

Rapport d'accompagnement relatif au projet d'examen professionnel avec brevet fédéral pour coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire

22 Novembre 2012

Sommaire	Page
AUTEURS DU RAPPORT D'ACCOMPAGNEMENT	3
ABRÉVIATIONS	3
1.1 Introduction	4
1.2 Fondements juridiques et exigences requises	4
1.3 Présentation générale: profession d'assistante médicale	5
1.4 Formation continue à des fins professionnelles dans la branche	6
1.5 Besoin des AM en activité d'obtenir un diplôme supérieur reconnu et d'améliorer leur mobilité professionnelle	7
2.1 La formation dans le contexte de la politique de santé	8
2.2 Environnement du marché de l'emploi	11
2.3 Besoin en personnel d'encadrement administratif en cabinet médical	12
2.4 Besoin en personnel de conseil dans la prise en charge des maladies chroniques	13
2.5 Problématique de l'indemnisation des prestations de conseil par les assureurs	13
2.6 Travail indépendant ou sous sa propre responsabilité	14
3.1 Organe responsable du projet et de l'examen professionnel	15
3.2 Organisation des travaux de projet	16
3.3 Mission de relations publiques de l'organe responsable	16
3.4 Rôle de l'OdASanté	17
4.1 Profil de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire avec orientation clinique	17
4.2 Profil de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire avec orientation administrative	19
4.3 Deux profils professionnels, deux orientations	21
4.4 Niveau de formation et transition vers la formation initiale AM	21
4.5 Délimitation par rapport à d'autres professions du secteur de la santé	23
4.6 Dénomination de la profession	24
5.1 Formation modulaire	25
5.2 Modules du domaine clinique	26
5.3 Modules du domaine administratif	27
5.4 Evolution future du système modulaire	28
5.5 Prestataires de modules	29
5.6 Durée et coût de la formation	29
6.1 Admission à l'examen professionnel	30
6.2 Modules obligatoires et modules à choix	30
6.3 Contrôle d'équivalence d'autres qualifications professionnelles et systèmes de formation	31
6.4 Conseil aux études	32
6.5 Structure de l'examen	33
6.6 Procédures administratives	33
6.7 Gestion des recours	34
6.8 Emoluments pour les candidat(es) et les prestataires de formation	34
6.9 Aperçu du dispositif réglementaire	34

Auteurs du rapport d'accompagnement

Maître Bruno Gutknecht, Administrateur Ortramed formation d'assistante médicale
Dr. Emil Schalch, Past-Präsident Ortramed formation d'assistante médicale
Clemens Simpson, Co-président de la QSC Ortramed formation d'assistante médicale

Abréviations

AGAM	Association Genevoise des Assistantes Médicales
AM	Assistante médicale
ARAM	Association Romande des Assistantes Médicales
ATAM	Associazione Ticinese Assistenti di Studio Medico
OFSP	Office fédéral de la Santé Publique
LFPr	Loi fédéral sur la formation professionnelle du 13 décembre 2002
SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation professionnelle, à la recherche et à l'innovation
OFPr	Ordonnance sur la formation professionnelle du 19 novembre 2003
OFIAMT	Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail
OFFT	Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie
BMPA	Berufsverband Medizinischer Praxis-Assistentinnen
BSMPA	Bund Schweizer Verbände Medizinischer Praxis-Assistentinnen
DFMS	Diplôme de la Fédération des médecins Suisse
DFI	Département fédéral de l'intérieur
CFC	Certificat fédéral de capacité
FMH	Fédération des médecins helvétique
MFE	Association des Médecins de famille Suisse
Ortra	Organisation du monde de travail
QSC	Commission de Qualité de l'Ortramed de la formation professionnelle des assistantes médicales
CSFO	Centre Suisse de services formation professionnelle
CRS	Croix Rouge Suisse
SVA	Association Suisse des assistantes médicales
FSAS	Fédération Suisse des associations professionnelles du domaine de la Santé
SVMB	Association Suisse des écoles des professions médicales
TARMED	Tarif uniforme pour les prestations médicales au cabinet médical et du domaine hospitalier ambulatoire

1.1 Introduction

Au terme de cinq années de travaux préparatoires, l'OrTra de la formation professionnelle des assistantes médicales soumet au SEFRI le projet de règlement de l'examen professionnel avec brevet fédéral pour coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire. A l'origine, l'intention était de créer une fonction d'encadrement pour la médecine ambulatoire qui devait inclure aussi bien des compétences administratives et organisationnelles approfondies qu'autoriser le conseil indépendant des patients longue durée, en complément de l'activité du médecin. La première dénomination provisoire de cette double fonction fut « responsable de gestion du cabinet médical ».

Durant les travaux préparatoires, les discussions internes à l'association et publiques concernant l'orientation future de la médecine ambulatoire, notamment de la médecine de famille, ont fait naître la conviction que l'assistante médicale allait se voir attribuer un rôle spécifique supplémentaire. De nouveaux modèles de soins en médecine ambulatoire s'orienteront notamment sur la nécessité de conseiller et de former les patients en relation avec leurs maladies, majoritairement chroniques, afin de les tenir à l'écart le plus longtemps possible de soins ambulatoires intensifs, mais surtout stationnaires.

Ce rôle supplémentaire a conduit la direction du projet à prévoir deux orientations spécialisées, l'une clinique et l'autre administrative. Cette décision n'a pas complètement remis en cause l'ensemble des travaux, mais a entraîné une vaste réorganisation et refonte des résultats obtenus jusque-là. L'évolution des débats politiques jusqu'à l'agenda du chef du DFI sur la médecine de famille confirme que la décision de réorienter le projet était judicieux.

1.2 Fondements juridiques et exigences requises

Le projet de règlement d'examen soumis à l'approbation du SEFRI répond aux exigences en matière de formation professionnelle conformément aux art. 26-28 LFPr et aux art. 24-25 OFPr. Le rapport d'accompagnement atteste en particulier:

- de l'existence d'un intérêt public;
- de l'absence de conflit avec la politique de formation ou un autre intérêt public;
- de la possibilité de l'organe responsable de garantir une offre à long terme sur l'ensemble du territoire suisse;
- du contenu de l'examen qui se fonde sur les qualifications nécessaires à ces activités professionnelles;
- de la clarté du titre proposé, sans équivoque se distinguant d'autres titres.

1.3 Présentation générale: profession d'assistante médicale

Durant la première moitié du 20ème siècle, les premières assistantes médicales ont fait leur apparition dans les cabinets médicaux. La plupart du temps, il s'agissait de l'épouse du médecin qui s'initiait au fonctionnement du cabinet, à une époque où la charge administrative était encore simple et qui assistait son mari lors des consultations. Les premières écoles privées d'assistantes médicales à proposer une formation sanctionnée par un diplôme firent leur apparition dans les années 50.

Au début des années 70, la FMH édicta un premier règlement de formation et d'examen uniforme à l'échelle de la Suisse pour les formations privées (à l'exception du canton de Genève). Les écoles avaient l'obligation de se faire reconnaître et agréer par un organe de surveillance de la FMH afin de pouvoir délivrer aux étudiantes le diplôme de la Fédération des médecins suisses (DFMS). A cette époque, il existait deux cursus : un apprentissage de trois ans avec enseignement en école professionnelle en cours de formation – proposé alors par une seule école privée – ou une formation de deux ans et demi avec trois semestres d'enseignement, suivis d'une année de stage en cabinet médical.

Généralement financés par les élèves ou leurs parents, les coûts élevés des formations privées (environ CHF 20'000 pour trois semestres y compris les révisions et préparations précédant les examens de diplôme) ont incité les associations d'assistantes médicales à demander, dès les années 80, des modèles de financement puis de reconnaissance de droit public.

La solution logique aurait été l'intégration de cette profession au sein de la Croix-Rouge ?

Mais cette dernière refusa de s'engager, estimant que le travail avec les patients n'était qu'une partie de l'activité de l'assistante médicale et que les tâches administratives en représentaient près d'un tiers. Selon elle, il ne s'agissait pas d'une profession de la santé à proprement parler entrant dans la sphère de compétences des cantons et donc de la CRS. Comme les parties ne parvinrent pas à se mettre d'accord sur l'élaboration des modèles de financement, l'ex-OFIAMT se déclara disposée à prendre en main la réglementation sur la base du droit fédéral relatif à la formation professionnelle.

Le 01.01.1995, le premier règlement de formation et d'examen de droit public entra en vigueur sous la dénomination professionnelle d'«Assistant/e médical/e qualifié/e» (rapidement abrégée AM dans la branche). Un apprentissage de trois ans fut instauré selon le système dual de formation professionnelle. Une fois que les contenus de la formation, largement inspirés de la réglementation des diplômes DFMS de droit privé, furent intégrés dans le nouveau règlement, des dispositions transitoires décidèrent que le diplôme d'assistante médicale DFMS soit reconnu au même titre que celui d'assistante médicale qualifiée au regard de la Loi sur la formation professionnelle.

Dans la plupart des cantons, la formation en école professionnelle et l'organisation des cours d'introduction ont été confiées aux écoles d'assistantes médicales privées et, dans certains cas, publiques. Dans les cantons de St-Gall, Vaud et Zurich, la formation en école

avec trois semestres en école, puis une année de stage et enfin un semestre de révisions avant l'EFA (examen de fin d'apprentissage) a été maintenue parallèlement au système dual de formation.

Suite au transfert des règlements de formation et d'examens dans la nouvelle loi fédérale sur la formation professionnelle de 2002, l'Ordonnance sur la formation «assistante médicale CFC/assistant médical CFC»¹ est entrée en vigueur le 1.1.2010.

Des orientations supplémentaires, notamment sur la communication et le conseil aux patients, ont été mises en place dans un plan de formation² entièrement restructuré. Les premières procédures de qualification (EFA) selon la nouvelle Ordonnance auront lieu en 2013.

1.4 Formation continue à des fins professionnelles dans la branche

La formation continue et complémentaire pour les assistantes médicales³ est traditionnellement organisée par les associations d'AM et leurs sections régionales. Celles-ci proposent à leurs membres une vaste palette de cours intéressants et axés sur la pratique. Les écoles professionnelles d'AM offrant une formation initiale proposent aux personnes qui reviennent sur le marché du travail ou qui ont changé d'orientation professionnelle une formation de réinsertion au travail en cabinet médical, ainsi que des formations complémentaires – parfois en partenariat avec des associations d'AM. Ces dernières années, d'autres prestataires de formation sont entrés en lice, comme les hautes écoles spécialisées ainsi que des entreprises actives dans les domaines du diagnostic, (tels les fournisseurs en dispositifs médicaux, de la pharmacie ou des services de système de facturation. Les associations d'AM ont également noué des partenariats de formation au cas par cas avec ces nouveaux intervenants.

