



+ le 24 novembre
oui au financement
uniforme

- Éditorial de Christoph Bosshard
- SGPP : Prévention des mesures limitatives de liberté
- SCOHPICA : analyse longitudinale des professionnels de la santé

Inhalt

Éditorial de Christoph Bosshard	3
Prévention des mesures limitatives de liberté en psychiatrie	5
SCOHPICA : analyse longitudinale des professionnels de la santé	9
Swissmedic	13
Nouvelles du corps médical	14
Communications	16

Application réussie du principe « once only »

Relevé MAS de l'OFS *Le relevé des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires réalisé par l'Office fédéral de la statistique (OFS), appelé couramment MAS, est une base de données centrale pour le système de santé suisse, qui permet notamment de visualiser la prise en charge médicale ambulatoire au cabinet. La FMH soutient le relevé MAS, car les données saisies sont indispensables pour mener une politique professionnelle basée sur des faits et aménager les conditions-cadres en politique de la santé.*



Christoph Bosshard,
Dr, vice-président de la FMH, responsable du département DDQ

À une époque où les déficits des hôpitaux font les gros titres, il est essentiel de renforcer la visibilité des soins ambulatoires dispensés en cabinet, qui représentent la prise en charge médicale la plus efficace et la plus avantageuse. Les données structurelles récoltées dans le cadre du relevé MAS fournissent de précieuses informations sur la répartition et l'organisation des soins médicaux en Suisse. Ces données concernent notamment le nombre et le type de cabinets, les disciplines médicales, le personnel (ou l'équipe du cabinet), ainsi que l'infrastructure technique des centres ambulatoires. Ces données sont d'une valeur inestimable pour analyser la couverture médicale, identifier les différences de prise en charge entre les régions et assurer la durabilité du système de santé.

L'importance du relevé MAS pour la prise en charge médicale en Suisse

Le 18 octobre, l'OFS a publié les données du relevé MAS 2022 [1]. Les résultats sont stables par rapport aux années précédentes et permettent d'identifier clairement les défis auxquels le corps médical est confronté : 19 313 médecins (équivalents plein temps) exercent dans 17 631 entreprises. La part des femmes s'élève à 42 %, et à 57 % chez les moins de 45 ans. Concernant la structure d'âge, 45 % des médecins (hommes et femmes) sont âgés de

55 ans ou plus, et atteindront donc l'âge de la retraite au cours des dix prochaines années. Il est donc essentiel d'éviter toute nouvelle exigence réglementaire et toute charge administrative supplémentaire si nous voulons continuer à garantir la couverture médicale. Ce n'est qu'en offrant de bonnes conditions de travail et en encourageant la conciliation entre

Les données structurelles fournissent de précieuses informations sur la répartition et l'organisation des soins médicaux en Suisse.

vie professionnelle et vie privée que nous pourrions nous assurer que les médecins, tous groupes d'âges confondus, puissent passer l'essentiel de leur temps au chevet de leurs patientes et patients et ainsi exercer leur profession sans perte de sens.

Comme chaque année, la publication des résultats du dernier relevé MAS annonce l'imminence du prochain relevé. La saisie des données structurelles 2023 débutera le 11 novembre. Même si le délai de saisie paraît

très court, les résultats montrent le rôle central d'une saisie fiable et solide pour le système de santé.

La qualité des données est la clé du succès

L'une des principales préoccupations de la FMH est de garantir et de continuer à développer la qualité élevée des données. L'exactitude et la fiabilité des données recueillies dépendent en grande partie de la participation des cabinets médicaux et des centres ambulatoires. Des données de haute qualité, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, permettent d'éviter les biais de représentation et contribuent à défendre efficacement les intérêts du corps médical.

Le principe « once only » est une réalité

Comme le précise Digisanté – le programme du Département fédéral de l'intérieur (DFI) qui vise à promouvoir la transformation numérique du système de santé [2] – dans ses grandes lignes, il n'est pas nécessaire de saisir plusieurs fois les informations, une seule fois suffit (« once only »). Un principe que le corps médical applique avec succès depuis près de dix ans, notamment dans le cadre du relevé MAS. En collaboration avec NewIndex et la Caisse des médecins, la FMH a pu mettre en place un service basé sur le web qui permet aux membres qui le souhaitent d'importer

directement les données existantes dans le nouveau questionnaire par un simple clic. Cela leur facilite non seulement la tâche, mais garantit aussi la qualité élevée des données. J'en profite pour remercier nos deux partenaires NewIndex et la Caisse des médecins (étude permanente sur les coûts [Roko]) pour cette excellente collaboration. La FMH invite donc tous les acteurs du système de santé à suivre ce principe afin d'éviter les doublons et d'utiliser les données disponibles et fiables. Nous le savons – et le relevé MAS ne fait que le confirmer –, la Suisse manque de personnel qualifié dans plusieurs régions et disciplines et toute charge administrative supplémentaire ne ferait qu'aggraver le problème. Appliquons donc tous le principe « once only » pour disposer de données fiables de bonne qualité et alléger la charge administrative du corps médical.

Les résultats du relevé MAS sont importants pour la FMH, car ils constituent une base de données indépendante et fiable (notamment pour calculer les nombres maximaux), vérifiée par la Confédération. La FMH tient à remercier tous les cabinets médicaux et centres ambulatoires pour leur participation active au relevé MAS!

L'une des principales préoccupations de la FMH est de garantir et de continuer à développer la qualité élevée des données.

