et venues de médecins à l'intérieur des EMS, à tous moments. Il n'y a la plupart du temps pas de contrats de collaboration. Cela demande un travail de coordination considérable de la part des EMS.
2. Un.e des médecins de famille parmi les médecins intervenant dans l'EMS prend en charge les **tâches de médecin d'EMS en plus de son activité professionnelle**. Ce service peut être rendu dans le cadre d'un contrat de collaboration, mais ce n'est pas nécessairement le cas.

¹¹ Cf. Rapport du Conseil fédéral. «Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées et les personnes résidant dans des institutions médico-sociales». 4 septembre 2024.
www.news.admin.ch/news/message/attachments/89420.pdf

¹² Ces tâches d'ordre général comprennent par exemple le conseil sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, des activités dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, la gestion des médicaments, la garantie d'une prise en charge en urgence, la coopération avec tout le personnel médical actif dans l'EMS, le soutien lors des décisions d'admission, l'élaboration de lignes directrices et de concepts ainsi que la formation continue du personnel.

¹³ Cf. Zeller A, Giezendanner S. 4e enquête Workforce: les résultats. *Primary and Hospital Care*. 2020;20(11):325–8.

¹⁴ Cf. Jörg, R, Haldimann L. Regionale Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung. Methodik zur Analyse der Versorgungsdichte und Anwendung am Beispiel der Hausarztmedizin. *Obsan Bericht 07/2022*. 2022. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. Publication en allemand avec résumé en français: Différences régionales dans l'accès aux soins médicaux. Méthode d'analyse de la densité des soins: présentation et application à l'exemple de la médecine générale.

¹⁵ Cf. Stierli R, Rozsnyai Z, Felber R, Jörg R, Kraft E, Exadaktylos AK, Streit S: Primary Care Physician Workforce 2020 to 2025 - a cross-sectional study for the Canton of Bern. *Swiss Med Wkly*. 2021;10:151.

¹⁶ Cf. Neuner-Jehle S, Graber SM, Keizer E, Huber C, Blozik E, Rosemann T, Senn O: Time trends in general practitioners' home visits for older patients: a retrospective cross-sectional study from Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2021;14:151.

¹⁷ Cf. www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-ambulatoires/tarmed.cfm

¹⁸ Cf. Jörgler A. Die medizinische Grundversorgung der Bewohner/-innen von Alters- und Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz: Eine typenbasierte Analyse ärztlicher Versorgungsmodelle. 2023. Masterarbeit der Universitäten Basel, Bern und Zürich.

3. Les soins médicaux de base sont fournis par des cabinets ou des médecins hospitaliers.ères qui se sont **spécialisé.e.s dans la prestation de services médicaux dans les EMS** (appelés cabinets de médecins de famille ou d'EMS mobiles). La plupart du temps, ces médecins prennent en charge plusieurs résident.e.s. En règle générale, les cabinets et les EMS sont liés par des contrats de collaboration.
4. Les soins médicaux de base sont dispensés à une grande partie des résident.e.s par des **médecins employé.e.s de l'EMS**, soit sous la forme d'un service médical, soit par l'intermédiaire d'un cabinet médical géré par l'EMS. La plupart de temps, ces professionnel.le.s disposent d'une spécialisation en gériatrie et sont parfois responsables des soins médicaux de plusieurs EMS, ou de plusieurs sites du même EMS. Ils ou elles prennent également en charge les tâches médicales d'ordre général, non liées à des résident.e.s en particulier.

Les résident.e.s d'EMS bénéficient du libre choix de leur médecin, au même titre que toute autre personne vivant en Suisse, selon l'art. 386, al. 3, CC. C'est pourquoi, lors des admissions, les EMS veillent en général à ce que les personnes âgées puissent librement choisir entre continuer d'être suivies par leur médecin habituel.le (médecin de famille) ou recourir aux services du ou de la médecin d'EMS, s'il y en a un.e.