Avec un séminaire sur le diabète pour l'une et un cursus de gestion commerciale pour l'autre, la SVA et le SVMB élaborèrent dans les années 2000 les premières offres de formation complémentaire permettant aux participantes d'acquérir des compétences supplémentaires dans le domaine du conseil aux patients et d'exercer des fonctions de cadre dans la gestion du cabinet. A cette époque, l'intention était déjà de regrouper ultérieurement ces formations et celles à venir au sein d'un cursus ou d'une formation modulaire de la formation professionnelle supérieure.

Les AM financent elles-mêmes l'essentiel de leur activité de formation continue et complémentaire. Elles peuvent être soutenues par l'association organisatrice de la

¹ Ordonnance sur la formation professionnelle initiale d'assistante médicale/assistant médical avec certificat fédéral de capacité (CFC) du 8 juillet 2009; RS 412.101.221.07.

² Plan de formation de l'Ordonnance sur la formation professionnelle initiale d'assistante médicale/assistant médical (n° 86910) du 8 juillet 2009, modifié le 1er septembre 2012.

³ Malgré la dénomination générale employée dans la loi sur la formation professionnelle de 2002 (formation continue à des fins professionnelles), les associations d'AM maintiennent la distinction entre formation continue et complémentaire (formation continue: maintien à niveau des compétences professionnelles acquises à la fin de la formation initiale; formation complémentaire: acquisition d'un niveau de formation et de compétences supérieur).

formation dont elles sont membres, par le biais de rabais ou de cours gratuits, ainsi que par leurs employeurs⁴. Depuis 2008, le sous-projet «fonds pour la formation professionnelle», qui s'inscrit dans le projet de l'examen professionnel pour coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire, est en attente de décision, mais n'est jusqu'à présent pas une priorité pour la FMH, malgré des besoins de financement clairement identifiés dans la formation continue et complémentaire⁵.

1.5 Besoin des AM en activité d'obtenir un diplôme supérieur reconnu et d'améliorer leur mobilité professionnelle

Depuis le début de sa réglementation de droit privé, puis public, la profession d'assistante médicale manque de perspectives de carrière professionnelle.

L'activité en cabinet médical se déroule sous la responsabilité du médecin, elle demeure subalterne et limitée à des tâches d'assistance. Tout travail sous leur propre responsabilité est également exclu dans les domaines où les AM disposent de davantage de compétences que le médecin en raison de leur formation spécifique (p. ex. en laboratoire). A l'exception du canton de Genève, les lois cantonales sur la santé ne prévoient pas d'autorisation d'exercer pour les assistantes médicales qui leur permettrait, au plan légal, de pratiquer des activités sous leur propre responsabilité en dehors de la surveillance directe et de la responsabilité du médecin.

En revanche, une formation complémentaire réglementée au degré tertiaire permettrait de promouvoir la mobilité professionnelle. Avant l'intégration des professions CRS dans un règlement étatique, les AM souhaitant effectuer une autre profession de la santé, étaient contraintes d'effectuer la totalité de leur nouvelle formation, sans prise en compte de leurs acquis.

Avec l'insertion actuelle des professions de la santé dans le niveau tertiaire, l'accès à d'autres professions pour l'AM s'est transformé en ascension dans la hiérarchie des formations. Ces formations, qui se situent désormais au niveau des hautes écoles spécialisées, ne sont plus accessibles aux diplômées CFC qu'après obtention de la maturité professionnelle. D'après le nouveau droit de la formation professionnelle, l'accès à l'école de maturité professionnelle - en cours de formation - est théoriquement ouvert à toutes les apprenties présentant les capacités requises. Mais de nombreux cabinets se montrent peu enthousiastes concernant la fréquentation par leurs apprenties d'une école de maturité professionnelle car cela suppose une présence réduite au cabinet médical. De plus, une titulaire d'une maturité professionnelle a de grandes chances de ne plus travailler dans un cabinet médical. Tant que les médecins ne proposeront une activité de formation et des places d'apprentissage que dans le but de former de futures

⁴ Pour les assistantes médicales qui suivent des modules de formation complémentaire, certains employeurs prennent en charge les coûts de formation ou accordent le temps libre nécessaire pour se rendre aux cours.

⁵ Rapport d'accompagnement relatif au projet de règlement sur le fonds de formation professionnelle de l'OrTra de la formation des assistantes médicales sur www.odamed.ch (rubrique financement).

AM pour leur cabinet, ils seront peu disposés à laisser les apprenties fréquenter l'école de maturité professionnelle.

2.1 La formation dans le contexte de la politique de santé

Les facteurs suivants ont déterminé l'orientation clinique du cursus de formation de la coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire :

- L'avenir de la politique de santé mondiale sera placé sous le signe des maladies chroniques: d'après l'OMS, au moins 60% des maladies seront de nature chronique⁶ d'ici 2020 et l'explosion des coûts que cette situation va engendrer exercera une pression croissante sur des systèmes de soins déjà trop sollicités (50-80% des dépenses de santé !).⁷
- La Suisse manque de médecins de famille : d'après l'Obsan, 40% des consultations de soins ambulatoires de base pourraient ne plus être couvertes d'ici 2030⁸.
- Le système de santé actuellement orienté sur les soins aigus est de moins en moins adapté aux besoins des malades chroniques⁹. La comorbidité et la multimorbidité ne sont pas encore suffisamment prises en compte¹⁰.
- En raison des conditions de travail des médecins de premier recours, le nombre de cabinets de groupe est en augmentation⁸.

Une question essentielle se pose donc concernant le système de santé suisse: comment améliorer le traitement des patients multimorbides et malades chroniques alors que le nombre de médecins de famille est insuffisant et que la médecine de premier recours devrait malgré tout conserver la gestion des soins de base⁸?

L'une des réponses est le «Chronic Care Management» ou prise en charge des soins chroniques: un modèle de soins basé sur la médecine de premier recours avec un personnel non-médecin, spécialement formé et des outils de travail intelligents, directement inspirés du Chronic Care Model de Wagner¹¹. Le Danemark, l'Allemagne, l'Angleterre, la France, l'Irlande, l'Italie, l'Ecosse, la Suède et le Pays de Galles ont également opté pour une politique largement basée sur ce modèle, mais suivent chacun des approches très distinctes. En revanche, tous ont en commun l'ancrage de la gestion de la santé au niveau de la fourniture de prestations ainsi que le recours à du personnel

⁶ Prévention des maladies chroniques : un investissement vital. Rapport mondial de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

⁷ Suhrcke M et al. Chronic disease : An economic perspective. London, Oxford Health Alliance, 2006.

⁸ Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours : rapport du Conseil fédéral du 23.11.2011.

⁹ Pruitt S, Epping-Jordan JA, Díaz JMF, Khan M, Kisa A, Klapow J et al. Des soins novateurs pour les affections chroniques: éléments constitutifs. Rapport mondial de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

¹⁰ Boy d, C.M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L.P., Boulton, L., Wu. A.W. (2005): Clinical practice guidelines and quality of care for older patient with multiple comorbid disease. Implications for pay for performance, in: JAMA, 294, p. 716-724.

¹¹ Wagner, E.H., Austin, B.T., von Korff, M. (1996), Wagner, E.H. (1998), Wagner, E.H., et. al (2001) et Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. (2002a et b).

spécialisé non-médecin, majoritairement issu du système de soins spécifique du pays. Celui-ci a appris à en connaître le fonctionnement au fil de son expérience¹².

La performance et l'efficacité en termes de coûts du modèle de soins chroniques ne sont plus à prouver¹³ et il est également démontré qu'un personnel médical spécialisé ne faisant pas partie du corps des médecins peut jouer un rôle important dans sa mise en œuvre¹⁴. En Suisse, la réorganisation nécessaire du système de soins, avec les maladies chroniques du futur, attribuera certainement un rôle central aux AM. Celles-ci connaissent les soins ambulatoires de notre pays, non seulement grâce à leur expérience quotidienne, mais également parce qu'elles apportent une contribution essentielle au fonctionnement des soins de base et à la sacro-sainte efficacité en termes de coûts dans le cadre de leur sphère d'activité actuelle. L'exigence de la communauté des médecins de pouvoir relever le défi des malades chroniques avec des AM disposant d'une formation complémentaire spécifique n'est pas un hasard¹⁵.

Les enseignements du processus de réforme de la nouvelle ordonnance sur la formation des AM démontrent que la compétence des AM dans les soins ambulatoires de notre pays tient essentiellement au fait qu'elles sont précisément formées durant leur apprentissage pour ce qu'elles sont amenées à faire chaque jour en pratique dans le cadre de ces soins ambulatoires – ni plus, ni moins! Les cabinets médicaux ont ainsi à disposition des professionnelles qui possèdent de bonnes connaissances dans l'administration et l'utilisation des techniques médicales, mais également dans la prise en charge pratique et les soins des patients ambulatoires. En outre, les AM sont généralement polyvalentes et résistantes.

Pour les soins médicaux ambulatoires, elles disposent d'une solide compétence méthodologique et possèdent les capacités cognitives nécessaires pour cerner les problèmes et prendre une décision dans différentes situations.

Leur compétence sociale leur permet d'organiser et de réaliser des interactions sociales en toute autonomie. Au niveau de leurs compétences personnelles, elles présentent des aptitudes élevées pour la communication et le travail en équipe et montrent un vif intérêt à participer activement au fonctionnement du cabinet, doublé d'un sens de l'initiative personnelle. C'est précisément ce qui explique pourquoi les AM sont depuis peu employées dans les services de soins ambulatoires hospitaliers à la place des infirmières.

Dans ce contexte, les experts en formation, par ailleurs les mêmes qui avaient réformé la formation initiale des AM, ont décidé que la formation complémentaire des AM se fonderait sur le modèle dual de formation avec des contenus adaptés à l'intervention pratique au sein du modèle de prise en charge des maladies chroniques. Une

¹² Singh, D. Comment mettre en œuvre des modèles de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins? Synthèse. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

¹³ Pearson ML et al. Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives, Health Services Research, 2005, 40:978–996.

¹⁴ p.ex. Gensichen J. et al. (2009), Rosemann T. et al. (2005).

