

Soins médicaux de base dans les établissements médico-sociaux

10 mesures *Autrefois lieux de vie pour personnes âgées, les établissements médicaux-sociaux se transforment peu à peu en institutions fournissant les soins médicaux de base à une frange particulièrement vulnérable de la population. Voyant que ces prestations risquent de ne plus pouvoir être fournies conformément aux exigences légales et éthiques, la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM a rédigé une prise de position sur cette problématique.*

Klaus Bally

PD em. Dr méd., Centre universitaire de médecine de premier recours des deux Bâle, membre de la Commission Centrale d'Éthique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) jusqu'en 2024

Manya J. Hendriks

Dr sc. méd., Responsable de projet, ressort Éthique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

Les résidentes et résidents d'établissements médico-sociaux (EMS) sont des membres particulièrement fragiles de notre société, à cause de leur vulnérabilité, d'une capacité de discernement souvent limitée et de leur situation de vie dans une institution. 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. Les soins médicaux de base des résidentes et résidents sont majoritairement assurés par le personnel soignant des EMS, au besoin en collaboration avec les médecins de famille qui effectuent des visites sur place. Dans les régions rurales, il y a aujourd'hui déjà un manque de médecins de premier recours. En ville aussi, cela devient de plus en plus difficile de trouver des médecins de famille pour s'occuper des personnes vivant dans les EMS. On observe de surcroît une baisse générale de leur disposition à effectuer des visites à domicile ou dans les foyers.¹ Le nombre comparativement restreint d'Advanced Practice Nurses (APN) travaillant dans des EMS ne peut à ce jour pas suffire pour combler ce manque. Étant donnée l'évolution démographique actuelle et la pénurie croissante de médecins et de personnel infirmier, il est à craindre que les soins médicaux de base ne soient plus dispensés de manière appropriée dans ces lieux.

En situation de pandémie, il est apparu clairement que les directions d'EMS ont besoin des médecins, non seulement pour

assurer le suivi médical particulier des résidentes et des résidents, mais aussi pour les conseiller et les aider. La demande concerne notamment le contrôle de l'infection, la gestion des médicaments, la garantie d'un service d'urgence, l'élaboration de directives et de concepts, ainsi que la formation continue du personnel.

La Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) constate qu'il est urgent d'intervenir pour améliorer la qualité et la disponibilité des soins médicaux de base dans les EMS, dès maintenant et sur la durée. Dans sa prise de position, soutenue par la FMH et l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), la CCE recommande de prendre 10 mesures, afin de soutenir les

La CCE demande à toutes les parties prenantes – personnel de santé, mais aussi Confédération, cantons et communes – de fournir un grand effort commun pour garantir des soins médicaux de base adéquats dans les EMS.

EMS dans leur travail exigeant. Les mesures s'adressent aux organisations responsables d'EMS, aux associations et directions d'EMS, à la FMH et aux organisations de médecins affiliées, ainsi qu'aux associations professionnelles d'autres corps de métiers actifs dans les EMS, mais aussi et surtout aux cantons et aux communes en tant qu'organes de surveillance des EMS, aux établissements de formation nationaux et canto-

naux, aux partenaires tarifaires, ainsi qu'à la Confédération et aux responsables politiques.

Mesures en faveur des soins médicaux de base dans les EMS

La CCE recommande de prendre 10 mesures (décrites ici de manière résumée) :