Des contrats de collaboration avec cahier des charges pour les médecins responsables d'EMS, selon les modèles 2, 3 et 4, ont été élaborés par les directions de la santé ou les services du médecin cantonal de certains cantons, en collaboration avec les associations d'EMS et les sociétés cantonales de médecine.^{19, 20}

C. Exigences quant à la qualité des soins médicaux de base dans les EMS

En référence à la recherche mentionnée plus haut, les exigences quant à la qualité des soins médicaux de base dans les EMS peuvent pour l'essentiel se décliner en quatre dimensions,¹⁴ indépendamment du fait que les soins soient dispensés par un.e médecin, un.e APN ou une personne d'une autre profession.

1. **Compétences professionnelles:** le personnel médical qui soigne les résident.e.s d'EMS dispose d'une expertise approfondie dans le traitement des personnes âgées, ce qui comprend des compétences spécialisées et de l'expérience en psychogériatrie, en pharmacologie, en soins palliatifs et dans le domaine du projet de soins anticipé (ProSA).
2. **Accessibilité et disponibilité:** pouvoir accéder rapidement aux prestations médicales constitue une condition de base de soins médicaux de bonne qualité. Les médecins doivent non seulement être atteignables pendant les heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux, mais aussi pouvoir venir examiner leurs patient.e.s sur place, dans les EMS, dans un délai raisonnable. De plus, un système de service médical d'urgence doit être mis en place en dehors des heures d'ouverture du cabinet sous la forme d'un service de piquet. Les médecins du service d'urgence doivent avoir accès aux données médicales (voir aussi le point 3 ci-dessous).
3. **Coordination, communication et collaboration:** deux aspects sont à prendre en compte: il convient d'une part de tenir une documentation complète, la plus exhaustive possible, accessible à tous.tes les membres de l'équipe médico-soignante, c'est-à-dire aussi aux médecins et surtout aux personnes qui travaillent dans le service médical d'urgence. D'autre part, des discussions interprofessionnelles régulières des médecins avec le

¹⁹ Cf. Service du médecin cantonal du canton de Thurgovie. (2024). Modèle de convention médecin d'EMS: www.gesundheit.tg.ch/public/upload/assets/164149/2024.08.14_Muster_Heimarzt-Vereinbarung.docx

²⁰ Cf. Canton de Vaud (1999) Cahier des charges du médecin travaillant en EMS: www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/fichiers_pdf/QUAL/Cahier_des_charges_du_medecin_travaillant_en EMS_09.02.2010.pdf

personnel soignant, mais aussi avec d'autres personnes impliquées, en particulier les proches, sont aussi nécessaires à une bonne communication. Afin que toutes les personnes impliquées dans les soins orientent en tout temps leurs actions sur des objectifs communs, il est primordial de fixer les souhaits thérapeutiques dans un plan de traitement partagé et d'élaborer un plan de prise en charge en cas d'urgence.

4. **Centrage sur la personne:** les fondements d'une approche centrée sur la personne sont d'une part une attitude guidée par la bienveillance, le respect, l'ouverture et la tolérance à l'égard des résident.e.s, de leurs préférences et de leurs modes de vie particuliers, et d'autre part l'implication des proches. Les objectifs et mesures thérapeutiques sont fixés en fonction de ces données individuelles, en accord avec la personne concernée et ses proches.

II. Défis éthiques liés aux soins médicaux de base des résidents d'EMS

La Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM observe avec inquiétude que les soins médicaux de base auxquels les résident.e.s d'EMS ont droit sont menacés d'un point de vue éthique et juridique. Cette situation est due:

- au vieillissement de la population et à l'augmentation des besoins en soins qui en découle;⁴
- à la pénurie de plus en plus aigüe de médecins de premier recours;^{12, 15}
- au manque important de personnel qualifié dans les soins de longue durée;²¹
- à la réglementation insuffisante, en particulier en ce qui concerne les tâches médicales d'ordre général;²²
- à une réglementation souvent insatisfaisante concernant l'intervention de services médicaux d'urgence lorsque le ou la médecin responsable n'est pas atteignable;¹⁷
- au manque d'accès à la documentation médicale déterminante en dehors des heures d'ouverture des cabinets;¹⁷
- à la rétribution insuffisante des prestations médicales délivrées dans les EMS;²³
- à une préparation insuffisante des médecins à la pratique de la médecine dans les EMS, qui est très exigeante. Cela vaut pour la formation de base, les formations post-graduée et continue.