¹⁵ Rupp, S. MFE-Inside, rapport de la séance du comité du 23.8.2012. PrimaryCare 2012;12: N°18 p. 346.

académisation, et donc une théorisation de la formation complémentaire des AM, ont été considérées comme contre-productives, notamment parce que des résultats¹⁶, issus de la recherche sur les soins médicaux, ont démontré que l'amélioration du modèle de prise en charge des maladies chroniques ne passait pas par des éléments isolés, mais par une réorganisation du système de prestation des soins, ainsi que par l'encouragement pour le patient de participer activement à sa guérison. Aux Etats-Unis, l'organisation RAND a procédé à une évaluation formelle du modèle de prise en charge des maladies chroniques auprès d'une quarantaine d'organisations. Quatre composantes présentant la probabilité la plus élevée de changements durables ont été identifiées : organisation de l'équipe du cabinet, prise de décision en commun avec les malades chroniques, encouragement des prestataires à participer aux initiatives d'amélioration et méthodes d'information aux patients plus complètes. Les maîtres-mots de ces quatre composantes sont communication, participation et engagement – soit toutes les compétences de base acquises par les AM durant leur formation professionnelle initiale.

La formation complémentaire de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire peut donc reposer sur des bases solides et se limiter à l'enseignement des éléments indispensables et applicables du modèle de prise en charge des maladies chroniques (comme indiqué plus haut). Ces contenus peuvent être enseignés sans problème dans deux modules de base, comme l'a démontré le processus d'élaboration des contenus d'enseignement en collaboration avec des spécialistes de l'institut de la médecine de premier recours de l'université de Zurich. La formation spécifique concernant le traitement des différentes maladies chroniques se base sur les concepts de prévention mis au point par les grands noms du système de santé suisse comme la Fondation suisse de Cardiologie, la Ligue pulmonaire et la Ligue suisse contre le rhumatisme et adaptés par ceux-ci au modèle de soins chroniques. Ainsi, la matière peut être enseignée dans le cadre d'un module. Une question méprisante telle que «une AM sait-elle faire cela?» n'a ainsi plus lieu d'être.

Cette réflexion a été intégrée dans le projet Futuro¹⁷, une tentative sérieuse d'introduire le modèle de prise en charge des maladies chroniques en Suisse, initiée par sept organisations de réseaux de soins intégrés (représentant 1000 médecins de premier recours) et cinq grandes caisses-maladie. Le projet fait des coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire la pièce maîtresse du concept de soins chroniques au sein de l'équipe médicale et comprend également un modèle d'indemnisation des prestations des coordinatrices/coordonateurs.

Bien que le projet ait récemment connu un revers, c'est un concept très solide qui sera donc mis en œuvre par les réseaux Meconex/Centramed dans le domaine du diabète avec – notamment – des AM qui auront validé les deux modules de base de prise en charge des maladies chroniques ainsi que le module sur le diabète.

¹⁶ Tsai AC et al. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. American Journal of Managed Care, 2005, 11:478–488.

¹⁷ Zanon U, Le programme de prise en charge Futuro, PrimaryCare 2011;11: n°1, 7/8.

Si l'on se réfère à ce qui précède, le système de santé suisse n'est pas prêt à régler son avenir «chronique». La nécessité de prendre en charge les malades chroniques dans le cadre des soins de base et de créer les ressources nécessaires à cet effet est incontestable. Si l'on ne veut pas gripper le système tout entier avec de nouvelles directives dont on ignore si elles seront acceptées, l'Etat doit plutôt rechercher des partenaires dans le secteur des soins de base prêts à s'engager dans un modèle de prise en charge global. Les médecins de famille, notamment ceux qui sont actifs dans les réseaux de soins intégrés, y sont certes favorables, mais ils ne souhaitent, ni ne peuvent supporter seuls l'intégralité de la charge de travail. En outre, ils demandent une rétribution financière équitable de leurs nouvelles tâches, autrement dit leur inscription dans le tarif TARMED¹⁸(voir à ce sujet ch. 2.5).

Outre les coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire à orientation clinique, les Advanced Nurse Practitioners titulaires d'un master peuvent également venir en aide aux médecins de famille. Ces dernières peuvent procéder à l'anamnèse, effectuer un examen médical, prescrire des examens en laboratoire et des médicaments. Elles savent identifier les besoins de soins, initier les soins et reconnaître des situations d'urgence¹⁹. Toutefois, si l'on met en avant non pas la pénurie de médecins, mais la nécessité d'orienter notre système de santé vers une meilleure prise en charge des maladies chroniques, la variante avec les coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire présente de nombreux avantages²⁰. Parmi ceux-ci : le rapport coût/efficacité, l'acceptation par la communauté des médecins et l'accent sur l'utilisation pratique dans le modèle de prise en charge des maladies chroniques pourraient être décisifs.

2.2 Environnement du marché de l'emploi

Les besoins en personnel d'encadrement administratif et de conseil pour la prise en charge des maladies chroniques, et donc en titulaires de l'examen professionnel proposé, seront abordés aux chapitres 2.3 et 2.4. Le marché de l'emploi des assistantes médicales, y compris des cadres actuellement recrutés, peut être qualifié d'asséché. Sur la plateforme en ligne www.praxisstellen.ch leader de la branche, 109 postes étaient ouverts dans le canton de Zurich le 24 septembre 2012. La situation générale du marché de l'emploi des AM est notamment la conséquence du nombre décroissant des titulaires d'un diplôme de formation initiale, qui n'a jamais pu être entièrement compensé depuis le passage de la formation privée à la formation publique au milieu des années 90. En chiffres, il manque actuellement à l'échelle de la Suisse environ 150 diplômes de fin d'apprentissage par an. Il ne s'agit pas d'une marque de désintérêt de la part des étudiantes pour la profession d'assistante médicale – la demande en places d'apprentissage dépasse l'offre – mais du manque de motivation de la part des nombreux prestataires de formation en entreprise (maîtres d'apprentissage) pour créer de nouvelles places d'apprentissage.

¹⁸Initiative populaire fédérale «Oui à la médecine de famille»: quels sont les objectifs concrets de l'initiative populaire? (<http://www.jzh.ch/fr/initiative/nos-revendications/> consulté le 12.10.2012).

¹⁹Spirig R. Nurse Practitioner, Medizinische Praxiskoordinatorin – oder Best Practice für Patienten? BMS 2012; 93:295-297.

²⁰Schalch E. Nurse practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin? Bulletin des médecins suisses. 2011;92(43):1665-7.

Après quelques années d'activité professionnelle en cabinet médical, une partie des AM change de profession. Les raisons invoquées sont des horaires de travail mieux réglementés, sans services d'urgence les week-ends, sans heures supplémentaires ou imprévus (p. ex. pour les cas d'urgence au cabinet médical) et des possibilités d'évolution professionnelle avec un meilleur salaire. Cette désertion de la profession observée depuis plusieurs années renforce la pénurie des effectifs, provoquée par le manque de places d'apprentissage. Le réservoir des femmes reprenant une activité professionnelle après quelques années de pause est depuis longtemps épuisé.

Les propriétaires de cabinets médicaux estiment que la création de la profession de coordinatrice/coordonateurs en médecine ambulatoire ne décrisera pas le marché de l'emploi des AM et que cela ne peut pas non plus être l'objectif premier du souhait de réglementation. En revanche, un nouveau réservoir de professionnelles très qualifiées dans les cabinets médicaux peut avoir tendance à augmenter la volonté de proposer des formations initiales. La nouvelle possibilité d'accéder à un poste de cadre ou à la fonction de prestataire de services indépendant augmente l'attrait de la profession d'AM pour les étudiantes ayant de bons, voire de très bons résultats. Elle diminue également l'attrait d'autres professions où les possibilités de carrière sont plus clairement tracées ou du moins existent. Les AM et coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire auront ainsi tendance à poursuivre leur activité en cabinet médical.

2.3 Besoin en personnel d'encadrement administratif en cabinet médical

Selon la statistique médicale 2011 de la FMH²¹, 61,9% des médecins exercent en cabinet individuel et 38,1% en cabinet de groupe à deux médecins ou plus. En moyenne, 49,9% des médecins sont affiliés à un réseau de médecins. La tendance à la hausse des années précédentes devrait se poursuivre dans la mesure où l'abandon progressif des cabinets individuels au profit de communautés et cabinets de groupe correspond aux modèles de travail du futur dans le cadre des réseaux de soins intégrés. La spécialisation croissante de la médecine et les innovations – génératrices de coûts élevés - requièrent également des adaptations dans le domaine des soins médicaux. Se regrouper au sein de réseaux peut permettre aux médecins de mieux relever ces nouveaux défis.

Les cabinets médicaux importants, ainsi que les structures en réseaux, demandent de nouvelles formes d'organisation, alors que les équipes d'AM nombreuses exigent une prise en charge de leur gestion par des cadres de niveau non universitaire. La demande de formations offertes depuis quelques années en gestion de cabinet, gestion du personnel et comptabilité est en forte croissance.

La spécialisation de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire avec orientation administrative n'est pas la priorité des prochaines décisions politiques. Elle est pourtant la conséquence de la situation actuelle de la politique de santé avec la baisse

²¹ Bulletin des médecins suisses, 2012; 93: 11, 399-403.

des revenus des cabinets et des conditions toujours plus difficiles dans les soins médicaux ambulatoires. L'augmentation du nombre de cabinets de groupe qui a besoin de personnel d'encadrement disposant aussi bien d'une expérience en médecine clinique que de compétences en gestion d'entreprise va se poursuivre un certain temps avec le départ à la retraite imminent de nombreux médecins de premier recours. Le besoin en coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire avec orientation administrative est donc bien présent.

2.4 Besoin en personnel de conseil dans la prise en charge des maladies chroniques

Nous partons de l'hypothèse que si une solution est trouvée concernant les tarifs (voir ch. 2.5), la majorité des cabinets de médecine générale aura besoin de coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire, avec orientation clinique. Pour des questions de coûts, un grand nombre des quelque 6500 médecins de premier recours de Suisse, se répartira les heures d'intervention et les prestations de conseil de ces professionnelles au sein d'un nombre croissant de cabinets de groupe, ou de réseaux de médecins. Sur cette base, le marché de l'emploi aurait besoin de 100 à 200 coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire minimum par an. On ignore si le nombre d'étudiantes et les formations proposées, sessions d'examens y compris, suffiront pour répondre à cette forte demande. Face au nombre de prestataires de formation potentiels qui élaborent actuellement une offre pour les modules de base des maladies chroniques et les modules cliniques dans le conseil des patients longue durée, ou envisagent d'en élaborer une, la logistique recherchée ne portera pas sur la mise à disposition de places en nombre suffisant, mais sur l'organisation des examens.