1. **Des structures et des conventions pour assurer les prestations et régler les collaborations** doivent être mise en place, en se basant sur des modèles ayant fait leurs preuves dans certains cantons. Elles doivent permettre la collaboration de la médecin ou du médecin responsable des tâches médicales d'ordre général avec toutes et tous les médecins et spécialistes d'autres professions de santé travaillant dans l'EMS. Les conventions doivent être rédigées de manière à garantir le maintien du libre choix de la ou du médecin, lorsqu'aucune raison majeure ne le contraindique.
2. **Une expertise en gériatrie, en gérontopsychiatrie ainsi qu'en médecine palliative** est indispensable dans les EMS. Il n'est toutefois pas attendu des médecins de famille qu'elles ou ils se spécialisent dans ces domaines. Il est en revanche recommandé de recourir aux services de spécialistes disponibles dans la région.
3. Les institutions doivent pouvoir bénéficier **d'un conseil éthique**, que ce soit par l'intermédiaire d'un service de conseil en éthique ou d'une personne formée en la matière, en fonction des disponibilités régionales.
4. **L'échange électronique des données, conforme aux standards actuels**, entre les EMS et tout le personnel médical, y compris des services d'urgence, doit être garanti pour assurer la sécurité de la prise en charge. Cela nécessite une interopérabilité technique et sémantique des systèmes électroniques et des dossiers patients.
5. **Une rétribution adéquate des tâches médicales d'ordre général**, c'est-à-dire non liées à une résidente ou à un résident en particulier, doit être assurée.
6. **Une structure tarifaire adaptée** doit être introduite. TARMED doit être rapidement remplacé par TARDOC, développé ces dernières années. Cette structure tarifaire doit permettre aux médecins de facturer les visites dans les EMS, y compris les discussions avec les proches ou à propos du projet de soins anticipé, les travaux de coordination, ainsi que les soins palliatifs dispensés aux personnes en fin de vie.
7. Afin de **garantir les soins médicaux de base**, davantage de places de formation de base et de formation post-graduée sont nécessaires. De surcroît, exercer la fonction de médecin de famille ou d'EMS doit devenir plus attractif.
8. Il convient de proposer **l'option supplémentaire «soins de longue durée» dans les filières de master avec la**

spécialisation en APN. Ainsi, davantage d'APN seront en mesure de prendre en charge certaines tâches médicales de base dans les EMS, en coopération avec une ou un médecin. Les structures tarifaires doivent être conçues de manière à ce que ce type d'interventions soient aussi facturables.

9. **La collaboration interprofessionnelle** au quotidien dans les EMS doit être favorisée, par exemple sous la forme de visites et de discussions interprofessionnelles. Des espaces facilitant des échanges réguliers entre les personnes des différents corps de métiers actifs dans les EMS doivent être créés. Là aussi, la nécessité de ces échanges interprofessionnels doit se refléter dans les tarifs.
10. **La recherche sur les services de santé** doit s'intensifier dans le domaine de la médecine de famille, de la médecine gériatrique et des soins palliatifs en gériatrie.

Mise en pratique des mesures

La CCE recommande ces 10 mesures, car elle s'inquiète de l'éventualité que des résidentes et résidents d'EMS ne bénéficient pas des soins médicaux de base. Elle est pourtant convaincue que les principes éthiques d'autonomie, d'assistance, de non-malfaisance et d'égalité envers les personnes âgées doivent être respectés dans ce domaine. La CCE est consciente qu'en fonction des structures régionales existantes, la mise en pratique de ces mesures peut se révéler difficile. Le fait que des personnes résidant dans un EMS ne reçoivent pas les soins médicaux requis ne peut cependant pas être simplement admis. Il est légitime d'attendre que toutes les parties prenantes – personnel de santé, mais aussi Confédération, cantons et communes – fournissent un grand effort commun pour que cette frange particulièrement vulnérable de notre société soit traitée de manière adéquate. L'évolution démographique attendue dans notre pays doit d'autant plus motiver cet effort. Les propositions concrètes sur la manière d'appliquer ces mesures, comme celles de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie,² sont tout particulièrement saluées.

Par cette prise de position, la CCE souhaite soutenir les EMS dans leur travail exigeant, ainsi que, sur le plan macro-éthique, contribuer à favoriser la reconnaissance et l'estime de la société envers les personnes âgées fragiles.

La version complète de la prise de position est disponible en français et en allemand sur le site web de l'ASSM: assm.ch/prises-de-position

*Adresse de correspondance
ethics@samw.ch*

1 Neuner-Jehle S, Graber SM, Keizer E et al. Time trends in general practitioners' home visits for older patients: a retrospective cross-sectional study from Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2021;14:151.

2 Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie. Netzwerk Long Term Care. Positionspapier: Verbesserung der medizinischen Versorgung in Langzeitinstitutionen. 2024; sfgg.ch/news