Le fait que des résident.e.s d'EMS ne reçoivent pas les soins médicaux de base requis à cause des circonstances mentionnées ci-dessus contrevient aux principes éthiques d'assistance et d'équité. Ce manquement n'est pas compatible avec le devoir de la Confédération et des cantons, inscrit dans l'art. 117a de la Constitution, de veiller à ce que chacun.e ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité.²⁴

Il n'est pas rare que des résident.e.s d'EMS soient hospitalisé.e.s par des médecins urgentistes. Il a été à de multiples reprises démontré que nombre de ces hospitalisations sont non

²¹ Cf. Grønning M, Hänni M, Trede I. Mobilité à l'intérieur d'un champ d'activité professionnelle: les défis pour le développement des métiers et la garantie d'une main-d'œuvre qualifiée. OBS HEFP Zoom sur les tendances no. 10. Zollikofen: Haute école fédérale en formation professionnelle HEFP. 2022.

²² Cf. Bally K, Baudendistel U, Beck S, et al. Gestion des défis actuels en Suisse dans le secteur des soins stationnaires de longue durée: enseignements à tirer de la pandémie de coronavirus. Recommandations d'un comité d'experts. Bioethics.ch. 01/2023. www.bioethics.ch/fileadmin/redaktion_sgbe/dokumente/Documents/SSGB/Publications/Recommandations_Comite_national_d_experts_soins_de_longue_duree.pdf

²³ Cf. www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-ambulatoires/tarmed.cfm

²⁴ Cf. Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101 www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizin/berufe/medizinische-grundversorgung/bundesbeschluss-med-grundversorgung.html

seulement inutiles, mais qu'elles ont aussi des conséquences négatives sur la santé.^{25, 26, 27}
Ces hospitalisations peuvent être évitées si:

- les souhaits des résident.e.s sont éclaircis et documentés auparavant dans le cadre d'un ProSA et que les médecins ont connaissance de ces préférences en matière de traitement;^{28, 29}
- du personnel de soin et d'accompagnement suffisamment qualifié est disponible et a reçu la formation nécessaire pour reconnaître à temps une altération de l'état de santé et la signaler;^{30, 31, 32}
- les médecins urgentistes ont accès au dossier médical de ces résident.e.s.^{27, 33}

De plus, les hospitalisations peuvent être évitées lorsqu'une prise en charge palliative générale ou spécialisée est assurée dans les EMS.^{24, 24, 26} Ces hospitalisations non souhaitées et évitables portent atteinte non seulement au principe d'autonomie, mais aussi à celui de non-malfaisance. Elles sont de plus contraires au principe d'économie.

²⁵ Cf. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M et al.: Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(4):627–35.

²⁶ Cf. Muench U, Simon M, Guerbaai RA, De Pietro C, Zeller A, Kressig RW, Zúñiga F: INTERCARE Research Group. Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. *Int J Public Health.* 2019;64(9):1273–81.

²⁷ Cf. Kruschel I, Micke H, Wedding U. Strategien zur Vermeidung unnötiger Notfallweisungen: Vom Pflegeheim in die Klinik – muss das wirklich sein? *MMW Fortschr Med.* 2022;164(3):32–9.

²⁸ Cf. Popejoy LL, Vogelsmeier AA, Alexander GL et al. Analyzing Hospital Transfers Using INTERACT Acute Care Transfer Tools: Lessons from MOQI. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(9):1953–9.