2.5 Problématique de l'indemnisation des prestations de conseil par les assureurs

La fonction d'encadrement de la coordinatrice/le coordinateur en médecine ambulatoire administrative soutient et soulage les médecins en cabinet de groupe dans l'exercice de leurs fonctions organisationnelles, opérationnelles et administratives de chef d'entreprise. La coordinatrice en médecine ambulatoire avec orientation clinique prend par contre en charge les tâches de conseil, qui doivent aujourd'hui être effectuées en consultation, faute de personnel qualifié. D'après la structure tarifaire TARMED en vigueur, le temps que le médecin y consacre est décompté comme une prestation médicale, ce qui n'est pas le cas si c'est l'AM ou la coordinatrice/le coordinateur en médecine ambulatoire qui s'en charge.

Le regroupement en équipes dans le cadre d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques vise à réaliser des économies et à maintenir des soins médicaux abordables ; l'introduction de ces modèles ne se fait pas sans contrepartie – bien au contraire, il

nécessite des incitations financières²². Rémunérer équitablement les prestations des coordinatrices/coordonateurs ne suppose de loin pas des sommes démesurées, car ces prestations comptent parmi les moins onéreuses. Malgré tout, une solution durable et transparente concernant cette rémunération doit être trouvée afin de pouvoir établir aussi bien la contribution des coordinatrices/coordonateurs pour la prise en charge des maladies chroniques que les coûts qui en découlent. L'introduction de points tarifaires spécifiques ou une incitation financière dans le cadre d'une indemnité forfaitaire, comme le propose le projet Futuro, sont des solutions possibles. En 2011, la FMH a déposé des demandes concernant l'inclusion de positions tarifaires correspondantes pour les prestations de conseil pour la prise en charge des maladies chroniques auprès de la commission tarifaire paritaire de TARMED Suisse. Elles n'ont toujours pas été examinées.

La question de l'indemnisation n'est pas directement liée au projet d'examen professionnel pour les AM. Toutefois le succès à long terme de la nouvelle profession de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire avec orientation clinique dépend de la bonne mise en œuvre d'un modèle de soins pour les malades chroniques en Suisse qui elle-même dépend de l'existence de coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire rémunérées équitablement. Si la politique de la santé et la politique de la formation professionnelle sont ici sollicitées à parts égales, la coordinatrice/le coordonnateur en médecine ambulatoire avec orientation clinique représente, d'une part, une opportunité pour le système de santé à opérer un recentrage raisonnable concernant le risque imminent des malades chroniques.

D'autre part, elle incarne la chance longtemps espérée de créer une formation de degré tertiaire et d'ouvrir des possibilités d'ascension professionnelle dans une filière qui aura dû attendre 60 ans pour cela.

2.6 Travail indépendant ou sous sa propre responsabilité

Tout comme les AM, la coordinatrice/le coordonnateur en médecine ambulatoire agira exclusivement sous la surveillance et la responsabilité du médecin et sur mandat de ce dernier. La formation complémentaire et l'extension des compétences de la collaboratrice avec brevet fédéral ne changeront rien à cette répartition des rôles. Il n'est nullement question de chercher à faire entrer les AM ou les coordinatrices/coordonateurs dans le cercle des professions médicales qui, dans le cadre des lois cantonales sur la santé, sont personnellement responsables vis-à-vis de leurs patients et ont besoin d'une autorisation d'exercer. Ainsi, en tant qu'auxiliaire, la coordinatrice/le coordonnateur en médecine ambulatoire reste sous la protection du médecin au niveau de la responsabilité civile.

Pour la prestation de conseils fournie dans le cadre d'un modèle de rémunération équitable, la coordinatrice/le coordonnateur en médecine ambulatoire avec orientation clinique ne sera pas rétribuée en son nom propre, mais pour le compte du propriétaire du

²² Busse R. et al. Lutte contre les maladies chroniques en Europe. Stratégies, interventions et défis. Organisation mondiale de la santé sur mandat de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, Copenhague 2010.

cabinet, comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour les prestations techniques, tels les travaux de laboratoire ou les radiographies TARMED.

En revanche, l'activité professionnelle quotidienne de l'AM et encore davantage celle de la coordinatrice/le coordinateur en médecine ambulatoire – à orientation clinique ou administrative – nécessite un grand sens de l'autonomie, aussi bien dans les relations avec les patients que dans les processus organisationnels et administratifs. Ce n'est qu'ainsi qu'elle peut apporter un véritable soutien au propriétaire du cabinet dans la gestion quotidienne. Dans ses domaines d'activité classiques issus de la formation de base, comme le diagnostic au laboratoire et radiologique, elle représente dans le cabinet médical la véritable spécialiste capable de délivrer des résultats fiables, en toute autonomie, sur lesquels le médecin se basera ensuite pour poser son diagnostic.

3.1 Organe responsable du projet et de l'examen professionnel

Le partenariat initial entre la SVA et la FMH dans la phase d'évaluation de la première ébauche du projet a été complété par la création d'un groupe de travail avec des représentantes de la FSAAM et du SVMB. Les discussions autour des contenus du projet et des modèles de responsabilité qui se sont déroulées en 2007/2008 ont débouché, en avril 2008, sur la création de l'OrTra de la formation professionnelle des assistantes médicales sous la forme d'une organisation dont les membres fondateurs sont la FMH et la SVA. Par la suite, le SVMB et l'association des Médecins de famille Suisse ont rejoint l'organisation, suivie au printemps 2012 par l'ARAM.

Durant les délibérations du groupe de travail en 2007/2008, la FSAAM s'est prononcée contre le projet, rejetant aussi bien l'organisation modulaire que la participation du SVMB comme représentant des prestataires de formation privés. La fédération dit avoir travaillé à son propre projet d'examen professionnel depuis 2000. La FSAAM n'a pour l'instant pas présenté de projets concrets, que ce soit dans ses publications, ou lors de conférences.

En janvier 2010, la FSAAM a sollicité un entretien avec le SEFRI au cours duquel elle a exprimé son mécontentement vis-à-vis de sa supposée mise à l'écart, qu'elle a pourtant elle-même choisie. Suite à l'entretien mené sous la direction de la modératrice du SEFRI, il a été proposé que la FSAAM rejoigne l'OrTra, si cette dernière adaptait divers points de ses statuts. Dans le même temps, les représentants de l'OrTra devaient accepter que le SEFRI n'entre en matière sur d'autres points de la requête que si les groupements professionnels parvenaient à s'entendre. L'OrTra a donc procédé à la révision des statuts et réglé des points de détail à l'amiable avec les représentantes de la FSAAM. Lors de l'assemblée générale 2012, l'OrTra a adopté toutes les propositions de modification convenues avec la FSAAM lors de la révision des statuts, respectant ainsi sa part du contrat. Malgré cela, la FSAAM a décidé de ne finalement pas soutenir le projet et de ne pas adhérer à l'OrTra.

Le 31 décembre 2011, l'ARAM a quitté la FSAAM (qui regroupait alors l'AGAM, l'ARAM, l'ATAM et la BMPA). L'association romande s'est prononcée clairement en faveur du

projet d'examen professionnel et a annoncé son adhésion à l'OrTra début 2012. Ce projet est donc soutenu par la grande majorité des organisations professionnelles d'AM en Suisse, toutes régions linguistiques confondues. L'ARAM et la SVA membres de l'OrTra représentent environ 6700 membres, contre environ 1500 pour l'AGAM, l'ATAM et la BMPA (la FSAAM ne publie pas de statistiques officielles concernant ses membres).

En manifestant son opposition, la FSAAM a manqué l'occasion de participer de manière constructive aux travaux de la phase de projet et d'y apporter ses propositions.

Durant la phase de projet, l'organe responsable est financé par les cotisations initiales et périodiques des organisations responsables, les contributions des sponsors, des subsides publics dans le cadre du financement initial et, de manière indirecte, par les prestations de développement fournies gratuitement par diverses organisations et institutions de formation. Grâce au vaste soutien apporté à l'organe responsable par des groupements représentatifs de la branche et économiquement solides, le financement de la gestion des examens est également assuré à long terme.

3.2 Organisation des travaux de projet

Dans le cadre de sa constitution en association, l'OrTra de la formation professionnelle des assistantes médicales s'est dotée de structures qui serviront plus tard à la gestion d'un organe responsable de l'examen. Les décisions concernant le personnel et le financement de l'organe responsable sont prises lors de l'assemblée générale et en détail au sein du comité directeur. La commission d'assurance qualité (CAQ), qui se compose de représentants des organisations membres (corps médical, AM, prestataires de formation) est responsable des travaux de projet. Les compétences professionnelles des divisions médecine de famille, AM, formation et droit de la formation professionnelle y sont représentées. La Suisse romande est représentée par une doctoresse et une AM.

La CAQ a fait appel ponctuellement à un conseiller externe en formation durant les travaux de projet. Le secrétariat général apporte un soutien organisationnel et administratif au comité directeur et à la CAQ.

3.3 Mission de relations publiques de l'organe responsable

Avec le lancement des travaux de projet, l'OrTra de la formation professionnelle des assistantes médicales a initié les mesures nécessaires pour informer la branche sur les objectifs et avancées du projet, en publiant un compte rendu régulier dans les magazines des groupements membres de l'organe responsable et en créant son propre site Internet www.odamed.ch.

3.4 Rôle de l'OdASanté

L'OdASanté a été informée des procédures dès le stade initial des travaux du projet d'examen professionnel pour les AM. Par la suite, l'OrTra de la formation professionnelle des assistantes médicales l'a tenue informée de l'état d'avancement du projet par le biais d'entretiens et de documents. Ces informations ont été à chaque fois accueillies avec attention, mais sans marque d'intérêt particulière, ni retour d'information.

Ce n'est que lorsque la SVA est devenue membre de la Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS), membre fondateur de l'OdASanté jusqu'à la fin 2011, qu'il est devenu évident que l'OdASanté ne s'était jamais préoccupée de la médecine ambulatoire, ni de son personnel. Pour l'OdASanté, les AM n'existent visiblement pas, alors qu'elles sont 15 000 professionnelles en Suisse et représentent une catégorie plus importante que les assistants en soins et santé communautaires (ASSC). C'est à peine si les AM apparaissent en note de bas de page dans le Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé 2009²³. Il semble donc que pour l'OdASanté, le système de santé suisse se limiterait aux soins de santé et à certaines catégories de thérapeutes.

