

## Manque de personnel: qui former et à quelles tâches ?

**Prof. Francis A. WALDVOGEL**  
Genève

## QUELQUES CONSTATATIONS GÉNÉRALES I.

- **Systeme de santé CH** : très bon, mais trop cher
  - environ 60 MIA de CHF/an, 480'000 personnes
- **Pénurie de médecins CH**
  - Hôpitaux ++
  - Ambulatoire «généralistes» ++
  - Ambulatoire «spécialistes» ∅
- **Pénurie de personnel soignant CH**
  - Hôpitaux ++ (GE, BS)
  - Ambulatoire +

## QUELQUES CONSTATATIONS GENERALES II.

- **Transformation démographique de la profession médicale**
  - Féminisation (> 50% étudiants)
  - Temps partiels
  - «Domaines-niches» et «domaines à mettre en priorité »
- **Réorganisation des pratiques ambulatoires**
  - Moyens technologiques
  - Groupes médicaux
  - Analogie avec les périodes pré- et post-industrielles

## ANALYSE DE LA PENURIE DES PROFESSIONS DE LA SANTE I.

- **Déficit quantitatif**
  - 5'000 personnes/an : effet domino
- **Déficit qualitatif**
  - 2'500 niveau tertiaire \*
  - 2'100 niveau secondaire\*\*
  - 500 niveau auxiliaire

\* Universités, HES, formation professionnelle supérieure

\*\* Formation post-obligatoire professionnelle

## ANALYSE DE LA PENURIE DES PROFESSIONS DE LA SANTE II.

- **Déficit d'organisation**

- «*lost in transition*» (hôpital-ambulatoire)
- «*shared data*» (dossier commun)

- **Déficit de répartition**

- Compétences trop élevées en fonction des prestations
- Respect du principe de la subsidiarité
- Spécialiste ➡ MPR ➡ X ➡ personnel soignant ➡ auxiliaire ➡ patient

## QUELQUES CONTRAINTES SUISSES

1. **Demande:** >5000 professionnels de la santé/an
  - 200'000 étudiants ➔ 40'000 diplômés/an
  - Donc 12% pour marché de 8% !
  - Marché nécessite
    - a) immigration et/ou
    - b) rationalisation
  
2.
  - « Pipeline médical » 6 + 5 ans
  - Système de formation nécessite flexibilité (niveau pré- et postgradué)
  
3. **La pénurie ne touche que la santé (système MINT !)**

# 6 GROUPES DE MESURES CONTRE LA PENURIE DES PROFESSIONS DE LA SANTE

# 1. MOTIVATION PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL

- **Repenser formation en maladies chroniques**
  - De la gériatrie au chronic care model
  - Interprofessionnalisme
  - Sciences naturelles-sociales-humaines
- **Nouvelles technologies** : aides techniques, robotique : « un nouveau futur »

## 2. REDUIRE LES BESOINS

- Santé des personnes âgées meilleure qu'autrefois (limite 65 ans un leurre)
  - La prévention garde son importance
  - Favoriser autonomie
  - *Ageing workforce* à utiliser
- Transfert vers l'ambulatoire et semi-ambulatoire
- Empowerment des patients
- Medical homes – Integrated care

### 3. RECRUTEMENT DU PERSONNEL DE SANTÉ

- Importation : mesure insuffisante et injuste (actuellement 30%)
- Recrutement médical (+ 20% ?)
- Programme ASSC excellent, succès depuis 2002
  - Plus de demandes que d'offres de place
  - Potentiel 5-10% inexploité
- Nouveaux métiers

## 4. MAINTIEN DU PERSONNEL DE SANTÉ

- Durée d'activité professionnelle trop courte par rapport à la durée de formation
- Sera aussi vrai pour les médecins (féminisation)
- A introduire rapidement:
  - Temps partiels comme norme
  - *Shared activities*
  - Périodes sabbatiques, réintégration professionnelle
- Dynamique de promotion

## 5. AUTRES APPROCHES

- **Clarifier les priorités de recherche pour maintenir l'autonomie**
  - Appareil locomoteur, musculaire – cellules souches
  - Appareils sensitifs : vue, ouïe – rétine artificielle
  - Aide à la mémoire, contact avec société – miniordinateurs interactifs
- **Dossier médical commun, informatisé**
- *Informal care givers\**
- **Prise en charge par famille\***

\* Avec allègement fiscal

## 6. MESURES ENVERS PENURIE DES MEDECINS I.

- **Augmentation des étudiants de 20%, proposé par CSST :**
  - effet à long terme
- **Mieux exploiter le système « 3 + 2 » de Bologne**
  - Modifier le BA en « formation médicale de base »
  - Augmenter « workforce système de santé » par passerelles non médicales dès le BA (économie, droit etc.)
  - Permettre sortie avec BA médecine vers une formation HES de *case manager*

## 6. MESURES ENVERS PENURIE DES MEDECINS II.

- Formation pré- et postgraduée (3+3) « médecins de premier recours »
  - Médecine clinique – sciences sociales et humaines
  - Interprofessionnalisme
  - Temps partiel, cabinet de groupe, *chronic care model*, réseaux de soins
- Assouplissement du « pipeline » éducationnel, afin d'ajuster demande et offre
- *Case manager* ou formation analogue : entre médecin et soignant, assurant continuité-coordination-subsidiarité (HES-Uni, programme commun)

## EXEMPLE : ASSOCIATION PRISM I.

- **Principe : projet réseau intégré soins aux malades**
  - Recentrer relation MPR-malade
  - L'itinéraire clinique est prioritaire, les institutions suivent : *chronic care model*
  - Partenariat avec HUG et Réseau Delta
  - Groupe interprofessionnel, *case manager*
- **Objectif**
  - Améliorer satisfaction, réduire coûts

## ASSOCIATION PRISM II.

- **Itinéraires cliniques** : insuffisance cardiaque, diabète, asthme, dépression
- **Itinéraire à moyen terme** : patients complexes
  - Théorie des systèmes complexes : émergence d'une singularité : l'individualisation, l'approche holistique du patient
  - 5-10% patients
  - Différence : malades compliqués – malades complexes
- **Financé** par Fondation Hans Wilsdorf (5 ans)

## CONCLUSIONS

1. Pénurie des PS : oui, mais quantitative-qualitative-distributive
2. Pénurie des PS : oui, mais par déséquilibre demande de prestations – offre des PS
3. Augmentation des postes PS (y compris médecins) n'est pas une solution
4. Rationalisation-réorganisation des prestations indispensable : modèles existent
5. Création de nouveaux métiers : exploitation du système Bologne, coordination Universités-HES