²⁹ Cf. Honinx E, Piers RD, Onwuteaka-Philipsen BD et al. Hospitalisation in the last month of life and in-hospital death of nursing home residents: a cross-sectional analysis of six European countries. *BMJ open.* 2021;11(8):e047086.

³⁰ Cf. Berlin C, Busato A, Rosemann T et al. Avoidable hospitalizations in Switzerland: a small area analysis on regional variation, density of physicians, hospital supply and rurality. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):289.

³¹ Cf. Rosano A, Loha CA, Falvo R et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Pub Health.* 2013;23(3):356–60.

³² Cf. Gygli, N, Zúñiga F, Simon M. Regional variation of potentially avoidable hospitalisations in Switzerland: an observational study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(849):1–11.

³³ Cf. Lemoyne SE, Herbots HH, De Blick D, et al. Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):17.

III. Mesures recommandées pour améliorer les soins médicaux de base dans les EMS

Sur la base de ces réflexions, la CCE de l'ASSM recommande de prendre les dix mesures suivantes:

1. Mettre en place des structures et des conventions régissant la collaboration et les prestations

Responsables: la FMH et les organisations de médecins affiliées, les associations d'EMS, les cantons et les communes, les organisations privées ou étatiques responsables d'EMS

Des recommandations visant à assurer aux résident.e.s d'EMS des soins médicaux de base de grande qualité doivent être formulées et ajoutées aux contrats de collaboration et aux modèles d'organisation des soins existant dans chaque canton.^{18, 19} Les critères correspondants doivent être élaborés par les sociétés de disciplines, voire par les sociétés cantonales de médecine avec les organisations cantonales d'EMS et les directions cantonales de la santé.³⁴ En premier lieu, il convient d'éclaircir également la rétribution des médecins impliqué.e.s. Pour fixer les exigences de qualité, il est recommandé de s'appuyer sur les dimensions décrites dans le chapitre I.C. Les points suivants doivent être pris en considération:

- Il est nécessaire de formaliser les devoirs et les tâches de chacun.e (par des contrats et des cahiers des charges);
- la structure doit être adaptée de manière à ce que le ou la médecin responsable des tâches médicales d'ordre général puisse collaborer de manière efficace avec l'EMS, avec les autres médecins actifs.ves dans l'établissement et avec les personnes d'autres professions;
- le ou la médecin responsable des tâches médicales d'ordre général doit être intégré.e dans les structures de l'EMS.

Les accords de collaboration doivent être formulés de manière à ce que le libre choix du médecin reste garanti, à moins que de bonnes raisons le contraindiquent. Un changement de médecin traitant.e peut toutefois être proposé par l'EMS et être indiqué lorsque la collaboration avec le ou la médecin habituel.le n'est pas satisfaisante du point de vue de la qualité. Le changement de médecin traitant.e doit alors être envisagé, avec l'accord du ou de la résident.e ou de la personne chargée de le ou la représenter.

2. Prendre en compte l'expertise en gériatrie, en gérontopsychiatrie et en médecine palliative

Responsables: les cantons et les communes, le corps médical, la FMH et les organisations de médecins affiliées, les associations professionnelles d'autres corps de métiers actifs dans les EMS, les organisations privées ou étatiques responsables d'EMS

Pour s'occuper de résident.e.s d'EMS, il est indispensable de disposer d'une expertise en gériatrie, en gérontopsychiatrie et en médecine palliative. Il n'est toutefois pas attendu des médecins de famille qu'ils ou elles obtiennent une spécialisation en gériatrie ou en médecine palliative pour pratiquer dans un EMS. En fonction des besoins des résident.e.s, les EMS et les

³⁴ Le Conseil fédéral mentionne dans son rapport du 4 septembre 2024 sur les «Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées et les personnes résidant dans des institutions médico-sociales» que les cantons ou les communes peuvent, dans le cadre de l'attribution des autorisations d'exploiter, édicter des dispositions demandant par exemple de désigner une personne responsable de la qualité dans les EMS.
Cf. www.news.admin.ch/news/message/attachments/89420.pdf

médecins de famille devraient avoir la possibilité, selon l'offre disponible dans leur région, de faire intervenir des expert.e.s externes en gériatrie, en gérontopsychiatrie ou en médecine palliative.