Bibliographie

1 Résultats du relevé MAS 2022 : [Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires pour 2022 - GNP Diffusion \(admin.ch\)](#) (18.10.2024)

2 Digisanté : [Promouvoir la transformation numérique du système de santé \(admin.ch\)](#)

Prévention des mesures limitatives de liberté en psychiatrie

Recommandations SSPP *Les recommandations de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) sont explicitement formulées du point de vue des psychiatres clinicien·ne·s exerçant dans des services d'urgences et du point de vue des hôpitaux psychiatriques dans le contexte suisse. Elles font écho à des lignes directrices et directives existantes (p. ex. ASSM et DGPPN) et mettent l'accent sur des approches préventives.*

Matthias Jäger

Psychiatrie Baselland (PBL), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Comité de l'Association suisse des médecins-chefes et médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)

Anastasia Theodoridou

Psychiatrie Baselland (PBL), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)

Avec la collaboration de :

Philippe Conus

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

Martin Hatzinger

Solothurner Spitäler (SoH), Comité de l'Association suisse des médecins-chefes et médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)

Stefan Kaiser

Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

Stefan Klöppel

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (upd)

Undine Lang

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

Fulvia Rota

Présidente de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP)

Erich Seifritz

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Comité de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP), Comité de l'Association suisse des médecins-chefes et médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)

Rafael Traber

Clienia Littenheid, Comité de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP), Comité de l'Association suisse des médecins-chefes et médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)

Recommandations complètes de la SSPP

Les recommandations complètes (en allemand) peuvent être consultées sous ce lien :



La SSPP souligne que les médecins assurant des services d'urgences sont confronté·e·s à des situations complexes et exigeantes. Outre les interventions psychiatriques et psychothérapeutiques auprès de personnes qui acceptent ces soins, les psychiatres assurant un service d'urgences doivent également intervenir auprès de personnes qui ne consentent pas à ces traitements, voire s'y opposent. Cela concerne également l'activité des psychiatres qui doivent mettre en œuvre des placements à des fins d'assistance (PAFA) dans le domaine hospitalier. Le «devoir de placement à des fins d'assistance» peut être en contradiction avec le droit à l'autodétermination de la personne concernée. Les conditions relatives à la structure et la procédure ainsi que les systèmes de valeur et les attitudes à l'égard des personnes souffrant de maladies psychiques, des mesures limitant la liberté de mouvement (MLLM) et du traitement sans consentement (TSC) ont un impact considérable sur le «seuil» de prescription, de même que sur la fréquence et la durée des interventions prescrites. Pour éviter les MLLM et les TSC, il faut un système de soins de santé orienté non seulement vers le traitement, mais aussi vers la prévention. Et cette prévention doit avoir lieu en amont de l'examen des conditions requises pour prononcer un PAFA. Compte tenu de la pénurie existante en personnel spécialisé et de la problématique de l'al-

location des ressources, il est nécessaire d'apporter des améliorations au niveau des interfaces de la société, en plus des efforts d'optimisation au sein de la psychiatrie. Il est nécessaire de trouver des pistes de solution concrètes pour réduire le nombre de PAFA, MLLM et TSC évitables.

Il est nécessaire d'appliquer à un stade précoce des stratégies de prévention et de désescalade pour que le taux de PAFA, de MLLM et de TSC soit faible dans les soins psychiatriques et

La position qui consiste à considérer les mesures limitatives de liberté comme un événement évitable aura un effet préventif et favorisera la guérison.

psychothérapeutiques [1]. Ces mesures peuvent être prévues avant de prononcer un éventuel PAFA, et être intégrées aux décisions de planification pendant tout le traitement psychiatrique-psychothérapeutique [2]. Parallèlement aux aspects sociétaux généraux comme la volonté d'inclusion, il faut mettre à disposition un éventail d'offres de traitement et de soutien à bas seuil, aussi dans les situations d'urgence, pour rendre possibles des alternatives aux PAFA, MLLM et TSC [2]. De plus, il convient de séparer clairement les tâches diagnostiques et thérapeutiques d'une part et celles liées au contrôle social d'autre part, qui ont trait à la politique réglementaire, comme la garantie de la sécurité des individus ou de la société, tâches qui continuent à l'heure actuelle d'être déléguées aux psychiatres.

Conditions

En ce qui concerne les bases légales (code civil et lois d'application cantonales) et les directives médico-éthiques de l'ASSM [2], il est impératif de remplir de façon cumulée les conditions suivantes relatives à la prononciation d'un PAFA, de MLLM et d'un TSC. Avant d'ordonner de telles mesures, tous les critères doivent être vérifiés et documentés explicitement et avec soin.

- Présence d'un trouble psychique qui nécessite un traitement selon les critères de classification usuels (état de faiblesse)
- Présence d'un risque immédiat de mise en danger de la personne elle-même ou d'autrui (besoin de protection)
- Incapacité de discernement quant à la nécessité actuelle d'une prise en charge
- Absence de mesure moins contraignante envisageable (subsidiarité)
- Constat que l'utilité attendue de la mesure est significativement supérieure au risque éventuel (proportionnalité)
- Présence d'un cadre d'exécution de la mesure approprié (institution adéquate)

Le constat de l'incapacité de discernement n'est pas mentionné comme condition du PAFA dans le code civil. D'un point de vue éthique, il n'est toutefois pas légitime d'appliquer une mesure contre la volonté d'une personne incapable de discernement [2]. La condition de l'incapacité de discernement en cas de PAFA comme des MLLM et un TSC doit donc être vérifiée. S'il n'est pas possible d'obtenir un consentement pour l'admission dans un établissement adéquat, il convient de vérifier les critères PAFA et de prononcer un PAFA (voies de droit).

Dans le sens de la subsidiarité, il convient de vérifier toutes les alternatives avant de prononcer un PAFA: services ambulatoires et intermédiaires tels que les hôpitaux de jour et services de soins mobiles, alternatives au traitement psychiatrique (assistance, soutien social) et autres conditions-cadres (p. ex. lieux de retraite constituant une alternative aux unités de soins), pour lesquels il est possible d'obtenir le consentement de la personne concernée [2].

Pour un PAFA dans une clinique psychiatrique, l'impossibilité de dispenser ailleurs le traitement d'un trouble psychique doit être considérée comme une condition nécessaire. Si le traitement d'un trouble somatique est prioritaire, un PAFA en milieu hospitalier somatique est indiqué. Un PAFA pour une prise en charge exclusivement liée à un état de faiblesse dans le sens prévu par la loi doit être dispensé dans un établissement (non médical) adéquat (cf. prestations obligatoires LAMal des cliniques).