La nouvelle stratégie de l'OdASanté consiste à prendre la direction des projets de formation de degré tertiaire dans le domaine de la santé, à déléguer les travaux de projet aux spécialistes des branches concernées, puis à prendre en charge la responsabilité des examens. L'OrTra de la formation professionnelle des assistantes médicales n'acceptera pas, pour la suite des travaux du projet d'examen professionnel de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire, que l'OdASanté s'immisce dans les décisions de l'organe responsable. Elle demeurera cependant ouverte aux discussions – également avec d'autres partenaires éventuels – concernant les questions de limitation des champs d'activité des professions voisines et le contenu de la formation.

4.1 Profil de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire avec orientation clinique

4.1.1 Champ d'activité/groupes cible/patients

Les coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire avec orientation clinique travaillent dans un cabinet médical et sous la supervision du médecin. Ils accompagnent des personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques. Ils tiennent compte de la situation actuelle du patient et sur la base de consignes factuelles, ils planifient la prise en charge future, stimulent ses compétences d'autonomie pour ses soins et favorisent les soins prodigués par des proches. Ils s'occupent de la coordination entre les différents services (soins à domicile, transport etc.) mis à disposition par la commune et contribuent

²³ CDS et OdASanté, Rapport national sur les besoins en effectifs des professions de santé 2009

à en simplifier l'accès. En ce qui concerne les relations avec les assurances maladie et autres assurances, ils apportent leur contribution en tant que responsables de groupe dans le cadre du Case Management.

4.1.2 Compétences professionnelles et responsabilités

Les coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire avec orientation clinique

- établissent de façon autonome une première évaluation de la situation globale de patients présentant une/des maladie/s chronique/s, notamment en ce qui concerne leur état physique, psychosocial et fonctionnel, dans le but d'élaborer une planification des soins et de déterminer les objectifs à atteindre ;
- mettent à jour les données et informations du patient de façon proactive et gèrent des consultations en collaboration avec les patients, leurs familles et le médecin de famille ;
- contribuent seuls(es) et avec d'autres intervenants à l'instruction des patients atteints de maladies chroniques, afin de favoriser leur autonomie et le maintien, voire l'amélioration de leur qualité de vie ;
- établissent des plans de soins conjointement avec le patient et le médecin de famille, contribuent à la compliance du patient et garantissent le suivi des objectifs ;
- organisent et gèrent de façon autonome ou avec d'autres prestataires des consultations avec des malades chroniques dans le respect de la politique du cabinet médical et se chargent de l'organisation des divers examens à but diagnostique et de médecine spécialisée ;
- se réfèrent aux consignes factuelles selon les règlements du cabinet ;
- utilisent les systèmes d'informations cliniques et les méthodes, outils et moyens auxiliaires définis dans le système de prise en charge des maladies chroniques ;
- coordonnent les instances actives dans les efforts de prise en charge d'un patient chronique.

4.1.3 Exercice de l'activité et environnement de travail

Dans le domaine de la médecine ambulatoire, l'environnement de travail se caractérise par un écart croissant entre la demande et l'offre de consultations chez le médecin de famille ainsi que par l'augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de maladies chroniques complexes. Pour les cabinets médicaux, il en résulte une surcharge de travail à laquelle il est possible de remédier en recrutant une coordinatrice/un coordinateur en médecine ambulatoire exerçant des responsabilités dans le cadre d'une équipe.

Sous la responsabilité d'un médecin, les coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire avec orientation clinique qui disposent d'un brevet fédéral interviennent aussi bien au cabinet médical qu'au domicile des patients. Par leur travail, ils veillent à ce que les patients qui leur sont confiés pour une longue durée reçoivent toujours les informations nécessaires et les soins médicaux appropriés afin de pouvoir vivre avec leur

maladie chronique de la manière la plus autonome possible. Par leurs connaissances solides acquises au sein du cabinet médical concernant les processus de travail administratifs, cliniques et économiques, mais aussi grâce à leur formation complémentaire spécifique, les coordinatrices et coordinateurs en médecine ambulatoire possèdent la vision d'ensemble nécessaire pour contribuer à la pérennité du cabinet médical en tant qu'entreprise.

4.1.4 Contribution sociale et économique

L'un des principaux secteurs de l'économie, la santé est actuellement confrontée à des défis importants afin de pour pouvoir satisfaire et financer les besoins médicaux d'une population vieillissante. Dans le domaine ambulatoire, les représentants politiques souhaitent encourager les cabinets de groupe et les modèles de Managed Care (réseaux de soins intégrés).

Les coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire apportent leur contribution à la société dans le cadre d'un système de santé efficace au niveau des coûts, que ce soit dans le domaine clinique avec le conseil et la prise en charge des patients de longue durée, ou dans le domaine administratif en assurant une gestion efficace du personnel, des coûts et de la qualité. Dans le secteur de l'assurance, ils contribuent à améliorer le Case Management grâce à leurs connaissances approfondies du cabinet médical, de ses processus et de ses patients.

4.2 Profil de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire avec orientation administrative

4.2.1 Champ d'activité/groupes cible/patients

Les coordinatrices médicales ou coordinateurs médicaux avec orientation administrative réunissent l'expérience du domaine médico-clinique et le savoir-faire en management. Au sein du cabinet médical, ils occupent une fonction de cadre et sont en charge de la gestion des ressources humaines, de la gestion des revenus, du marketing du cabinet médical et de l'assurance qualité. En ce qui concerne les relations avec les assurances maladie et autres assurances, ils peuvent apporter leur contribution en tant que responsables de groupe dans le cadre du Case Management.

4.2.2 Compétences professionnelles et responsabilités

Les coordinatrices et coordinateurs en médecine ambulatoire avec orientation administrative

- travaillent en étroite collaboration avec la direction du cabinet médical;

- gèrent, supervisent, évaluent et organisent le travail de l'ensemble du personnel, tant médical que paramédical;
- établissent la planification des tâches en fonction de la disponibilité des ressources humaines, de l'espace et des équipements;
- s'occupent de manière autonome du recrutement, du planning et de la formation (formation de base et complémentaire) du personnel, ainsi que des tâches administratives se rapportant à l'ensemble du personnel médical et paramédical;
- développent, optimisent et appliquent les procédures, les règlements et le suivi du travail selon les directives légales de qualité et la politique du cabinet médical;
- gèrent et supervisent la facturation, la comptabilité débiteurs ainsi que les encaissements;
- s'occupent des commandes et de leur supervision, assurent la gestion des stocks de matériel et de médicaments;
- s'assurent du bon fonctionnement des appareils et des équipements et supervisent leur maintenance;
- connaissent l'informatique employée dans le cabinet médical et garantissent le recours aux spécialistes pour assurer le bon fonctionnement du hardware et du software;
- constituent l'interface administrative pour les relations avec les assurances, autorités et autres cabinets médicaux au sein d'un réseau de soins intégrés.

4.2.3 Exercice de l'activité et environnement de travail

Dans le domaine de la médecine ambulatoire, l'environnement de travail se caractérise par un écart croissant entre la demande et l'offre de consultations chez le médecin de famille ainsi que par l'augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de maladies chroniques complexes. Il en résulte une surcharge de travail des cabinets médicaux à laquelle il est possible de remédier en recrutant une coordinatrice ou à un coordinateur en médecine ambulatoire exerçant des responsabilités dans le cadre d'une équipe.

Les coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire avec orientation administrative qui disposent d'un brevet fédéral exercent essentiellement dans les cabinets de groupe. En tant que cadres, ils doivent surveiller les coûts en permanence et contribuer à la santé économique de leur entreprise. Par leurs connaissances solides acquises au sein du cabinet médical concernant les processus de travail administratifs, cliniques et économiques, mais aussi grâce à leur formation complémentaire spécifique, les coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire possèdent la vision d'ensemble nécessaire pour contribuer à la pérennité du cabinet médical en tant qu'entreprise.

4.2.4 Contribution sociale et économique

L'un des principaux secteurs de l'économie, la santé est actuellement confronté à des défis importants pour satisfaire et financer les besoins médicaux d'une population vieillissante. Dans le domaine ambulatoire, les représentants politiques souhaitent

encourager les cabinets de groupe et les modèles de Managed Care (réseaux de soins intégrés).

Les coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire apportent leur contribution à la société dans le cadre d'un système de santé efficace sur le plan des coûts, que ce soit dans le domaine clinique avec le conseil et la prise en charge des patients de longue durée, ou dans le domaine administratif en assurant une gestion efficace du personnel, des coûts et de la qualité. Dans le secteur de l'assurance, ils contribuent à améliorer le Case Management grâce à leurs connaissances approfondies du cabinet médical, de ses processus et de ses patients.

4.3 Deux profils professionnels, deux orientations

Pour des raisons liées au droit de la formation professionnelle, l'OrTra de la formation professionnelle des AM a bien conscience de la nécessité de réglementer autant que possible au sein d'un même système de formation des secteurs professionnels voisins correspondant à un niveau de formation identique. Il n'a jamais été prévu d'exiger deux examens professionnels distincts pour ces profils structurés en orientations. Grâce à la structure modulaire comportant un grand nombre de modules à choix et à la possibilité de passer d'autres modules après avoir réussi l'examen professionnel, les profils de compétences personnels des diplômées dépasseront souvent le cadre étroit d'une des deux orientations. Ce résultat fait partie des objectifs puisque les coordinatrices/coordonateurs en médecine ambulatoire désireuses de poursuivre leur formation et capables de travailler de manière polyvalente – en particulier dans des cabinets médicaux de taille importante – pourront augmenter considérablement leurs chances sur le marché du travail

En revanche, la réunion des deux orientations au sein d'un seul profil aurait donné lieu à un cursus de 550 à 600 leçons, ce qui n'est pas réalisable pour la plupart des étudiantes potentielles issues de cet environnement professionnel. On se réfèrera à ce sujet au point 5.1. L'engagement ciblé des diplômées des deux orientations est en réalité très différent. Cette différenciation se justifie par le fait que les coordinatrices/coordonateurs ne peuvent en même temps assumer des fonctions de cadre, de chef d'équipe et de manager tout en accompagnant les patients chroniques. Les lieux d'engagement sur le marché du travail diffèrent aussi souvent et ne se recoupent que dans quelques cas.