3. Recourir à un conseil éthique

Responsables: les cantons et les communes, la FMH et les organisations de médecins affiliées, les organisations privées ou étatiques responsables d'EMS

La prise en charge médicale de personnes vivant dans un EMS soulève régulièrement des problèmes éthiques. C'est pourquoi ces établissements doivent au besoin, selon l'offre disponible dans leur région, avoir la possibilité de recourir à un conseil ou à un soutien éthique dispensé par un.e spécialiste dûment formé.e dans ce domaine.³⁵

4. Garantir l'échange électronique des données et l'accès à la documentation médicale

Responsables: la Confédération, les cantons et les communes, la FMH et les organisations de médecins affiliées

Une attention particulière doit être accordée à l'échange électronique des données. Pour des soins médicaux de base de qualité, il est primordial que l'information circule entre l'EMS et les médecins, ou éventuellement les APN et les personnes d'autres professions pratiquant dans l'EMS. Les médecins des services d'urgence doivent également avoir accès à la documentation des résident.e.s (dans l'idéal aussi au plan de traitement). La condition pour y parvenir est que l'interopérabilité technique et sémantique des systèmes et du dossier électronique du patient (DEP) soit garantie. Disposer d'un système d'échange de données fonctionnel constitue également la base d'une télémédecine performante, qui – correctement utilisée – peut faire gagner en efficacité.

5. Instaurer une rétribution des tâches médicales d'ordre général

Responsables: les cantons et les communes, la FMH et les organisations de médecins affiliées, les associations d'EMS, les organisations privées ou étatiques responsables d'EMS

Les directions cantonales de la santé et les associations de médecins et d'EMS doivent faire en sorte que les prestations médicales d'ordre général, non liées à un.e résident.e en particulier, soient aussi rémunérées.

6. Introduction d'une structure tarifaire adaptée

Responsables: les partenaires tarifaires

La structure tarifaire TARMED en vigueur doit être rapidement remplacée par la structure TARDOC, développée ces dernières années par les partenaires tarifaires.³⁶ Cette structure tarifaire doit permettre aux médecins de facturer les visites dans les EMS, y compris les discussions en l'absence des résident.e.s (par exemple avec leurs proches ou leurs représentant.e.s), les travaux de coordination et également les soins palliatifs prodigués aux personnes en

³⁵ Cf. «Soutien éthique en médecine», recommandations médico-éthiques de l'ASSM (2012).

³⁶ Cf. FMH, curafutura et la Commission des tarifs médicaux. «Communiqué de presse: le Conseiller fédéral assume une grande responsabilité dans le remplacement de TARMED» du 19 juin 2024.

www.fmh.ch/files/pdf30/240619_mm_arzttarif_nicht_genehmigung_tardoc_fr.pdf

fin de vie. En particulier, les discussions non seulement sur les objectifs thérapeutiques du moment, mais aussi sur des perspectives futures, dans le sens d'un ProSA, doivent pouvoir être facturées.³⁷

7. Garantir les soins médicaux de base

Responsables: la Confédération, la FMH et les organisations de médecins affiliées

Il faut agir contre le manque de médecins de premier recours, déjà manifeste et s'aggravant constamment. Il faut créer davantage de places pour la formation de base et la formation post-graduée et différentes mesures doivent être prises afin de rendre les professions de médecins de famille et d'EMS plus attractives (offres de formation post-graduée et continue, comme par exemple l'offre de postes de rotation dans les EMS, ainsi qu'une rémunération correcte). Le Plan directeur Promotion de la relève créé par Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe) en 2022 sert de base pour atteindre cet objectif.³⁸