Prévention

La prévention des mesures limitatives de liberté commence bien en amont de l'examen des conditions relatives à une décision de PAFA, de TSC ou de MLLM. Les conditions relatives à la structure et à la procédure ainsi que les systèmes de valeur sous-jacents, tout comme la position adoptée et l'état d'esprit qui prévaut à l'égard des personnes souffrant de maladies psychiques et du PAFA, des MLLM et du TSC ont un impact considérable sur le « seuil » de prescription, de même que sur la fréquence et la durée des mesures prescrites [3]. Pour avoir un effet préventif et favorisant la guérison, il faut adopter une posture où des MLLM ou un TSC sont déclarés comme un événement évitable et non souhaité et qui met le besoin des patient-e-s et les perspectives d'évolution au premier plan à un stade précoce. L'évaluation des risques ne doit pas pour autant être négligée. Toutefois, le contexte de la situation spécifique et les actions préventives de désescalade occupent le premier plan, et pas seulement la maximisation de la sécu-

La prévention commence bien en amont de l'examen des conditions relatives à une décision de PAFA.

rité. Une série de concepts s'est avérée utile pour une posture et une approche préventives de désescalade dans les interactions et les situations d'urgence psychiatriques.

L'approche « zero coercion » découle de la prévention du suicide [4,5]. Une démarche de prévention efficace devrait reposer sur l'objectif d'éviter toute mesure, même si cet objectif ne pourra jamais être atteint totalement. Afin de mener systématiquement un travail préventif, quelle que soit la situation, et d'envisager toutes les alternatives aux MLLM ou à un TSC, il faut impérativement que l'objectif: « zero coercion » soit fixé. Dans le contexte de la psychiatrie, l'orientation vers le rétablissement et les valeurs se rapporte à une planification du traitement fondée sur les preuves. Les objectifs et valeurs personnels du-de la patient-e sont tout autant pris en considération dans les processus décisionnels que les objectifs médicaux (réduction des symptômes) et ceux relatifs à la réadaptation (amélioration fonctionnelle) [6].

La contextualisation et l'orientation vers les besoins tiennent compte, dans l'interaction avec les patient-e-s, des circonstances spécifiques d'une situation et enjoignent le-la psychiatre à s'efforcer de comprendre le contexte et les besoins spécifiques du-de la patient-e avant de prendre une décision [7].

Une posture neutre ou ouverte face au risque (« positive risk taking ») accorde au-à la patient-e le droit de prendre des décisions jugées « déraisonnables » ou potentiellement risquées. Une prise de décision concertée dans le réseau d'aide (p. ex. dans le cadre de réunions abordant le plan de traitement ou d'aide) peut être utile pour relativiser les décisions axées sur la sécurité ou guidées par la peur de certains professionnels et les appréhender avant qu'elles ne conduisent à une action (processus décisionnel intégratif) [3].

La connaissance des facteurs qui peuvent contribuer à l'escalade et les pistes de solution pour que ces processus perdent leur caractère aigu dans le sens d'une atténuation des symptômes (compétences relationnelles, techniques de communication, etc.) font partie des connaissances de base de chaque psychiatre. Ces connaissances spécialisées devraient obligatoirement être enseignées régulièrement et leur mise en pratique exercée et évaluée [3].

Dans l'intention d'éviter les MLLM et le TSC, il est fréquent que l'on travaille en pratique avec une cascade d'interventions qui découlent du contexte de la relation thérapeutique et peuvent comporter une pression psychologique ou une contrainte informelle [8]. Une réflexion consciente de la part des professionnels avant de recourir à des mesures coercitives (p. ex. persuasion, menace de conséquences négatives) repose sur les mêmes critères éthiques que pour les mesures formelles sans consentement [2].

En ce qui concerne le PAFA, des conclusions d'études réalisées en Suisse indiquent qu'un cercle de personnes étroit au bénéfice d'une formation spécifique (médecins officiels, médecins spécialistes) est associé à un taux de PAFA moins élevé [9].

Des états d'agitation surviennent fréquemment dans les services d'urgences somatiques et les unités de soins intensifs ou lors d'hospitalisations dans les hôpitaux généraux. Une

Le taux de PAFA n'est pas indiqué comme indicateur de qualité, car il est influencé par des facteurs externes à la clinique.

évaluation spécialisée et la possibilité d'une intervention adéquate sur site peuvent permettre une atténuation rapide des symptômes et éviter des transferts inutiles dans une clinique psychiatrique [3].

Un certain nombre d'admissions dans des cliniques psychiatriques sont faites en raison de problèmes psychosociaux sans véritable demande de traitement psychiatrique. Dans de tels cas, l'ordonnance d'un PAFA n'est pas légale, et elle est donc abusive [10]. Pour résoudre adéquatement ces problèmes et soutenir les personnes concernées, il est recommandé de travailler avec l'environnement social ou des mettre en place des mesures de soutien social, plutôt que de médicaliser des problèmes sociaux. [2,3].

Il est recommandé d'établir une bonne stratégie de communication avec la police et les autorités. Celle-ci comprend des échanges réguliers au sujet des situations difficiles pour la société, la police et le corps médical, tout en respectant les possibilités et les limites de la psychiatrie (conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie) aux interfaces correspondantes avec la police et les autorités (autorités de protection de l'enfant et de l'adulte, autorités sociales) [11,12].

D'autres recommandations essentielles relatives aux structures et procédures et visant à empêcher les MLLM et le TCS figurent par exemple dans la « S3-Leitlinie » de l'association allemande de psychiatrie, de psychothérapie et de neurologie (DGPPN) [3].

Conclusions

Le taux de patient-e-s d'une clinique psychiatrique admis-es dans le cadre d'un PAFA ne peut pas être invoqué comme indicateur de qualité car d'importants facteurs d'influence échappent au contrôle de la clinique [13]. Conformément à la loi, le PAFA ne peut être ordonné que par des instances indépendantes de la clinique d'admission. Les autres paramètres sur lesquels la clinique ne peut influencer sont notamment les suivants: le mandat de traitement, l'organisation des soins d'urgence, la disponibilité d'autres cliniques de premier recours à proximité, les alternatives aux unités de soins, des offres à bas seuil, flexibles, faciles d'accès pour les personnes en situation de crise et dans des situations exceptionnelles, ainsi que la structure de la population et. Cela ne vaut pas dans la même mesure pour les MLL et le TSC, car leur application peut être considérablement réduite par des processus influençables au

sein de la clinique, par l'attitude et la qualification du personnel ainsi que par l'attention que thème de la prévention des MLLM et du TSC reçoit à l'intérieur et à l'extérieur de la clinique. En plus des recommandations spécialisées et organisationnelles susmentionnées, les normes de qualité sont essentielles [13,14]. Les approches de prévention des MLLM s'inscrivent toujours dans le contexte social et l'organisation régionale des soins psychosociaux.