La structure d'examen professionnel avec deux orientations représente donc le bon compromis entre cadre juridique, profil de personnalité, souhaits des étudiantes et besoins sur le marché de l'emploi. On se réfèrera à ce sujet aux points 4.1 et 4.2.

4.4 Niveau de formation et transition vers la formation initiale AM

Conformément à l'art. 26 al. 1 LFPr, la formation professionnelle supérieure vise à transmettre et à faire acquérir, au niveau tertiaire, les qualifications indispensables à

l'exercice d'une activité professionnelle de plus en plus complexe ou impliquant des responsabilités de plus en plus élevées. Tous les modules du système modulaire répondent à cette exigence, à une exception près.

Par rapport au niveau correspondant à la formation initiale, les modules de l'orientation clinique approfondissent les connaissances médicales (notamment en pathologie) afin de pouvoir transmettre les compétences professionnelles nécessaires pour travailler directement avec les patients. Dans ce cadre, la coordinatrice/le coordinateur en médecine ambulatoire acquiert – aussi bien dans le domaine de la communication que dans l'application de ses connaissances spécifiques des maladies diabétiques, rhumatismales, cardio-vasculaires et pulmonaires – un niveau de formation qui lui permet d'exercer une activité de conseils auprès des patients de longue durée, toujours sur mandat et sous la responsabilité du médecin. Les relations avec des patients souffrant de troubles cognitifs, et en particulier avec leurs proches, vont bien au-delà des compétences de base contenues dans le plan de formation de l'OrFo (exemple: validation).

Aujourd'hui, le traitement des plaies en cabinet médical est exclusivement du ressort du médecin, pour autant que l'AM n'ait pas bénéficié d'une formation pratique dans ce domaine par son supérieur. Les modules de l'orientation clinique lui permettent de traiter le patient de façon largement autonome.

Dans le domaine du secrétariat, l'AM acquiert jusqu'à la fin de la formation initiale un niveau lui permettant d'effectuer les tâches administratives qui lui sont confiées au quotidien par le cabinet médical. Les modules administratifs lui donnent les compétences nécessaires pour diriger une équipe et gérer un cabinet, organiser de manière autonome et créative les procédures organisationnelles et administratives au sein du cabinet médical. Dans le domaine de la comptabilité, l'AM peut approfondir les concepts de base de la formation initiale pour atteindre un niveau qui lui permettra de gérer de façon autonome la comptabilité d'un cabinet médical. Sans AM ayant suivi une formation spécifique ou coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire, la gestion de la qualité au sein d'un cabinet reste dévolue à un responsable car elle ne fait pas partie de la formation initiale. Dans la formation initiale d'AM comme dans d'autres domaines (commercial p. ex.), les entreprises déplorent le fait que les connaissances informatiques sous-enseignées à l'école professionnelle permettent au mieux d'acquérir de modestes compétences d'utilisateur. Les compétences d'utilisateur avancé enseignées dans le module comblent les lacunes et donnent aux AM les connaissances pour utiliser de manière autonome le système informatique du cabinet médical, s'occuper de sa mise à jour et de sa maintenance, tout en faisant intervenir l'administrateur du système au moment opportun. Les AM assureront également l'instruction et la formation des autres collaborateurs.

Le module «Retraitement des dispositifs médicaux» est le seul à transmettre des compétences enseignées dans le plan de formation de l'OrFo 2010. Dans l'ancien règlement de formation et d'examen, cette matière était traitée en marge. Suite à l'adoption de directives officielles correspondantes, les cabinets médicaux doivent introduire des normes plus strictes dont la mise en œuvre exige du personnel formé. Les

premiers EFA d'après le nouveau plan de formation auront lieu en 2013. Avec un taux de remplacement annuel moyen d'environ 5% des professionnelles qualifiées par des personnes en fin de formation initiale, il est indispensable de déployer des efforts supplémentaires dans le domaine de la formation des professionnelles en exercice. La coordinatrice/le coordinateur en médecine ambulatoire ayant réussi ce module peut ainsi atteindre un effet multiplicateur dans son cabinet et décharger l'équipe dirigeante d'une tâche qui n'exige pas de compétences universitaires. Pour l'organe responsable, il est toutefois d'ores et déjà clair que le module «Retraitement des dispositifs médicaux» pourra être détaché du système modulaire d'ici huit à dix ans, moyennant un délai transitoire approprié et communiqué en temps voulu.

La liste des compétences professionnelles de chaque identification de module montre qu'à l'exception du cas justifié du module «Retraitement des dispositifs médicaux», aucune compétence n'est calquée sur le plan de formation de l'OrFo. Le niveau de formation correspond donc tout à fait au niveau tertiaire. D'autre part, des membres déterminants au sein de la Commission de réforme concernant la formation des AM dans les travaux préparatoires à l'examen professionnel ont fait en sorte que les contenus des modules se rattachent harmonieusement au plan de formation de la formation initiale et ne laissent aucune lacune à combler. Afin de garantir un niveau homogène pour l'ensemble des participantes au cours, il incombera aux prestataires de formation d'identifier et de combler les lacunes éventuelles chez des AM qui exercent depuis déjà un certain temps ou chez celles qui réintègrent cette profession à l'aide de programmes appropriés avant le début du module concerné.

4.5 Délimitation par rapport à d'autres professions du secteur de la santé

L'OrTra de la formation professionnelle des AM a bien conscience que l'exercice d'une activité de conseils par les AM en cabinet médical touche à d'autres domaines professionnels. Dans chaque module clinique, en particulier dans celui consacré au diabète, les questions liées à l'alimentation jouent un rôle essentiel. Dans le cadre de son profil de compétences, la diététicienne HES compose des menus sur la base des ordonnances médicales. Elle met en pratique les résultats de la recherche dans le domaine de la santé et de la médecine et aide les patients à suivre une thérapie nutritionnelle adaptée à leurs besoins. Elle contribue ainsi au rétablissement des patients et à la prévention des maladies liées à l'alimentation. La profession englobe également des travaux administratifs, comme par exemple la rédaction de rapports médicaux et la comptabilité relative aux menus. Les diététiciennes assurent la liaison entre médecin, personnel soignant, cuisiniers et patients. Elles peuvent exercer dans des hôpitaux, des résidences médicalisées, des sanatoriums, des organes consultatifs officiels dans le domaine de la santé mais aussi dans l'industrie alimentaire. L'activité de conseils de la coordinatrice/le coordinateur en médecine ambulatoire est différente: dans le cadre de la consultation médicale, elle répond aux questions des patients pour lesquelles elle n'a pas besoin de s'adresser à la diététicienne. Elle ne compose pas de menus et ne fournit pas

non plus de conseils à cet égard. Dans cette optique, l'AM assure la liaison entre le cabinet médical et la diététicienne externe.

Conformément au profil CSFO, la conseillère en diabète conseille et accompagne les personnes diabétiques dans la prise en charge de leur maladie et des problèmes quotidiens qu'elle engendre (autocontrôle métabolique, nutrition, activité physique, utilisation des comprimés et de l'insuline). Dans son activité de conseils, la coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire avec orientation clinique répond dans le cadre de la consultation médicale aux questions des patients pour lesquelles elle n'a pas besoin de s'adresser à la conseillère en diabète. La coordinatrice/le coordinateur en médecine ambulatoire possède les compétences nécessaires pour apprendre aux patients à utiliser le glucomètre à des fins d'autocontrôle et pour vérifier l'auto-mesure. Elle peut également leur montrer comment compléter leur carnet de suivi et vérifier qu'il soit correctement rempli. Elle est en outre compétente pour expliquer aux patients comment effectuer une injection d'insuline. L'apprentissage de l'insulinothérapie se déroule généralement chez le diabétologue ou à l'hôpital, de sorte que les instructions de base sont transmises aux patients par une conseillère en diabète. La coordinatrice/le coordinateur en médecine ambulatoire peut accompagner les instructions des spécialistes externes au sein du cabinet et aider les patients à les suivre. Le cas échéant, elle peut réorienter les patients.

La coordinatrice/le coordinateur en médecine ambulatoire connaît les domaines de compétences de la conseillère en diabète, de la diététicienne, de la podologue, des professionnels de l'aide et des soins à domicile et d'autres spécialistes externes au cabinet, institutions et organisations ayant une relation de conseils directe avec les patients. Elle assume une fonction centrale au cœur de ce réseau en assurant la liaison entre le cabinet, ces spécialistes externes et les institutions. L'OrTra de la formation professionnelle des AM discute actuellement avec les associations faïtières de ces professions afin de définir clairement les critères de délimitation et d'éviter le chevauchement des activités.

4.6 Dénomination de la profession

Le chiffre 1.1 précise qu'au stade initial des travaux préparatoires, la dénomination de «responsable de gestion en cabinet médical» avait été choisie. Cette dénomination conviendrait sans doute pour l'orientation administrative, c'est-à-dire pour la fonction de cadre dans un cabinet de groupe avec des tâches de gestion du cabinet et du personnel au sein de l'équipe du cabinet.

En revanche, la mission première des titulaires du diplôme avec orientation clinique n'est pas d'assumer des tâches de gestion, mais d'assister et de décharger le médecin dans son activité de conseils aux patients. La notion de «coordination en médecine ambulatoire» est applicable aux deux activités, correspond à la fonction de réseau, n'entre pas en conflit avec d'autres domaines professionnels et a d'ores et déjà reçu l'approbation du corps médical et des étudiants potentiels. La dénomination doit en outre distinguer les

titulaires d'un diplôme de formation professionnelle supérieure des détenteurs d'un diplôme CFC obtenu après une formation initiale. Dans sa dénomination, l'AM inclut la notion d'assistance qui désigne clairement une fonction subalterne dans le cabinet médical, tandis que la notion de coordinatrice renvoie à la fonction de responsable d'équipe et implique donc des compétences supérieures dans le domaine médical/spécialisé.

La notion de «responsable de gestion en cabinet médical» est en outre déjà utilisée par d'autres systèmes de formation continue dans le secteur de l'enseignement privé avec des contenus pédagogiques qui n'ont aucun point commun avec les deux profils de coordinatrice/coordonateur médicale. Il s'agit d'éviter le risque de confusion. Avec le concept de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire, un tel risque n'existe pas non plus par rapport à d'autres professions réglementées dans la formation professionnelle supérieure.