8. Proposer l'option supplémentaire «soins de longue durée» dans les filières de master avec la spécialisation en APN

Responsables: les institutions cantonales de formation, les partenaires tarifaires, les associations d'EMS

Les filières de master offrant au personnel infirmier la spécialisation en APN sont encouragées à proposer une option supplémentaire «soins de longue durée» qui mette en avant l'attrait de cette activité. Les structures tarifaires doivent être adaptées de manière à ce que les interventions des APN dans les EMS soient rémunérées, ce qui n'est pas le cas actuellement. Cela est également valable pour les spécialistes d'autres professions qui fournissent des soins médicaux de base aux résident.e.s d'EMS.

9. Favoriser la collaboration interprofessionnelle

Responsables: la Confédération, les cantons et les communes, la FMH et les organisations de médecins affiliées, les associations professionnelles d'autres corps de métiers actifs dans les EMS, les partenaires tarifaires

Une collaboration interprofessionnelle efficace est absolument essentielle à une prise en charge médicale appropriée des résident.e.s d'EMS. Cela est également valable en particulier pour la collaboration des médecins de famille avec les professionnel.le.s travaillant dans le secteur soins des EMS. Il convient de tenir compte du fait que les résident.e.s d'EMS et leurs proches doivent faire partie intégrante des groupes interprofessionnels. Cette aptitude à collaborer doit être inculquée pendant la formation initiale déjà, puis pendant la formation post-graduée. Il faut créer des espaces qui facilitent les échanges interprofessionnels réguliers entre les personnes actives dans les EMS. Là encore, la nécessité de ces discussions et visites interprofessionnelles doit se refléter dans les tarifs.

³⁷ Le Conseil fédéral partage cette volonté de favoriser le projet de soins anticipé; cf. rapport du Conseil fédéral. «Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées et les personnes résidant dans des institutions médico-sociales». 4 septembre 2024. www.news.admin.ch/news/message/attachments/89420.pdf

³⁸ Cf. mfe. Plan directeur Promotion de la relève – Maintenant plus que jamais: accroître la relève en médecine de famille et de l'enfance. Prim Hosp Care. 2024; 24(5):127–9.

10. Renforcer la recherche sur les services de santé

Responsables: la Confédération et les institutions de formation et de recherche

La recherche sur les services de santé³⁹ doit s'intensifier dans le domaine de la médecine de famille, de la médecine gériatrique et des soins palliatifs en gériatrie. Il faudrait entre autre récolter dans toute la Suisse, de manière systématique et fiable, les données relatives aux traitements et aux soins sous la forme d'un registre national dédié au secteur des EMS. Sur la base de ces données, les soins médicaux dans les EMS pourront être améliorés de manière ciblée et durable. Le programme national d'encouragement lancé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) «Efficience dans le domaine des soins médicaux de base (ESMB)» offre des possibilités contribuant à améliorer les soins médicaux de base pour les patient.e.s de longue durée.⁴⁰

³⁹ Cf. «Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz». Swiss Academies Reports 9 (1) de l'ASSM (2014). Publication en allemand avec résumé en français: «Renforcement de la recherche sur les services de santé en Suisse».

⁴⁰ Cf. www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstupe/vi-pflegeinitiative/foerderprogramm-effizienz-in-der-medizinischen-grundversorgung.html

IV. Conclusions

La Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM recommande de prendre ces dix mesures, mue par la conviction que les principes éthiques d'autonomie, d'assistance, de non-malfaisance et d'égalité ne peuvent en aucun cas être bafoués en matière de soins médicaux de base.