Les défis à relever pour éviter le PAFA résident notamment dans la collaboration avec la médecine somatique (patients agressifs et instables d'un point de vue somatique, p. ex. en cas d'intoxication ou de delirium), avec les établissements de soins (personnes demandant une forte prise en charge et dont le comportement déclenche la distanciation), avec la police et le ministère public (hospitalisation psychiatrique de personnes détenues ayant commis un délit et souffrent de troubles psychiatriques) et avec les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (PAFA prononcé ou prolongé par les autorités en raison de difficultés à trouver un logement adapté ou une assistance, même si aucune hospitalisation psychiatrique n'est (plus) nécessaire).

En résumé, on peut affirmer que l'on dispose d'ores et déjà de connaissances sur la prévention et la gestion responsable des PAFA, des MLLM et du CSO en psychiatrie. La coopération solidaire des acteurs à l'intérieur et à l'extérieur des systèmes psychiatriques tient lieu de condition pour optimiser durablement la situation et éviter un effet Sisyphe.

Correspondance

matthias.jaeger@pbl.ch

Littérature

- 1 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie «Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen», 2018. Disponible en ligne (consulté le 28.11.2023) : <https://www.dgppn.de/ Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbfcc277/S3-LL-PsychosozTherapienLangversion.pdf>
- 2 Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Directives médico-éthiques « Mesures de contrainte en médecine », 2015. Disponible en ligne (consulté le 28.11.2023) : https://www.samw.ch/dam/jcr:a95ff3a8-8fa6-4436-9163-f80071305462/directives_assm_mesures_de_contrainte.pdf
- 3 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie «Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen», 2018. Disponible en ligne (consulté le 28.11.2023) : <https://www.dgppn.de/ Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf>
- 4 Theodoridou A, Jäger M. Psychiatrie ohne Zwang. Nervenheilkunde 2023; 42: 829-835.
- 5 Turner K, Svetcic J, Almeida-Crasto A, Gae-Atefi, T et al. Implementing a systems approach to suicide prevention in a mental health service using the Zero Suicide Framework. Aust N Z J Psychiatry 2021; 55: 241-253.
- 6 Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2020; 177: 868-872.
- 7 Roychowdhury A. Bridging the gap between risk and recovery: a human needs approach. The Psychiatrist 2011; 35: 68-73.
- 8 Hotzy F, Jäger M. Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment – a systematic review. Frontiers in psychiatry 2016; 7: 197.
- 9 Wasserman D, Apter G, Baeken C, Bailey S et al. Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. Eur psychiatry 2020; 63: e82.
- 10 Steinert T. Missbrauch der Psychiatrie. Psychiatr Prax 2014; 41: 237-238.
- 11 Efkemann SA, Gather J, Juckel G, Feltes T. Das Verhältnis von Polizei und Psychiatrie aus der Sicht von psychiatrischen Professionellen. Recht & Psychiatrie 2023; 41: 206-213.
- 12 Mahler L, Oster A. Safety or security? – Wie machen wir die Psychiatrie zu einem sicheren Raum? Nervenheilkunde 2023; 42: 855-865.
- 13 Steinert T, Flammer E. Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? Nervenarzt 2018; 1: 35-39.
- 14 Ruffin R, Vogel U, Dvorak A, Schnyder-Walser K. Qualitätsstandards und Qualitätsindikatoren zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in Institutionen, 2012. Disponible en ligne (consulté le 15.02.2024) : <https://www.kbk.ch/files/kbk/pdf/meldungen/20120402GEFFreiheitsbeschMassnahmenKonsultation.pdf>

SCOHPICA : analyse longitudinale des professionnels de la santé

Etude de cohorte *Dans le contexte actuel, où les défis démographiques affectent de nombreux secteurs, y compris celui de la santé, il est crucial de garder les professionnels de la santé dans la pratique clinique. L'étude SCOHPICA s'inscrit dans cette démarche en interrogeant les causes d'abandon de profession et les obstacles rencontrés dans la pratique.*

Sara Esther Geiser

MSc, Chargée de recherche à Unisanté

Sonia Barbosa

MHS, Cheffe de la division Prestations et développement professionnel de la FMH

Joëlle Schneuwly

MA, Collaboratrice scientifique de la division Prestations et développement professionnel de la FMH

Dre Ingrid Gilles

Responsable du secteur recherche au CHUV

Prof. Anne Oulevey Bachmann

Professeure HES ordinaire à l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source

Prof. Dr méd. Isabelle Peytremann Bridevaux

Cheffe de secteur à Unisanté

L'étude de cohorte suisse, SCOHPICA, Swiss COhort of Healthcare Professionals and Informal Caregivers, lancée en 2022, a pour objectif de mieux comprendre les trajectoires professionnelles ainsi que les facteurs influençant l'intention de rester dans la profession et le bien-être des professionnels de la santé en Suisse [1]. Ce projet, mené par Unisanté, l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, ainsi que le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

(CHUV), est une première en Suisse [2]. Il s'appuie sur une approche de cohorte nationale ouverte pour analyser de manière longitudinale les expériences et les défis rencontrés par les professionnels de la santé [3].

SCOHPICA se distingue par son analyse de 32 professions de la santé réglementées par la loi sur les professions médicales (LPMéd), la loi sur les professions de la santé (LPSan) et la loi sur la formation professionnelle (LPFP), afin de fournir une image complète du skill-grade mix au sein du système de santé suisse. En regroupant près de 6'000 professionnels de la santé, dont, déjà à ce jour, 790 médecins et 250 assistantes et assistants médicaux répartis dans divers contextes (hôpitaux publics et privés, cabinets, EMS, écoles, etc.), SCOHPICA vise à fournir un état de situation sur la proportion de professionnels qui souhaitent rester dans leur profession et à effectuer une analyse approfondie des déterminants de l'intention de rester ainsi que des niveaux de bien-être ressenti. Les résultats issus de cette étude permettront non seulement de mieux informer les politiques publiques et les employeurs sur les améliorations nécessaires pour optimiser les conditions de travail, mais aussi d'identifier les actions à entre-