5.1 Formation modulaire

La décision d'organiser la formation conduisant à l'examen professionnel de façon modulaire et non dans un cursus intégral tient compte de la situation professionnelle et personnelle des étudiantes. D'une part, les étudiantes comme les cabinets médicaux ont des besoins professionnels divers. Cette réalité est non seulement prise en compte par l'offre scindée en deux orientations professionnelles, mais également par la possibilité, au-delà des modules de base obligatoires, de mettre sur pied un dispositif de formation personnel avec des modules à choix issus du système modulaire de l'orientation correspondante en fonction des besoins et des souhaits professionnels. Les personnes qui réussissent l'examen peuvent également, dans les années qui suivent, compléter au besoin leur formation dans un nouveau domaine «post-gradué» en suivant d'autres modules.

D'autre part, l'organisation modulaire est mieux adaptée à la situation des personnes qui exercent un emploi car elle leur permet de répartir leurs unités de formation de manière flexible en termes de temps et de coûts. Rares sont les AM qui peuvent se permettre de réduire fortement leur taux d'activité pendant toute la durée d'un cursus et d'assumer en même temps les frais de formation. Il est à prévoir que très peu d'étudiantes se verront offrir par leur employeur une prise en charge des frais, même partielle, ou un congé payé pour suivre leur formation.

Il est indispensable que les différents modules soient d'emblée structurés de manière à pouvoir être suivis parallèlement à l'activité professionnelle. Des modules de 40 à 60 heures permettent de satisfaire à cette exigence. Ils peuvent être suivis sur une semaine de cours intensifs ou répartis sur plusieurs jours, soirs ou même semaines. Chaque module doit s'achever par une procédure de qualification suivie chez le prestataire de modules.

La validité des modules sera uniformément limitée dans le temps à une période de cinq ans. La «Radiologie à fortes doses» fait exception puisque le certificat délivré avec l'autorisation de l'OFSP est valable pour une durée illimitée, y compris vis-à-vis de l'autorité de protection contre les radiations. Les prestataires de modules devront offrir des cours de rafraîchissement afin de permettre aux personnes ayant acquis un module dont la validité est expirée de le revalider.

5.2 Modules du domaine clinique

5.2.1 Chronic Care Management – Module de base I (CCM et compétence du patient) et II (Enseignement au patient/l'autogestion)

Module de base I : Les titulaires de la certification « Chronic Care Management – Module de base I » connaissent le modèle de Chronic Care selon Wagner (1996) et, en s'appuyant sur celui-ci, expliquent et démontrent leurs rôles et responsabilités dans le cadre du Chronic Care Management. Grâce à leurs interventions ciblées, elles contribuent à une amélioration des soins prodigués au patient et donc à une amélioration de son état clinique.

Module de base II : Les titulaires de la certification « Chronic Care Management – Module de base II » sont habilitées à former le patient de manière individuelle et ciblée. Elles contribuent activement au processus d'autogestion et d'éducation thérapeutique du patient.

5.2.2 Patient chronique – Diabète

Sur la base de connaissances approfondies dans ce domaine, les titulaires de la certification « Patient chronique – Diabète » contribuent de manière active à l'éducation thérapeutique du patient, visant à le rendre autonome. Elles sont capables de conseiller le patient atteint d'un diabète sur des questions se rapportant à la nutrition. Elles apprennent au patient à pratiquer l'autocontrôle glycémique en l'instruisant au sujet du fonctionnement des appareils à glycémie, à la tenue du carnet de surveillance et à son traitement par injection d'insuline.

5.2.3 Patient chronique – Maladies rhumatismales

Les titulaires du certificat « Patient chronique – Maladies rhumatismales » connaissent les principales maladies rhumatismales, leurs symptômes, ainsi que l'arsenal thérapeutique ad hoc. Elles sont qualifiées pour informer, conseiller et soutenir activement ces patients dans leur quotidien.

5.2.4 Patient chronique – Maladies pulmonaires

Le module est en cours de préparation.

5.2.5 Patient chronique – Maladies cardiovasculaires

Supervisées par le médecin, les titulaires de la certification « Patient chronique – Maladies cardiovasculaires », conseillent et forment les patients chroniques souffrant de pathologie cardiovasculaire (insuffisance cardiaque, maladie coronarienne, ...), ainsi que leurs proches. Elles se basent sur les connaissances approfondies enseignées dans ce module.

5.2.6 Maladies neuro-dégénératives du SNC

Supervisées par le médecin, les titulaires de la certification « Patient chronique – Maladies dégénératives du SNC » conseillent, soutiennent et accompagnent les patients chroniques souffrant de maladies dégénératives du système nerveux central, ainsi que leurs proches. Elles se basent sur les connaissances approfondies enseignées dans ce module.

5.2.7 Traitement des plaies

Module en cours de préparation.

5.3 Administrative Module

5.3.1 Management du cabinet médical

Les titulaires de la certification « Management du cabinet médical » évaluent en pratique les procédures organisationnelles et managériales, les contrôlent et les optimisent.

Ils mettent en œuvre les principes du management et répondent à des questions fondamentales du droit du travail.

5.3.2 Gestion du personnel

Les titulaires de la certification « Gestion du personnel » connaissent et appliquent les bonnes stratégies de gestion du personnel, en prenant en compte les besoins des différents domaines d'application dans lequel ils opèrent.

5.3.3 Comptabilité

Les titulaires de la certification « Comptabilité » tiennent la comptabilité spécifique du cabinet médical et gèrent la clôture annuelle.

5.3.4 Management de qualité du cabinet médical

Les titulaires de la certification « Management de qualité au cabinet médical » appliquent dans leur processus de travail les normes de qualité légales en vigueur et celles internes au cabinet médical.

Ils optimisent les directives selon les nouvelles exigences de qualité, les développent, les communiquent de manière transparente et compréhensible et les supervisent.

5.3.5 Connaissances approfondies en informatique

Les titulaires de la certification « Compétences approfondies en informatique » utilisent de manière autonome le système informatique du cabinet médical, s'occupent de sa mise à jour et de sa maintenance.

Ils développent des possibilités de solutions en cas de problème et assurent le lien avec l'administrateur du système informatique.

Ils assurent l'instruction et la formation des autres collaborateurs.

5.3.6 Marketing

Module en cours de préparation.

5.3.7 Retraitement des dispositifs médicaux stériles pour petites structures

L'acquisition des techniques en retraitement des dispositifs médicaux stériles pour petites structures afin d'exercer en toute légalité la stérilisation selon l'Ordonnance sur les dispositifs médicaux (Odim) en vigueur depuis 2002. Ladite ordonnance ayant été révisée, la version applicable dès mars 2010 soumet les petites structures à un contrôle cantonal.

5.3 Evolution future du système modulaire

Au cours de l'élaboration du projet, le système modulaire n'a cessé de s'élargir au fil des besoins communiqués en matière de compétences supplémentaires pour l'activité au sein d'un cabinet médical. Le vaste choix de modules ne vient pas d'un besoin de formation

ressenti de manière subjective par les AM, mais de besoins exprimés par les propriétaires de cabinets médicaux.

Le système modulaire devrait s'adapter à l'évolution de la situation au cours des prochaines années, comme le montre l'exemple du module «Retraitement des dispositifs médicaux» (cf. point 4.4). D'ici quelques années, ce module ne sera plus nécessaire et pourra être supprimé du système modulaire à l'issue d'un délai transitoire.

A l'avenir, l'éventail de compétences dans le domaine de la prise en charge des maladies chroniques devra également être adapté aux nouveaux besoins. C'est également pour ces raisons que la durée des modules, c'est-à-dire la période qui s'écoule jusqu'à la réévaluation indispensable des besoins, est généralement fixée à cinq ans.

Depuis le début des travaux préparatoires, la formation continue dans le domaine de la radiologie à fortes doses a fait partie du système modulaire. Or, ce module ne figure plus dans le système modulaire définitif. Environ 200 AM ont passé l'examen sanctionnant cette formation difficile et reconnue par l'OFSP avec la certitude que ce module était pris en compte. C'est la raison pour laquelle ce module doit rester pris en compte pendant un délai transitoire de cinq ans après l'entrée en vigueur du règlement d'examen pour les deux orientations.

5.4 Prestataires de modules

L'admission comme prestataire de modules est en principe ouverte à tous les prestataires de formation qui soumettent, sur la base d'une identification de module (MID) approuvée, leur identification de prestataire avec les détails relatifs à l'organisation de la formation et fournissent la preuve de leur qualité en tant que prestataire de formation qualifié. La CAQ de l'OrTra contrôle les identifications transmises par le prestataire et délivre un agrément. Les certifications de modules délivrées par le prestataire sont ainsi agréées comme éléments d'admission à l'examen professionnel. Une fois l'agrément accordé, les prestataires de modules sont soumis au contrôle de qualité de la CAQ de l'OrTra dans le cadre de la formation et de l'examen.

Pour ce faire, la CAQ peut s'appuyer sur plusieurs spécialistes indépendants.

Les associations professionnelles, les écoles privées et publiques, les écoles supérieures et les hautes écoles spécialisées peuvent être agréées comme prestataires de modules.

5.5 Durée et coût de la formation

En fonction des modules choisis, les étudiantes doivent suivre 250 à 300 heures de cours. Le coût de la formation se situe entre CHF 7'500 et 10'000.

6.1 Admission à l'examen professionnel

Pour être admis à l'examen professionnel, les futures étudiantes doivent justifier de qualifications professionnelles, avoir acquis des modules et bénéficier d'une expérience professionnelle d'au moins trois ans. A cet égard, il était important pour l'équipe du projet de tenir compte des divers diplômes professionnels apparus avec l'évolution de la profession de l'AM afin de permettre également à des personnes employées depuis longtemps dans des cabinets médicaux d'accéder à l'examen professionnel.

Sont donc admises les personnes titulaires d'un certificat fédéral de capacité d'assistant/e médical/e, d'un diplôme d'assistant/e médical/e qualifié/e, d'un diplôme d'assistante médicale DFMS avec autorisation d'effectuer des radios du thorax/des extrémités ou d'une autre formation équivalente de niveau secondaire II ou de niveau tertiaire avec autorisation d'effectuer des radios du thorax/des extrémités. Les titulaires d'un diplôme dispensé par une école d'assistantes médicales privée (avant le DFMS) devront d'abord obtenir un diplôme CFC dans le cadre d'une procédure de qualification (validation des acquis).

Pour être admis à l'examen professionnel, les candidats doivent également fournir une attestation de suivi d'un cours de maître d'apprentissage. Sur les quelque 14'000 AM en exercice, plus de 6'000 auraient suivi ce cours.