La CCE est consciente de l'ampleur du défi que représente la mise en œuvre de ces dix mesures, en fonction de la structure régionale des services de santé. Il n'est toutefois pas possible de simplement accepter que les résident.e.s d'EMS ne reçoivent pas les soins médicaux requis. Bien au contraire, la déontologie des professions de la santé, la responsabilité de la Confédération, des cantons et des communes ainsi que l'esprit de solidarité envers des membres particulièrement vulnérables de notre société exigent que nous rassemblions nos forces pour garantir des soins adéquats. De plus, sur le plan macro-éthique, la CCE souhaite contribuer de manière substantielle à favoriser la reconnaissance et l'estime de la société envers les personnes âgées fragiles, ainsi qu'à soutenir les EMS dans cette tâche exigeante de prise en charge et de soins aux personnes âgées.

Les mesures devront bien entendu être régulièrement réévaluées et au besoin adaptées. L'avenir nous dira comment les développements en télémédecine, une pratique déjà établie, en technologie médicale, ainsi qu'en intelligence artificielle contribueront à faire évoluer la situation.

V. Indications concernant l'élaboration de cette prise de position

La Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM a décidé le 23 juin 2023 d'élaborer une prise de position et mis sur pied un groupe de travail dirigé par le PD Dr. méd. Klaus Bally, de Bâle. La présente prise de position a été adoptée par la CCE de l'ASSM le 20 juin 2024 et approuvée par le Comité de direction de l'ASSM le 2 septembre 2024.

Vous trouverez des informations sur l'élaboration de cette prise de position et le nom des personnes à contacter si vous avez des questions à propos du contenu sous assm.ch/ems.

Membres du groupe de travail

PD em. Dr méd. Klaus Bally, membre de la CCE de l'ASSM, Basel, médecin de famille (Président)

Dr méd. Rebecca Dreher, membre de la CCE de l'ASSM, Morges, gériatrie

Dr sc. méd. Manya Hendriks, ASSM, Bern (ex officio), éthique

Anna Jörger, M.A., MPH, Bern, soins stationnaires de longue durée et accompagnement

Dr rer. medic. Ewald Schorro, membre de la CCE de l'ASSM, Fribourg, soins infirmiers

Prof. Dr Franziska Zúñiga, Basel, sciences infirmières

Autres expert.e.s consulté.e.s

Dr méd. Gabriela Bieri-Brüning, Zürich, gériatrie

Dominique Elmer, Bern, soins de longue durée

lic. iur. Barbara Fischer, Arlesheim, droit, Conseil suisse des aînés

Dr méd. Bernard Flückiger, Basel, gériatrie

Renate Gurtner Vontobel, MPH, Bern, soins palliatifs

Prof. Cornelia Hummel, Genève, sociologie

Prof. Dr méd. Dr phil. Ralf Jox, Lausanne, soins palliatifs gériatriques/éthique médicale

Prof. Dr méd. Dagmar Keller Lang, St. Moritz, médecine d'urgence

Dr méd. Philippe Luchsinger, Affoltern am Albis, médecine de famille

lic. rer. soc. Silvia Marti Lavanchy, Bern, service de santé

Dr sc. méd. Settimio Monteverde, Bern/Zürich, éthique

Patrick Müller, Bern, services ambulatoires et tarifs

Dr méd. Hans Neuenschwander, Lugano, oncologie/soins palliatifs

Prof. Dr méd. Sophie Pautex, Genève, soins palliatifs

lic. phil. Amélie Pilgram, Basel, soins de longue durée

Dr méd. Eve Rubli Truchard, Lausanne, gériatrie/soins palliatifs gériatriques

Prof. Dr méd. Dr phil. Sven Streit, Bern, médecine de famille

Dr méd. Petra Vayne-Bossert, Collonge-Bellerive, médecine palliative

lic. phil. I Lea von Wartburg, Liebefeld, politique de santé

Mise en consultation auprès des organisations membres de la FMH

La FMH a mis le texte en consultation auprès de ses organisations membres. La version finale tient compte des avis et commentaires reçus.

Participation de CURAVIVA

Le Conseil de branche de CURAVIVA a participé à l'élaboration de cette prise de position.