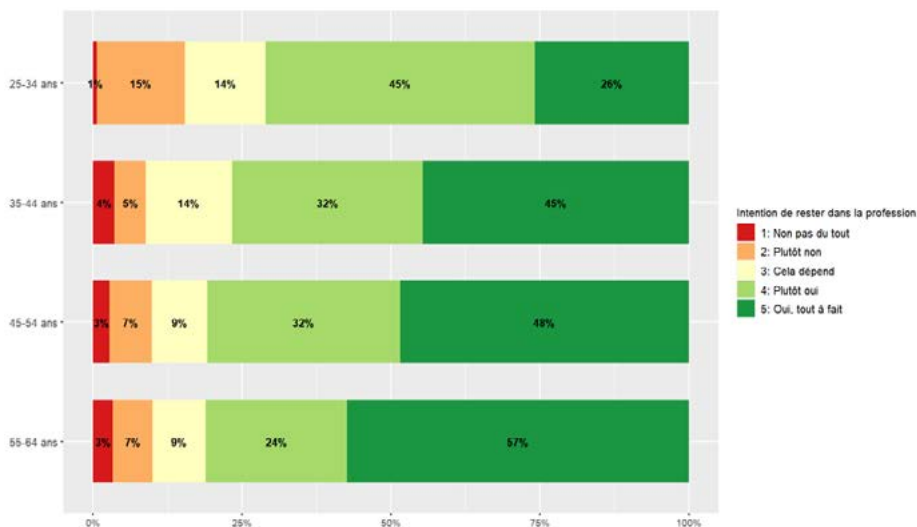
prendre pour favoriser la fidélisation et le bien-être des professionnels de la santé.

Résultats

Avec les résultats des deux premiers recrutements (automne 2022 et 2023), il est désormais possible d'avoir une première vue d'ensemble sur l'intention de rester dans la profession pour les médecins et les assistantes et assistants médicaux, ainsi que d'avoir des indications sur les facteurs favorisant la fidélisation et le bien-être.

SCOHPICA se distingue par son analyse de 32 professions de la santé

Le graphique 1 met en évidence une tendance claire: les médecins plus âgés tendent davantage à vouloir rester dans la profession que les médecins plus jeunes. Cette tendance entre les différents groupes d'âges pourrait s'expliquer par divers facteurs tels que la stabilité



Graphique 1. Proportion de médecins ayant l'intention de rester dans la profession, selon la catégorie d'âge. Médecins : n = 653 ; p < 0.01*

Source : SCOHPICA – Cohorte suisse des professionnel·le·s de santé et des proches aidant·e·s

professionnelle acquise avec l'expérience, la satisfaction liée à la maîtrise des compétences, ou encore une vision plus pérenne de leur trajectoire professionnelle. Si on applique la théorie de la dépendance au sentier au parcours des médecins, on pourrait l'expliquer par le fait qu'au cours de la carrière, il existe un fort investissement dans le parcours professionnel, que ce soit dans la formation, les connaissances spécialisées ou les réseaux, qui rendent l'abandon de la profession plus difficile [4]. Cela pourrait également être dû à une différence générationnelle dans la façon de voir ou de percevoir la profession.

La statistique médicale de la FMH de 2023 montre qu'une grande proportion de médecins plus âgés travaillent dans le secteur ambulatoire, tendance qui se confirme avec une forte proportion de médecins dans les cabinets à partir de 41 ans [5], qui sont par ailleurs souvent propriétaires ou co-propriétaires de leur cabinet. Selon la théorie des coûts irrécupérables [6], le fait que beaucoup de ces médecins soient propriétaires de leurs cabinets joue un rôle important, d'autant plus que 40 % sont installés en cabinet individuel, en conséquence il leur est plus difficile d'abandonner leur profession. Ces dernières années, une attention plus marquée a été portée sur l'intention des médecins en début de carrière de

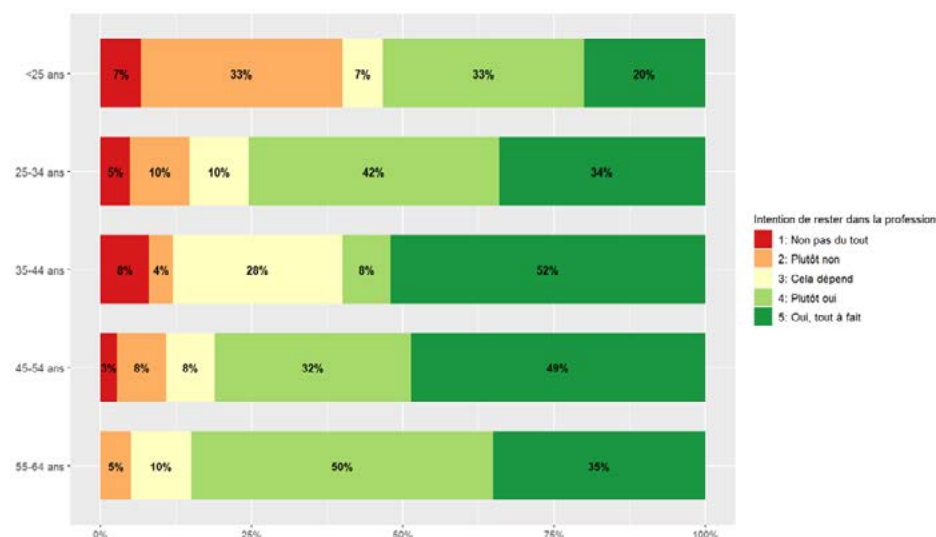
quitter précocement la profession. Parmi les facteurs principaux d'insatisfaction professionnelle favorisant ces départs précoces, on retrouve la charge et les horaires de travail, la compatibilité avec la prise en charge des enfants, ainsi que le contenu du travail [7].

Le graphique 2, qui présente l'intention de rester dans la profession pour les assistantes et assistants médicales, indique des résultats plus contrastés. En effet, les

résultats suggèrent que chez les assistantes et assistants médicales de moins de 25 ans, l'intention de rester est la plus basse. Chez les individus entre 35 et 44 ans, 28 % indiquent ne pas savoir s'ils ont l'intention de rester dans la profession.

En raison de la faible participation des assistantes et assistants médicales à la cohorte, une conclusion statistiquement valide est difficile à établir et limite la portée des conclusions que l'on pourrait tirer sur les dynamiques propres à ce groupe professionnel. C'est précisément pourquoi il est extrêmement important d'augmenter la participation des assistantes et assistants médicales ainsi que de tout groupe professionnel encore peu représenté dans SCOHPICA, afin de mieux comprendre leurs trajectoires et besoins professionnels, et d'adapter, si nécessaire, les politiques de fidélisation et de développement professionnel de la profession concernée. Ces résultats soulignent à la fois les limitations de l'analyse actuelle et l'importance d'une participation future plus importante pour enrichir les résultats.