Les certifications de module ou attestations d'équivalence indiquées dans le règlement d'examen doivent être présentées pour l'admission à l'examen. Celles-ci englobent aussi bien l'attestation des modules obligatoires que des modules à choix en fonction des différentes orientations.

6.2 Modules obligatoires et modules à choix

Pour l'admission à l'examen final, les candidats doivent pouvoir soumettre les certifications de module, respectivement les certificats d'équivalence des modules suivants :

6.2.1 Orientation clinique

Modules obligatoires :

- Chronic Care Management – Module de base I
- Chronic Care Management – Module de base II
- Patient chronique - Diabète

2 modules à choix parmi les modules suivants :

- Patient chronique – Maladies rhumatismales

- Patient chronique – Maladies pulmonaires
- Patient chronique – Maladies cardiovasculaires
- Maladies neuro-dégénératives du SNC
- Retraitement des dispositifs médicaux stériles pour petites structures

6.2.2 Orientation administrative

Modules obligatoires :

- Management du cabinet médical
- Gestion du personnel
- Comptabilité
- Management de qualité du cabinet médical

2 modules à choix parmi les modules suivants :

- Connaissances approfondies en informatique
- Marketing
- Retraitement des dispositifs médicaux stériles pour petites structures

En ce qui concerne la reconnaissance de la certification « Techniques radiologiques conventionnelles élargies », se reporter aux explications de la section en question.

Le point 5.4 est référencé à la fin de ce document. En supposant une certification réussie de l'un des différents modules et de leurs fournisseurs, les candidats au brevet fédéral de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire peuvent s'attendre à un crédit rétroactif de module pour le cursus d'étude. Actuellement, seule la formation « Retraitement des dispositifs médicaux stériles pour petites structures pour assistantes médicales », reconnue par la SSSH, peut faire partie intégrante du brevet fédéral de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire. La validité des modules sera individuellement limitée dans le temps à une période de 5 ans.

6.3 Contrôle d'équivalence d'autres qualifications professionnelles et systèmes de formation

En Suisse, le marché de la formation continue et complémentaire est vaste et couvert par un grand nombre de prestataires. L'expérience montre que des offres de formation souvent similaires sont proposées sous diverses dénominations et par différents prestataires. Pour pouvoir valider les acquis, ainsi que le prévoit le législateur, l'OrTra de la formation professionnelle des AM a développé un contrôle d'équivalence décrit dans une directive.

La procédure prévoit un contrôle des acquis orientée sur les compétences professionnelles. Le contrôle englobe les objectifs et les contenus de la formation, la

durée et la forme de l'offre de formation ainsi que la forme, le contenu et les compétences professionnelles acquises dans le cadre du cours. Le contrôle d'équivalence est établi de façon à pouvoir être effectué individuellement et permettre aux prestataires de formation de déposer des demandes d'équivalence pour des offres de cours ou de formation complètes.

Avec ce concept de contrôle d'équivalence, l'OrTra de la formation professionnelle des AM facilite l'accès à l'examen professionnel pour des candidats ayant suivi des cursus analogues aux modules reconnus par l'OrTra. Si des demandes d'équivalence pour des cursus de formation comparables sont déposées par des prestataires de formation et approuvées, il en résulte une baisse des coûts de contrôle pour les candidats individuels.

Pour contrôler l'équivalence d'autres qualifications professionnelles, l'OrTra de la formation professionnelle des AM établira une liste des qualifications possibles qui tiendra uniquement compte des professions ou certificats du domaine de la santé. Cette liste s'orientera sur les professions de la santé reconnues par la CRS, les professions de la santé réglementées par le SEFRI et, le cas échéant, les diplômes des hautes écoles spécialisées. Indépendamment de l'attestation d'une profession « admise », les autres conditions d'admission à l'examen professionnel telles que le suivi des modules, l'expérience pratique, le cours de maître d'apprentissage, l'autorisation d'effectuer des radios etc. doivent être impérativement remplies.

6.4 Conseil aux études

Dans le cadre d'une formation modulaire, il est indispensable d'offrir un conseil aux études. Les étudiants doivent établir leur programme d'études en tenant compte du temps dont ils disposent et de leurs ressources financières et en considérant que tous les modules ne peuvent être suivis n'importe quand.

Les différents prestataires adaptent leur calendrier de cours à la demande et tiennent également compte des disponibilités de leurs équipes d'intervenants. Pour les étudiants, il est donc important de planifier à l'avance l'ordre de suivi des cours afin de ne pas se retrouver dans l'impossibilité de suivre en temps voulu un dernier module manquant avant l'inscription à l'examen. Il faut également surveiller la validité des certificats de module ou obtenir une première évaluation d'ensemble des acquis précédents.

Dans chaque région linguistique, l'OrTra de la formation professionnelle des AM prévoit de mettre en place un bureau de conseil aux études qui accompagnera les étudiants au sens de la loi sur la formation professionnelle avec des spécialistes de la formation compétents et les aidera tout au long de leurs études.

Sur son site Internet, l'OrTra fournit d'ores et déjà des informations détaillées sur les possibilités de formation et les contenus de formation exigés. Des liens vers les prestataires de formation permettent aux étudiants d'accéder de manière simple et rapide à des renseignements détaillés sur les offres. Avec les calendriers de cours des

prestataires de module, un outil Internet centralisé et actualisé en permanence est mis à disposition des organes de conseil. Il sera nécessaire de demander aux prestataires de formation d'organiser et de publier leurs calendriers de cours sur plusieurs années.

6.5 Structure de l'examen

La formation est structurée de façon modulaire avec des évaluations de compétences spécifiques ou attestations d'équivalence correspondantes. Sur cette base, la structure de l'examen analyse les compétences professionnelles à un niveau supérieur et en réseau: cette analyse prend la forme d'une étude de cas pratique semi-ouverte avec une description de cas tirée d'une situation réelle plausible.

Les descriptions de cas se fondent sur l'orientation choisie. La procédure de traitement englobe un cycle d'action complet (information, planification/décision, réalisation, évaluation). Cette approche orientée sur l'action permet d'établir un lien direct avec la pratique.

L'étude de cas constitue la base de l'examen qui se compose de la présentation de l'étude de cas suivie d'un entretien.

Deux experts procèdent à une évaluation écrite à l'aide des critères ci-dessous.

Module de préparation et de formation	Conditions d'admission	Examen professionnel
Système modulaire OrTra FP AM <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modules obligatoires ▪ Modules à choix selon orientation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplôme min. niveau secondaire II ▪ Cours de maître d'apprentissage ▪ Expérience pratique ▪ Evaluations de compétences modules obligatoires et à choix ▪ Attestations d'équivalence correspondantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etude de cas ▪ Présentation de l'étude de cas ▪ Entretien sur l'étude de cas

6.6 Procédures administratives

Toutes les procédures administratives sont confiées à l'Administration de l'OrTra de la formation professionnelle des assistantes médicales. Sur la base du descriptif de poste pour la gestion et le secrétariat, du guide du règlement d'examen et des bases de planification de la CAQ, celle-ci sera responsable de toutes les tâches administratives en relation avec l'examen professionnel. Outre le travail de gestion associatif pour l'organe

responsable, ces tâches englobent les avis d'examen, le traitement des inscriptions, l'établissement des convocations, la coordination des experts, la publication des résultats d'examens et l'archivage des dossiers.

6.7 Gestion des recours

L'OrTra de la formation professionnelle des AM a édicté un règlement qui régit la procédure de recours à l'encontre des décisions de la CAQ. Les décisions sur la non acceptation de modules ou de prestataires de modules, le retrait de l'agrément octroyé à des modules ou à des prestataires de modules ainsi que l'évaluation de l'équivalence de modules acquis peuvent faire l'objet de recours. Le règlement définit les compétences et la récusation, le délai, la forme et le contenu du recours, les moyens de preuve et la représentation des parties, le déroulement de la procédure ainsi que le contenu et la publication de la décision.

L'instance de recours compétente est le comité de l'OrTra de la formation professionnelle des AM qui tranche en dernier ressort sur le recours. Pour des raisons de ressources, il a été renoncé à la mise en place d'une commission de recours ad hoc.

Le règlement des recours est édicté par l'assemblée générale de l'OrTra de la formation professionnelle des AM.

6.8 Emoluments pour les candidats et les prestataires de formation

Un règlement tarifaire définit les émoluments dont les candidats doivent s'acquitter pour l'examen et l'évaluation des équivalences ainsi que les frais incombant aux prestataires de cours pour la reconnaissance des modules. La procédure de recours interne à l'OrTra entraîne également des frais à la charge du recourant si celui-ci est débouté.

Les émoluments doivent couvrir les coûts en tenant compte des éventuelles subventions des pouvoirs publics et de la constitution d'une réserve minimum.

6.9 Aperçu du dispositif réglementaire

Les documents suivants ont été élaborés dans l'optique de la gestion de l'organe responsable et de l'examen:

6.9.1 Documents relatifs au droit des associations

- R1 Statuts de l'OrTra de la formation professionnelle des AM
- R1.5 Règlement des frais et des honoraires
- R1.8 Cahier des charges de l'Administration

6.9.2 Documents relatifs à l'examen professionnel

- R2 Règlement d'examen de coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire avec brevet fédéral
 - R2.1 Guide du règlement d'examen
 - R2.2 Règlement de la CAQ
 - R2.3 Règlement des recours
 - R2.4 Guide sur la reconnaissance des prestataires et des modules
 - R2.5 Critères régissant la reconnaissance des prestataires et des modules
 - R2.6 Guide sur la procédure d'équivalence
 - R2.7 Guide sur les parties d'examen
 - R2.9 Tarif des émoluments
- R3.1 Profil orientation administrative
- R3.2 Profil orientation clinique

- R4.1 CCM Chronic Care Management module de base I
- R4.2 CCM Chronic Care Management module de base II
- R4.3 Patient chronique – Diabète
- R4.4 Patient chronique – Maladies rhumatismales
- R4.5 Patient chronique – Maladies pulmonaires (en cours de préparation)
- R4.6 Patient chronique – Maladies cardiovasculaires
- R4.7 Patient chronique – Maladies neuro-dégénératives du SNC
- R4.8 Patient chronique – Traitement de plaies

- R5.1 Management du cabinet médical
- R5.2 Gestion du personnel
- R5.3 Comptabilité
- R5.4 Procédure de qualité (contrôle de qualité)
- R5.5 Connaissances approfondies en informatique
- R5.6 Marketing