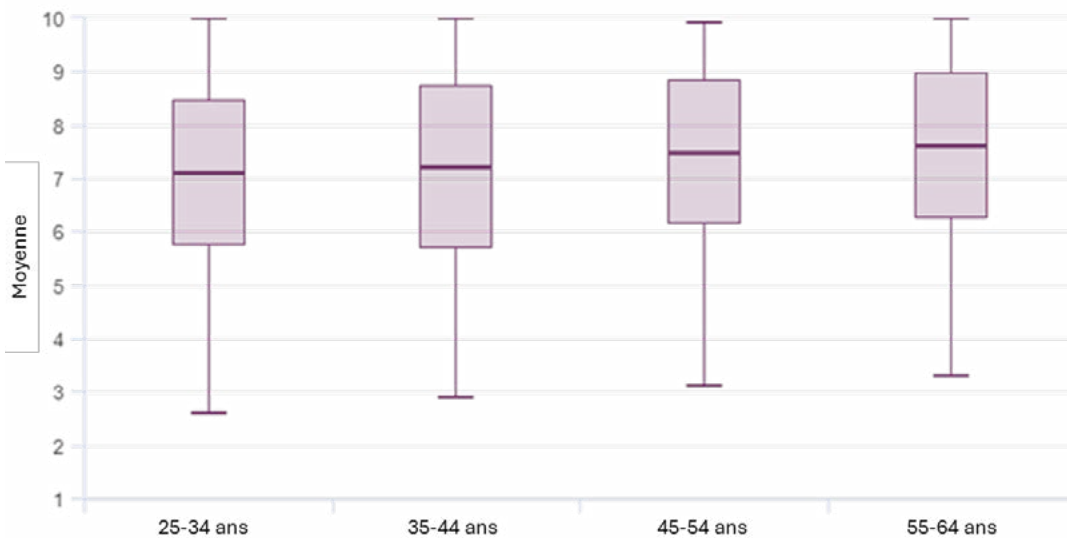
Une autre mesure clé de SCOHPICA est le bien-être mesuré sur une échelle en 10 points (allant de 1 bien-être minimum à 10 bien-être maximum). Tandis que le niveau de bien-être moyen chez les mé-



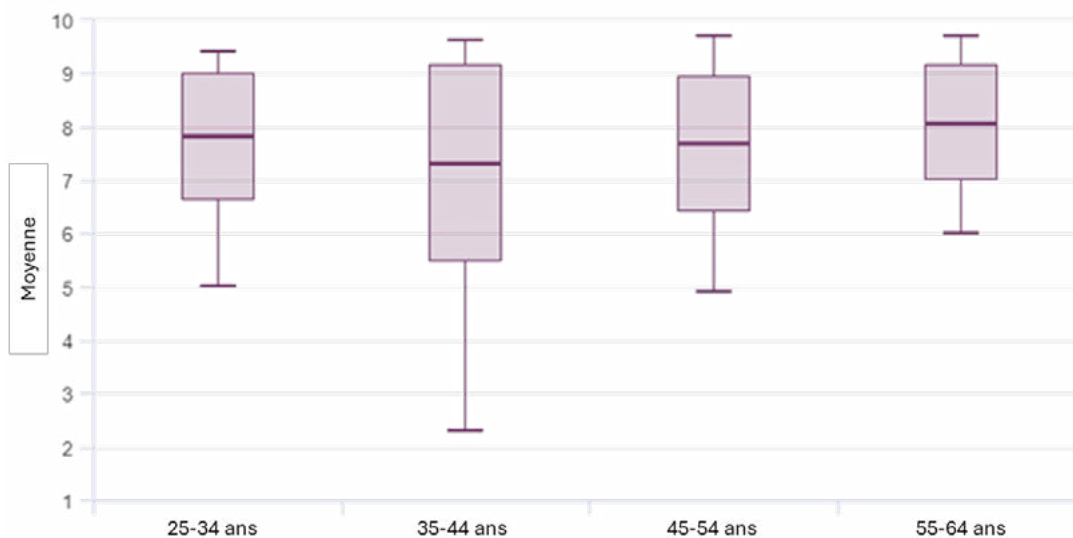
Graphique 2. Proportion d'assistantes et assistants médicales ayant l'intention de rester dans la profession, selon la catégorie d'âge. Assistantes et assistants médicales : n = 139 ; p = 0.18

© Source : SCOHPICA – Cohorte suisse des professionnel·le·s de santé et des proches aidant·e·s

Graphique 3a. Niveau de bien-être pour les médecins en fonction de la catégorie d'âge



Graphique 3b. Niveau de bien-être pour les ass. médicales en fonction de la catégorie d'âge



Médecins : n = 653 ;
 p < 0.01* ; Assistantes
 et assistants médicales :
 n = 139 ; p = 0.07

© Source : SCOHPICA – Cohorte
 suisse des professionnel·le·s de santé
 et des proches aidant·e·s

Les médecins plus âgés tendent davantage à vouloir rester dans la profession que les médecins plus jeunes

decins est de 7.3 sur 10 (avec un écart-type de 1.3), il est de 7.6 sur 10 (écart-type de 1.4) chez les assistantes et assistants médicales. Les résultats par catégories d'âge indiquent que pour les médecins (Graphique 3a), le niveau de bien-être est un peu plus important chez les répondants plus âgés comparativement aux plus jeunes. Pour les assistantes et assistants médicales, les résultats semblent également indiquer que les répondants plus âgés ont un niveau de bien-être légèrement supérieur aux plus jeunes

(Graphique 3b); les faibles effectifs de cette catégorie professionnelle limitent l'interprétation de ces résultats.

Discussion

Le système de santé suisse, déjà en proie à une pénurie de professionnels de la santé, fait face à de nombreux défis qui concernent ces derniers, notamment :

- L'évolution démographique de la population : le vieillissement général de la population suisse s'accompagne d'une augmentation des maladies

- chroniques et par conséquence l'augmentation de la demande de prestations dans le domaine ambulatoire [8].
- Les départs à la retraite : la génération des baby-boomers, qui constitue une part importante des professionnels de la santé, atteint progressivement l'âge de la retraite [9].
 - Les conditions de travail qui se complexifient : les professionnels de la santé abandonnent leur profession en raison des conditions de travail qui se dégradent (devoir fournir les mêmes prestations avec moins de personnel à disposition) [10]. D'autre part, les conditions de travail sont souvent exigeantes, avec des horaires de travail longs et imprévisibles. Ceci est particulièrement vrai pour les médecins en début de carrière hospitalière [11].
 - Les difficultés de conciliation de la vie professionnelle et privée [12].
 - La surcharge et la lourdeur administrative à laquelle doivent faire face les médecins, qui prend de l'ampleur face au temps consacré aux patients [13].

Les raisons qui se cachent derrière les abandons de profession sont multifactorielles et nécessitent une réponse à la fois

structurelle et organisationnelle pour améliorer les conditions de travail, valoriser les professions de la santé et encourager la relève à poursuivre ces voies professionnelles. Pour répondre efficacement à cette problématique complexe, il est nécessaire de renforcer non seulement les actions structurelles et organisationnelles, mais aussi de s'appuyer sur des données de recherche fiables et approfondies, permettant de développer des interventions ciblées et pérennes.

Recrutement

La participation des assistantes et assistants médicales et des médecins à la cohorte SCOHPICA revêt une importance capitale pour assurer un suivi rigoureux de la situation de ces professionnels de la santé en Suisse. Grâce à ces données, il sera possible d'identifier les leviers qui favorisent la rétention dans la profession et ainsi créer des conditions propices pour la relève. Une participation en nombre permettra d'obtenir des résultats statistiquement robustes, facilitant la prévision des besoins futurs en effectifs et l'anticipation des défis qui les accompagnent. En prenant part à ces études, les professionnels de la santé contribuent non seulement à une meilleure compréhension de leur réalité, mais aussi à l'amélioration de conditions de travail et

des politiques qui influenceront leur pratique quotidienne.

Korrespondenz

[isabelle.peytremann-bridevaud@](mailto:isabelle.peytremann-bridevaud@unisante.ch)

unisante.ch

Participez au projet SCOHPICA !

Votre participation est essentielle pour garantir la bonne représentativité du corps médical et des assistantes et assistants médicaux dans l'étude SCOHPICA. Que vous travailliez en milieu hospitalier, en cabinet, ou à domicile, vous êtes un maillon essentiel du système de santé. Le partage de vos expériences sert à ce projet d'utilité publique, mais contribue également à faire entendre la voix des professionnels de la santé.



Literatur

- 1 SCOHPICA FAQ. Scohpica.ch. <https://scohpica.ch/faq/>. Consulté le 20 septembre 2024.
- 2 SCOHPICA : Un projet de recherche donne la parole aux professionnels de la santé et aux proches aidants. Hes-so.ch. <https://www.hes-so.ch/recherche-innovation/projets-de-recherche/detail-projet/scohpica-un-projet-de-recherche-donne-la-parole-aux-professionnels-de-la-sante-et-aux-proches-aidants>. Consulté le 20 septembre 2024.
- 3 Jolidon VJ, Jubin JJ, Gilles IG, Escasain LE, Zuercher EZ, Roth LR, Oulevey Bachmann AOB, Peytremann-Bridevaux IPB. Swiss cohort of healthcare professionals & informal caregivers (SCOHPICA): baseline survey's results. Eur J Public Health. 2023;33(Supplement_2):130.
- 4 Arthur WB. Increasing returns and path dependence in the economy. University of Michigan Press; 1994.
- 5 Hostettler S, Kraft E. FMH-Ärztstatistik 2023 – 40% ausländische Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztztg. 2024;105(12):32–36.
- 6 Arkes HR, Blumer C. The psychology of sunk cost. Organ Behav Hum Decis Process. 1985;35(1):124–140.
- 7 Kraft E, Loretan L, van der Heiden N. Jeder zehnte Arzt steigt aus. Schweiz Ärztztg. 2016;97(34):1132–1135.
- 8 Pahud O, Dorn M. Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CFW) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 01/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2023.
- 9 Wenger, S. Mit 65 ist noch lange nicht Schluss. Schweiz Ärztztg 2023;104(35):10–12.
- 10 Trezzini B, Müller B, Pepe A, Schäfer S, Jans C, Golder L. Der Fachkräftemangel gefährdet die gute Versorgungsqualität. Schweiz Ärztztg. 2023;104(44):26–30.
- 11 Gut A, Fröhli D. Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Management Summary zur Mitgliederbefragung 2023 im Auftrag des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (vsao); 2023.
- 12 Kraft E, Loretan L, van der Heiden N. Jeder zehnte Arzt steigt aus. Schweiz Ärztztg. 2016;97(34):1132–1135.
- 13 La charge administrative fait baisser le temps consacré aux patients. Rev Med Suisse. 2018;14.

DHPC – Vincristin-Teva® (vincristini sulfas)

Pénurie temporaire de Vincristin-Teva

Résumé

En raison d'un retard de production, une pénurie de Vincristin-Teva 2 mg/2 ml est prévue de fin octobre à mi-décembre 2024. D'autres retards ne sont pas à exclure.

Par conséquent, avant de commencer une thérapie avec la vincristine, il est nécessaire de prendre en compte la pénurie prévue de Vincristin-Teva 2 mg/2 ml pendant la période de traitement planifiée des patients.

Pour des informations plus détaillées: [DHPC – Vincristin-Teva® \(vincristini sulfas\) \(swissmedic.ch\)](#)

DHPC – Solutions pour perfusion contenant de l'hydroxyéthylamidon (HEA) (Voluven®)

Informations importantes sur l'information professionnelle modifiée de Voluven 6 % balanced, solution pour perfusion, ainsi que sur le matériel de formation actualisé dans le cadre du programme d'accès contrôlé

Résumé

- L'information professionnelle de Voluven 6 % balanced, solution pour perfusion a été actualisée :
 - Sous la rubrique Indications/Possibilités d'emploi, la mention « prophylaxie de l'hypovolémie » a été supprimée. Voluven 6 % balanced, solution pour perfusion ne doit plus être utilisé que pour le traitement de l'hypovolémie en cas de pertes sanguines aiguës.
 - Sous la rubrique Posologie/Mode d'emploi, il a été ajouté que l'utilisation de l'HEA doit être limitée à la phase initiale de la stabilisation hémodynamique et à une durée de traitement maximale de 24 h.
 - Voluven 6 % balanced, solution pour perfusion ne doit plus être utilisé que dans l'indication autorisée. Les professionnels de la santé doivent respecter strictement les restrictions existantes, en particulier les contre-indications.
- Le matériel de formation a été actualisé selon les dernières connaissances et adapté aux modifications de l'information professionnelle. En outre, un test de connaissances sera mis

en place pour contrôler le succès, qui sera disponible en ligne à partir du 1er novembre 2024. Le lien correspondant sera envoyé à temps par la titulaire de l'autorisation dans un courrier séparé.

- À partir du 1er novembre 2024, tous les professionnels de la santé qui prescrivent Voluven 6 % balanced, solution pour perfusion dans un service doivent suivre la formation actualisée avec le test de connaissances, et l'hôpital/le centre hospitalier doit être de nouveau accrédité. Cela s'applique également aux professionnels de la santé qui ont déjà suivi la formation obligatoire dans le passé. Les documents de formation seront mis à disposition des professionnels de la santé devant être formés par Fresenius Kabi (Schweiz) AG.
- Vous trouverez une description de la procédure d'accréditation dans la lettre intitulée « Lettre de confirmation concernant la prescription de Voluven 6 % balanced, solution pour perfusion, à partir du 01. nov. 2024 », qui est disponible dans le cadre du programme d'accréditation, dont elle fait partie intégrante.

Pour des informations plus détaillées:

[DHPC – Mesures pour minimiser les risques des solutions pour perfusion contenant de l'hydroxyéthylamidon \(HEA\) \(swissmedic.ch\)](#)

Personalien *Nouvelles du corps médical*

Todesfälle / Décès

Pierre-André Martin (1952),

† 21.9.2024, 1071 Chexbres

Lukas Schraner (1945), † 1.10.2024,

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 5027 Herznach

Jean-François Anken (1947),

† 10.10.2024, Spécialiste en médecine interne générale, 1028 Préverenges

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Laura Linda Ambühl-Lehmann,

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Bern West Med, Mühledorfstrasse 2a, 3018 Bern

Anja Svenja Evangelisti-Bieri,

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Die Hausärztinnen Münchenbuchsee AG, Dorfstrasse 28, 3053 Münchenbuchsee

Marc Nicola Gallay, Facharzt für

Neurochirurgie, Mitglied FMH, SIFUS – Schweizer Privatinstitut für fokussierte Ultraschallchirurgie, Bernstrasse 21, 3072 Ostermündigen

Mohammad Kassar, Facharzt für

Kardiologie, Mitglied FMH, Inselspital, Freiburgstrasse, 3010 Bern

Luisa Kramer, Fachärztin für

Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxis Bubenberg AG, Bubenbergstrasse 8 + 11, 3011 Bern

Felix Laube, Facharzt für

Anästhesiologie, Mitglied FMH, Sonnenhofspital, Buchserstrasse 30, 3006 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern Regio eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Tobias Suppiger, Facharzt für Ophthalmologie, Augenarzt Luzern, Hertensteinstrasse 28, 6004 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Ärztegesellschaft des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

Claudine Achtnich, Fachärztin für Neurologie, Mitglied FMH, Meienbergstrasse 7, 9000 St. Gallen

Gabriele D'Ambrosio, Facharzt für Kardiologie, Mitglied FMH, Wollmatinger Strasse 126, DE-78467 Konstanz

Radisa Antic, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin

für Pneumologie, Salmsacherstrasse 13, 8590 Romanshorn

Anita Berndt, Praktische Ärztin, Mitglied FMH, Fröschackerstrasse 15, 4312 Magden

Jochen Gieger, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Oberdorfstrasse 1, 8274 Tägerwilen

Monika Grünh, Praktische Ärztin, Reckholdernstrasse 11, 8590 Romanshorn

Holger Gotthard Hass, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Hämatologie und Facharzt für Gastroenterologie, Oberleitener Strasse 3, DE-88171 Weiler-Simmerberg

Seraina Häfeli-Swallow, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Hauptstrasse 130, 9573 Littenheid

Franziska Näf, Fachärztin für Chirurgie, Mitglied FMH, Weidlistrasse 40, 9607 Mosnang

Matthias Remy, Ophthalmologie, Albrecht-Dürer-Strasse 27A, DE-78239 Rielasingen-Wörblingen

Ruth Katharina Stäheli, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, Sonnenweg 1, 8370 Sirnach

Manuel Tschallener, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Dozwilerstrasse 11, 8580 Hefenhofen

Matthias Wissler, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Praktischer Arzt, Oberes Büel 21, 8457 Humlikon

Juliana Wons, Fachärztin für Ophthalmologie, Rheinsichtweg 4, 8274 Tägerwilen

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei der Ärztegesellschaft Thurgau eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen

Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft Uri als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Dzmitry Kuzmenka, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Facharzt für Chirurgie, tätig im Kantonsspital Uri, 6460 Altdorf

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich begründet an den Vorstand der Ärztegesellschaft Uri eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuche und allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft Zug

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Zug als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Nicolai Berardi, Praktischer Arzt, Turmstrasse 18, 6312 Steinhausen

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Communications

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur

Examens intermédiaires 2025 – Anatomie et voies d'abord chirurgicales

Dates

Jeudi et vendredi 13 / 14 mars 2025 (date de réserve 15 mars 2025). Les candidats sont priés de se rendre disponibles également pour la date de réserve.

Lieu

SFITS (Swiss Foundation For Innovation And Training In Surgery)
Hôpitaux Universitaires, Genève

Délai d'inscription

30 novembre 2024

Vous trouverez de plus amples informations sur le [site web de l'ISFM](#).

Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée à adjoindre au titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie

2^{ème} partie orale

Date

Vendredi 2 mai 2025

Lieu

Hôpital de psychiatrie de l'âge avancé
Site de Cery
1008 Prilly

Délai d'inscription

28 février 2025 (date du timbre postal)

Vous trouverez de plus amples informations sur le [site web de l'ISFM](#).

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en ophtalmologie

Date

Vendredi 16 mai 2025

Lieu

Congress Kursaal, Interlaken

Délai d'inscription

Du 1^{er} octobre au 1^{er} décembre 2024

Vous trouverez de plus amples informations sur le [site web de l'ISFM](#).